

Atención Primaria, Pediatría, Ginecología

VII LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA

Edición Digital



VII Lecciones en Salud Comunitaria



VII Lecciones en Salud Comunitaria

Fecha de publicación: 20 de enero de 2020

1ª Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020

© De los textos: Sus autores.

Reservados todos los derechos. 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.

Todos los autores han asegurado a Ciencia Sanitaria cumplir con la Ley de Propiedad Intelectual y Derechos de Autor. 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 Ciencia Sanitaria ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra. El libro no sienta bases terapéuticas ni algoritmos diagnósticos que se deban de seguir en la práctica clínica sin cotejar con el resto de la bibliografía científica existente.

ISBN: 978-84-18126-02-4

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

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

| | | |
|---|---|----|
| 1 | HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA(HPN): UNA ENFERMEDAD HEMATOLOGICA RARA WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ | 3 |
| 2 | UN CASO DE TROMBOCITOSIS PERSISTENTE INICIALMENTE ASINTOMÁTICA EN PACIENTE CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y FIBROMIALGIA CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA Y JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO | 7 |
| 3 | EVOLUCIÓN DE LAS GAMMAPATÍAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO DE CLASE IGM MARIA PAULA CHAVEZ COLLAZOS | 11 |
| 4 | CONSUMO DE TÓXICOS Y SUS CONSECUENCIAS CEREBRO VASCULARES CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA Y JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO | 15 |
| 5 | UN CASO DE DEMENCIA TRATABLE: HIDROCEFALIA NORMOTENSIVA CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA Y JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO | 19 |
| 6 | NEUROPSICOLOGÍA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA Y JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO | 23 |
| 7 | CASO CLÍNICO: PORFIRIA HEPATOCUTÁNEA TARDA CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ, JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ Y VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ | 27 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 8 | INTOLERANCIA AMBIENTAL IDIOPÁTICA ATRIBUIDA A CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS. ESTUDIO DE EVALUACIÓN CRÍTICA DE UN ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN. MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL | 31 |
| 9 | SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO Y SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ | 37 |
| 10 | INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO POR LIPOMA RECTAL. ANA MILENA MUÑOZ | 63 |
| 11 | SARNA MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO Y SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ | 65 |
| 12 | OSTEONECROSIS DEL 2º METATARSIANO COMO CAUSA DE METATARSALGIA. JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ Y MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ | 81 |
| 13 | ENFERMEDAD DE LEDDERHOSE: UNA PATOLOGÍA PREVALENTE Y POCO CONOCIDAD CLARA QUINTERO LÓPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO Y MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ | 87 |
| 14 | PIE DE CHARCOT. MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO EN UN CASO EN ESTADIO AVANZADO MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ, CLARA QUINTERO LÓPEZ Y JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO | 91 |
| 15 | PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO PARA OCTOGENARIOS: ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN EN SALUD SOBRE UN GRUPO DE PACIENTES. ELENA BAZTARRICA ECHARTE, IRENE LOSADA ÁLVAREZ, LAURA CALVO BARRENA Y MARIA BARBER ANSÓN | 95 |
| 16 | LIPODISTROFIAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO SARA MACIAS POSADA | 99 |

| | | |
|----|---|-----|
| 17 | ATENCIÓN AL PACIENTE SOMETIDO A EXTRACCIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE PUNCIÓN DIRECTA DE MEDULA OSEA. NURIA SUAREZ FERNANDEZ, SUSANA MARTIN LORENTE, JULIO MORGADO RODRIGUEZ Y WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ | 105 |
| 18 | LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO SHEILA ALVAREZ GONZALEZ Y LUCIA MARTINEZ MARTINEZ | 109 |
| 19 | EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS DE CADERA LUCIA MARTINEZ MARTINEZ Y SHEILA ALVAREZ GONZALEZ | 111 |
| 20 | LA LISTERIOSIS LEONOR FERNANDEZ GUTIERREZ | 115 |
| 21 | TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (ESTUDIO DE CASOS). MIRIAM DE LA RIVA LARIO | 121 |
| 22 | CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ANCIANOS CON INCONTINENCIA URINARIA HELENA RICO BLANCO, ROMINA GONZALEZ PÉREZ, SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA Y ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ | 125 |
| 23 | EL PELIGRO ACTUAL DE LOS AZUCARES AÑADIDOS. ELIMINAR EL AZUCAR, SUMA VIDA CARLA PÉREZ MORÁN, MARTA RAMOS GARCÍA, ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ Y RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ | 129 |
| 24 | PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE APLASIA MEDULAR JOSÉ ARCIOLAS FERNÁNDEZ, JESUS RUIZ VERA Y LUCÍA SÁNCHEZ CARRO | 133 |
| 25 | CONCEPCIÓN INTRAUTERINA-DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ | 137 |
| 26 | MEDIDORES CONTINUOS DE GLUCOSA CRISTINA RODRIGUEZ ABAD | 141 |

| | | |
|----|--|-----|
| 27 | CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ANCIANOS CON ESTREÑIMIENTO HELENA RICO BLANCO, ROMINA GONZALEZ PÉREZ, SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA Y ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ | 145 |
| 28 | EDUCACION EN LA HIPERTENSION ARTERIAL MONTSERRAT PIÑERA MATA | 153 |
| 29 | ESTREÑIMIENTO CRISTINA RODRIGUEZ ABAD | 157 |
| 30 | MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA) CRISTINA RODRIGUEZ ABAD | 161 |
| 31 | NORMAS GENERALES PARA LA MANIPULACIÓN DE CITOSTÁTICOS BELEN ROZADA FUENTE | 165 |
| 32 | INSOMNIO. ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. CRISTINA CRESPO RODRIGUEZ | 169 |
| 33 | COMPLICACIONES DE LAS VIAS VENOSAS CENTRALES SUSANA MARTIN LORENTE, JULIO MORGADO RODRIGUEZ Y NURIA SUAREZ FERNANDEZ | 175 |
| 34 | OSTEOPOROSIS: LA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI. SITUACIÓN ACTUAL. CRISTINA ARIAS SIERRA Y SONIA MILLÁN LÓPEZ | 177 |
| 35 | CUIDADOS ORALES DURANTE EL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO. JULIO MORGADO RODRIGUEZ, NURIA SUAREZ FERNANDEZ, SUSANA MARTIN LORENTE Y WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ | 189 |
| 36 | INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS. DOCENTES DE EDUCACIÓN INFANTIL VANESA OCAÑA DIAZ | 193 |

- 37 IMPORTANCIA DEL USO DEL MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN EN EL PACIENTE DIABÉTICO**
CLAUDIA AMOR CANTERO, JESSICA RODRÍGUEZ REBOLO,
LORENA FERMOSE NUÑO Y MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ 225
- 38 CONOCIMIENTOS Y NUTRICIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II**
MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ, MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA Y GRACIELA ZAPICO LÓPEZ 231
- 39 SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA.**
BERTA GARCIA MURILLO, MARIA SALINAS BARIAIN, JUNCAL SANZ PASCUAL, ELENA GONZÁLEZ ESAIN Y VIRGINIA GALENDE GALARZA 235
- 40 ACOS: ANTICOAGULANTES ORALES**
MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA, RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO, LAURA SANROMAN CLAROS Y AIDA GIL VECINO 239
- 41 ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA INFANCIA**
XIOMARA EDROSA LÓPEZ, CELIA CANELLADA Riestra, GEMA FERNANDEZ NOVO, BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES Y LUCIA ALVAREZ PRENDES 253
- 42 ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCION PRIMARIA**
NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ, PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO Y PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ 263
- 43 EDUCACIÓN ENFERMERA PARA POTENCIAR LA SALUD: USO CORRECTO DE LOS INHALADORES**
CELIA CANELLADA Riestra, GEMA FERNANDEZ NOVO, BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES, LUCIA ALVAREZ PRENDES Y XIOMARA EDROSA LÒPEZ 269
- 44 PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL**
RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO, AIDA GIL VECINO, MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA Y LAURA SANROMAN CLAROS 277

- 45 CRIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MARTA GUTIÉRREZ MOYANO, ANA DÍAZ FERNÁNDEZ Y CECILIA
FERNANDEZ GARRIDO 281
- 46 GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN PEDIATRÍA**
MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ, NEREA OTEO GARCIA, NURIA
OSCARIZ PIEDRAFITA Y MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN 285
- 47 BABY LED WEANING: ALIMENTACION COMPLEMENTARIA A
DEMANDA.REVISION BIBLIOGRAFICA.**
VANESA TELLA RIOS, ELENA GONZALEZ GONZALEZ, LAURA
RIESTRA BLANCO, ESTHER LÓPEZ HERES Y RODRIGO MESA
GONZÁLEZ 289
- 48 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ALTERACIONES
DEL ESTÓMAGO**
MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA 299
- 49 EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO Y LA SALUD**
GRACIELA ZAPICO LÓPEZ, MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ Y
MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA 307
- 50 SONDAJE VESICAL, PRINCIPALES RECOMENDACIONES
RESPECTO A SU TÉCNICA**
MARTA RODRÍGUEZ PEÑA, RAQUEL ZAMORA DÍAZ, ISABEL
LOPEZ RUBIO, SARA GONZÁLEZ-NICOLÁS LEAL Y MAGDALENA
JIMENEZ DE LA TORRE 309
- 51 USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL TRATAMIENTO DE LA
DIABETES**
SILVIA HUERGO DE DIOS, PATRICIA GARCIA VIÑA, ALICIA
HUERGO ORDIALES Y SUSANA DEL CORRO FERNANDEZ 313
- 52 VIRUS INFLUENZA**
CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA, LORENA GARCÍA ARIAS Y IVÁN
MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 323
- 53 ENFERMERIA ANTE EL MALTRATO AL ANCIANO**
TANIA MENÉNDEZ MÉNDEZ 325

| | | |
|----|--|-----|
| 54 | ALZHEIMER. SIGNOS, SINTOMAS Y ETAPAS. SARA DÍAZ FERNÁNDEZ, LORENA LÓPEZ LÓPEZ Y LIDIA RIERA FERNÁNDEZ | 329 |
| 55 | HIGIENE DE MANOS, CUIDAR CON PREVENCIÓN ES GANAR EN CALIDAD SARAI SANTOS MARTIN Y BIBIANA POLO MORIS | 335 |
| 56 | PLAN DE CUIDADOS: INTENTO AUTOLÍTICO EN MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO NAIARA CASTAN PESCADOR | 343 |
| 57 | CASO CLÍNICO TIPOLOGÍA: PEDIATRÍA (12 MESES) ANIA IRAZOQUI CEBERIO | 351 |
| 58 | TUBERCULOSIS. FORMA CORRECTA DE REALIZAR TÉCNICA SOKAL MARIA MORA ORTEGA | 363 |
| 59 | PREVENCIÓN DE LA HIPOGLUCEMIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ | 367 |
| 60 | CUIDADOS DE LA Sonda NASOGÁSTRICA DE ALIMENTACIÓN EN EL DOMICILIO CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ | 369 |
| 61 | ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO LORENA LÓPEZ LÓPEZ, LIDIA RIERA FERNÁNDEZ Y SARA DÍAZ FERNÁNDEZ | 371 |
| 62 | VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE EN EL PERSONAL SANITARIO HECTOR FERNANDEZ GARCIA | 379 |
| 63 | MASAJE Y RECIEN NACIDO SOFIA GARCIA RODRIGUEZ, MARIA NISIDA LÓPEZ IGLESIAS, LAURA ESPINA FERNÁNDEZ, PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO Y LAURA GARCIA RODRIGUEZ | 385 |

- 64 **INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE**
PATRICIA ORDAS VAZQUEZ, TANIA GARCÍA GARCÍA, MARTA FERNANDEZ PELLITERO Y YAIZA PEREZ GUTIERREZ 389
- 65 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL**
SHEILA GUERRERO LEÓN Y DAVID FERNANDEZ JIMENEZ 399
- 66 **CONTROL DEL DOLOR, METODOLOGÍA NO FARMACOLÓGICA PARA SU MANEJO**
MÓNICA MARTÍNEZ SÁNCHEZ, SALVADOR SÁNCHEZ SÁNCHEZ, CARLOS LÓPEZ SIMARRO Y LEDA MARIA CALERO BUENO 403
- 67 **CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL DERECHO A LA INFORMACIÓN CLÍNICA**
MACRINA TORTAJADA SOLER, BEATRIZ RESCALVO FLORES, ANA ZARATE JIMENEZ Y ANA GONZÁLEZ JIMÉNEZ 409
- 68 **DIFERENCIAS ENTRE ULCERAS ARTERIALES Y VENOSAS**
PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO, PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ Y NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ 417
- 69 **ACTUACIÓN Y MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**
NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS Y ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ 421
- 70 **BURNOUT O SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO**
PATRICIA MARTINO VALDES, BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ Y CRISTINA COLUNGA VILLAR 425
- 71 **ENFERMERÍA ANTE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER**
NOELIA MORENO SANROMÁN, LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ Y SARA SÁNCHEZ JUARROS 429

- 72 MOVILIZACIONES DEL PACIENTE**
GLORIA VALDÉS PELÁEZ, AIDA VALLINA RIESTRA Y YOLANDA
ROCES FERNÁNDEZ 433
- 73 USO DE BASTONES, MULETAS Y ANDADORES**
AIDA VALLINA RIESTRA, YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ Y GLORIA
VALDÉS PELÁEZ 437
- 74 EXANTEMA SUBITO EN LACTANTE. A PROPUESTA DE UN CASO.**
VANESA TELLA RIOS, MARTA MENENDEZ MARTINEZ, ESTHER
LÓPEZ HERES Y NOELIA GARCÍA ANTOLÍN 439
- 75 CONTRACTURA CERVICAL TRAS ACCIDENTE DE TRAFICO.
CASO CLINICO.**
VANESA TELLA RIOS, ESTHER LÓPEZ HERES, NOELIA GARCÍA
ANTOLÍN Y MARTA MENENDEZ MARTINEZ 443
- 76 HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS**
SARAI SANTOS MARTIN Y BIBIANA POLO MORIS 447
- 77 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE HIPERTENSO**
LORENA LÓPEZ LÓPEZ, LIDIA RIERA FERNÁNDEZ Y SARA DÍAZ
FERNÁNDEZ 457
- 78 EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO**
LAURA ESPINA FERNÁNDEZ, PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO,
LAURA GARCIA RODRIGUEZ, SOFIA GARCIA RODRIGUEZ Y MARIA
NISIDA LÓPEZ IGLESIAS 465
- 79 SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN SERVICIOS NO CONOCIDOS**
DAVID ESCRIBANO COELLO, MARTA PEREZ ABIETAR, CARMEN
ALARCÓN HERREROS, VERÓNICA VACÁRCEL LÓPEZ Y HECTOR
NAVAS DOMINGUEZ 473
- 80 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**
YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ, GLORIA VALDÉS PELÁEZ Y AIDA
VALLINA RIESTRA 477

| | |
|---|------------|
| 81 CAÍDAS EN EL ANCIANO EN LA COMUNIDAD MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ, MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO Y SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ | 479 |
| 82 IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS EN LOS PACIENTES DURANTE PROCESO DE RADIOTERAPIA MARIA MORA ORTEGA | 485 |
| 83 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS BASES DE LA MAMOGRAFÍA ANGELA LÓPEZ SUÁREZ, RAQUEL PEREZ PEREZ, RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, CRISTINA BALMASEDA MENENDEZ Y JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS | 489 |
| 84 CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO LABORAL PATRICIA MARTINO VALDES, BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ Y CRISTINA COLUNGA VILLAR | 497 |
| 85 EMPLEO DE TERAPIAS NO CONVENCIONALES EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA RUBÉN DELGADO FERNÁNDEZ | 501 |
| 86 ABORDAJE EN VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA CANDIDA M. GONZALEZ TORO | 507 |
| 87 EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO LUCIA GONZALEZ GARCIA | 511 |
| 88 MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL LUCIA GONZALEZ GARCIA | 513 |
| 89 LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO MARIA NANCY DIAZ ROA | 515 |
| 90 OBESIDAD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. CUIDADOS DE ENFERMERIA. PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO, LAURA GARCIA RODRIGUEZ, SOFIA GARCIA RODRIGUEZ, MARIA NISIDA LÓPEZ IGLESIAS Y LAURA ESPINA FERNÁNDEZ | 517 |

| | | |
|----|--|-----|
| 91 | CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL ASMA INFANTIL NURIA IZQUIERDO MORENO, COVADONGA GARCÍA MAZÓN Y ESTHER GARCÍA MAZÓN | 525 |
| 92 | VACUNA DEL ROTAVIRUS EN NIÑOS SUSANA DEL CORRO FERNANDEZ, SILVIA HUERGO DE DIOS, PATRICIA GARCIA VIÑA Y ALICIA HUERGO ORDIALES | 533 |
| 93 | LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, BENEFICIOSA PARA AMBOS. RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ | 535 |
| 94 | ENFERMEDADES OCULARES RELACIONADAS CON LA EDAD RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ | 537 |
| 95 | HERIDAS TRAS MORDEDURA DE PERRO. CASO CLINICO. VANESA TELLA RIOS | 539 |
| 96 | ENFERMERIA Y ABORDAJE DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO, MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ Y SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ | 543 |
| 97 | ESTAR QUEMADO, EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA ALMUDENA PANIZO LÓPEZ | 547 |
| 98 | ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO. ESTRATEGIAS DE CUIDADOS REBECA CIENFUEGOS VIDAL, ALBA GARCÍA BAS, BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA, GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ Y SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ | 555 |
| 99 | LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS EXTRAVASACIONES DE CITOTÓXICOS CORAL GONZALEZ RODRIGUEZ, MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS, AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ, ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ Y ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO | 571 |

| | |
|--|-----|
| 100 LA PATOLOGÍA DEL VARICOCELE Y SU PROBLEMÁTICA MASCULINA ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ Y NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS | 577 |
| 101 PRINCIPALES SECUELAS DE LA CIRUGÍA PROSTÁTICA: ATENCIÓN ENFERMERA ANDREA LOPEZ GARCIA Y ANA MARTÍN ÁLVAREZ | 581 |
| 102 CUIDADOR AL CUIDADOR: EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LA CLAUDICACIÓN DEL CUIDADO INFORMAL. ANDREA LOPEZ GARCIA Y ANA MARTÍN ÁLVAREZ | 595 |
| 103 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UN PACIENTE A TRATAMIENTO CON ACOS POR FLUTTER AURICULAR PREVIO A CARDIOVERSIÓN SARA RUIZ FERNANDEZ | 607 |
| 104 ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD(TDAH) MIRIAM DIAZ PEREZ, ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ, COVADONGA MUÑOZ BLANCO, ROSAURA GARCÍA LEONARDO Y AIDA GARCÍA DE LA RIVA | 615 |
| 105 CÁNCER EPIDERMÓIDE DE ANO MELANY CABO JIMENEZ | 625 |
| 106 INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA POR AMISULPRIDA SANDRA DÍAZ ARAÚJO | 629 |
| 107 TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA LLIBERTA LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, SANDRA SOTURA CARRERA Y PATRICIA OTERO MENÉNDEZ | 633 |
| 108 DETECCIÓN DEL ANCIANO FRÁGIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA MIRIAM MIRAMON PLANILLO, MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ, MARTA NAVARRO CILLERO Y MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA | 637 |

| | |
|--|------------|
| 109 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RECTAL VERONICA ALONSO PONTÓN | 643 |
| 110 SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS. ANA MARTÍN ÁLVAREZ Y ANDREA LOPEZ GARCIA | 645 |
| 111 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. ANA MARTÍN ÁLVAREZ Y ANDREA LOPEZ GARCIA | 651 |
| 112 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO. REVISIÓN SISTEMÁTICA JESÚS BAHAMONDE GONZÁLEZ | 657 |
| 113 CARACTERÍSTICAS DEL CLIMATERIO: ÁREAS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ, ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ, MARTA RAMOS GARCÍA Y CARLA PÉREZ MORÁN | 663 |
| 114 LA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA. MANUEL LOBO GONZÁLEZ | 671 |
| 115 HEPATITIS VIRALES: PREVENCIÓN Y POSIBLE ERRADICACIÓN NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL, MÓNICA GONZÁLEZ BRAÑA, RAFAEL SANCHEZ IBÁÑEZ, NATALIA GARCÍA CARBAJAL Y ABILIO ÁLVAREZ GONZALEZ | 675 |
| 116 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ENCAMADO JESÚS BAHAMONDE GONZÁLEZ | 683 |
| 117 ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES. AIDA GARCÍA DE LA RIVA, ROSAURA GARCÍA LEONARDO, MIRIAM DIAZ PEREZ, ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ Y COVADONGA MUÑOZ BLANCO | 687 |
| 118 CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO MARINA EGUIBAR VILLAMANDOS | 691 |

| | |
|---|-----|
| 119 EL COLECHO | |
| PAULA GARCÍA PRIETO, DIEGO CALDERÓN GONZÁLEZ, AURORA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y LUCIA GARCIA PRIETO | 693 |
| 120 ANOREXIA Y BULIMIA EN LA RED | |
| MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ, LORENA LAVANDERA GARCIA, MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN Y ELENA MERCHÁN MARCOS | 697 |
| 121 PACIENTES CON OSTOMÍAS | |
| ALBA GARCÍA BAS, GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ, BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA Y REBECA CIENFUEGOS VIDAL | 709 |
| 122 RUPTURA DE SILENCIO VIOLENCIA DE GENERO. ATENCION ADECUADA ENFERMERA. | |
| ANA BELLA VAQUERO ABOLI, CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ Y MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ | 713 |
| 123 CUIDADOS ENFERMEROS EN LA DIABETES INFANTIL | |
| NATALIA LLAMEDO FOMBELLA, ANA PALACIOS SOMOANO, PATRICIA GUTIÉRREZ PRIETO Y AINHOA FERNÁNDEZ GARCÍA | 719 |
| 124 MEDICAMENTOS DESACONSEJADOS EN EL EMBARAZO | |
| SHEILA GARCÍA CASTAÑÓN Y GUILLERMO SOTO HUERGA | 723 |
| 125 ERITEMA NODOSO | |
| ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ, LAURA VERANO MENENDEZ, RAQUEL MUÑOZ DÍAZ, MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA Y PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS | 727 |
| 126 CASO CLÍNICO: CURA DE HERIDA QUIRÚRGICA MEDIANTE TÉCNICA MÖLNDAL EN CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA | |
| PAULA GUTIÉRREZ DIAZ, CRISTINA DÍAZ PÉREZ, NURIA GONZALEZ PULIDO Y MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ | 731 |
| 127 FIBROMIALGIA Y EJERCICIO FÍSICO | |
| ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ, CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ, COVADONGA ALBA FERNANDEZ Y MARIA FERNANDEZ SUAREZ | 735 |
| 128 COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA | |
| LAURA SALCEDA GARCÍA Y M DEL MAR GARCIA PRESA | 739 |

| | |
|---|-----|
| 129 CUIDADOS ENFERMEROS OBSTÉTRICOS EN LA EPISIOTOMÍA Y DESGARROS VAGINALES. SARA SÁNCHEZ JUARROS, NOELIA MORENO SANROMÁN Y LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ | 743 |
| 130 ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO CARLA MARÍA FERNÁNDEZ CASTRO | 747 |
| 131 VIRUS ZIKA Y GESTACIÓN CARLA MARÍA FERNÁNDEZ CASTRO | 753 |
| 132 CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG) NURIA GONZALEZ PULIDO, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ, CRISTINA DÍAZ PÉREZ Y PAULA GUTIÉRREZ DIAZ | 763 |
| 133 LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN INFANTIL SISTEMÁTICA SUSANA PRIETO GONZÁLEZ | 769 |
| 134 MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL, ¿ESTÁ RECOMENDADO SU USO EN ATENCIÓN PRIMARIA? CRISTINA DÍAZ PÉREZ, SHAMARA CASTILLO NOGRARO, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ Y NURIA GONZALEZ PULIDO | 771 |
| 135 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LINFEDEMA SANDRA SOTURA CARRERA, PATRICIA OTERO MENÉNDEZ, LLIBERTA LORENZO COLLAZO Y CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ | 775 |
| 136 ABORDAJE DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA. ELENA BATISTA DIAZ | 779 |
| 137 BRONQUIOLITIS EN EL LACTANTE MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO, DAVID SUÁREZ CASTRO Y LAURA MONTES PÉREZ | 783 |
| 138 COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD EN LA MUJER GESTANTE MIRIAN RUBÍN GONZÁLEZ | 787 |

| | |
|---|------------|
| 139 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTE OBESO SHAMARA CASTILLO NOGRARO, PAULA GUTIÉRREZ DIAZ, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ Y LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ | 791 |
| 140 PROYECTO DE INVESTIGACION SOBRE EL TESTAMENTO VITAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CARDIACAS. MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ, YAIZA FUENTE VÁZQUEZ, SARA ALVAREZ MENENDEZ Y SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ | 795 |
| 141 ATENCIÓN A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA MARIA ELENA VILLAR OLIVAR, DEBORA BONILLA ARENA Y GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO | 797 |
| 142 FOMENTANDO LA LACTANCIA MATERNA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. OLAYA ALVAREZ CAMINO Y DANIEL MAYOR ALVAREZ | 811 |
| 143 PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN LA ESCUELA DANIEL MAYOR ALVAREZ Y OLAYA ALVAREZ CAMINO | 813 |
| 144 PROGRAMA DE SALUD: “LA OBESIDAD, LA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI” OLAYA ALVAREZ CAMINO Y DANIEL MAYOR ALVAREZ | 817 |
| 145 PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN DIABETES DANIEL MAYOR ALVAREZ Y OLAYA ALVAREZ CAMINO | 821 |
| 146 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL PARA HACER UNA RCP BASICA. MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ | 829 |
| 147 ESTADOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ, COVADONGA MUÑOZ BLANCO, AIDA GARCÍA DE LA RIVA, ROSAURA GARCÍA LEONARDO Y MIRIAM DIAZ PEREZ | 831 |
| 148 CUIDADOS A PERSONAS CON DIABETES MELLITUS CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ, COVADONGA ALBA FERNANDEZ, MARIA FERNANDEZ SUAREZ Y ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ | 835 |

| | |
|---|------------|
| 149 RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE SEGÚN LAS TEORÍAS DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES TAMARA GARCIA ORDOÑEZ | 839 |
| 150 ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS ABUELOS CUIDADORES CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ, COVADONGA ALBA FERNANDEZ, MARIA FERNANDEZ SUAREZ Y ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ | 843 |
| 151 VENDAJE FUNCIONAL EN EL ESGUINCE DE TOBILLO COVADONGA MUÑOZ BLANCO, AIDA GARCÍA DE LA RIVA, ROSAURA GARCÍA LEONARDO, MIRIAM DIAZ PEREZ Y ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ | 847 |
| 152 AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO, ASPECTOS PSICOLÓGICOS. YOLANDA QUEIPO HERÍAS, BEGOÑA COLLAR ALVES Y SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ | 851 |
| 153 LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ, CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ, COVADONGA ALBA FERNANDEZ Y MARIA FERNANDEZ SUAREZ | 859 |
| 154 PROYECTO DE INVESTIGACION: VALORACION DE LAS VENTAJAS DEL CONTROL ANUAL DEL OJO DIABÉTICO. MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ | 865 |
| 155 LA IMPORTANCIA DEL CORRECTO LAVADO DE MANOS PATRICIA PIÑAL ALONSO, NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZ ARRONDO, TAMAR OCHOA GARCÍA, SORAYA BERMEJO GOMEZ Y NOELIA FERNANDEZ CONCHILLO | 867 |
| 156 GUÍA DEL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS PATRICIA OTERO MENÉNDEZ, LLIBERTA LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y SANDRA SOTURA CARRERA | 871 |
| 157 COMPENDIO SOBRE EL ACENOCUMAROL JOSÉ MANUEL MÉNDEZ FERNÁNDEZ Y CONCEPCION NATALIA LOBO LLORENTE | 875 |

| | |
|---|------------|
| 158 LOS TRATAMIENTOS ACTUALES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) BEGOÑA SUÁREZ VEGA Y CRISTINA ALVAREZ LOPEZ | 883 |
| 159 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL DUELO. VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ, LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y AIDA GARCIA ARDURA | 885 |
| 160 DIABETES GESTACIONAL Y ENFERMERIA AIDA GARCIA ARDURA, LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ | 889 |
| 161 LACTANCIA MATERNA:RECOMENDACIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO EFICAZ ANA ISABEL CIMAS SUÁREZ Y SUSANA PRIETO GONZÁLEZ | 899 |
| 162 EL GASTO MÉDICO EN ASTURIAS DE LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES, AITANA GARCÍA GÓMEZ Y MARIA JOSE MASEDA VIDAL | 903 |
| 163 EDUCACIÓN AL CUIDADOR: ROL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA ALICIA SILVERIO GONZÁLEZ Y PAOLA MORÁN CABAL | 905 |
| 164 CONOCIMIENTOS ENFERMEROS SOBRE EL BIOFILM BACTERIANO VERÓNICA ÁLVAREZ DE LA MATA, BELÉN BLANCO GARCÍA, JORGE PRADO GARCÍA Y IRIS GOMEZ MARTÍNEZ | 909 |
| 165 LA SALUD DE LAS MUJERES EN LAS ZONAS RURALES BEATRIZ EGIDO GORDO, AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ, ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO Y ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ | 913 |
| 166 ÚLCERA EN PACIENTE DIABÉTICA ENCAMADA VERONICA ALVAREZ ESPINETE | 919 |

| | |
|--|------------|
| 167 NUTRICIÓN EN LA ETAPA PREESCOLAR Y ESCOLAR MAURO SANTAMARÍA SUÁREZ, ALBERTO LAVIANA SUÁREZ, NOELIA SANCHEZ VALLES Y ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ | 923 |
| 168 PACIENTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL: CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR LARA DÍAZ GONZÁLEZ | 933 |
| 169 PACIENTE ONCOLÓGICO: TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS LARA DÍAZ GONZÁLEZ | 949 |
| 170 DEPRESIÓN Y FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS. MAURO SANTAMARÍA SUÁREZ, ALBERTO LAVIANA SUÁREZ, NOELIA SANCHEZ VALLES Y ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ | 963 |
| 171 DIABETES MELLITUS EN LA ACTUALIDAD LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ, CRISTINA DÍAZ PÉREZ, NURIA GONZALEZ PULIDO Y PAULA GUTIÉRREZ DIAZ | 979 |
| 172 INFECCIÓN URINARIA LORENA GARCÍA ARIAS, IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ Y CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA | 983 |
| 173 PAPEL DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA Y CIRCULANTE ESTEBAN PIQUERO FERNANDEZ, PAULA CASTAÑO RODRÍGUEZ, LUIS SANCHEZ NÚÑEZ, MONICA FERNANDEZ MARTINEZ Y NOELIA NAVARRETE FERNANDEZ | 985 |
| 174 PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE ENCAMADO PAULA DE LA FUENTE SANCHEZ | 991 |
| 175 EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN EL ASMA. NOEMI GARCIA SANCHEZ, SILVIA PEREZ TABOADA Y CONCEPCION FERNÁNDEZ RODRIGUEZ | 995 |
| 176 MANEJO DE LA CONVULSION FEBRIL SILVIA PEREZ TABOADA, NOEMI GARCIA SANCHEZ Y CONCEPCION FERNÁNDEZ RODRIGUEZ | 999 |

- 177 LA VACUNACIÓN GRIPAL EN LOS PACIENTES ASMÁTICOS**
NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA, M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA,
MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL Y RAQUEL MUÑIZ
PERERA **1003**
- 178 ALTERNATIVA A LAS SUTURAS, LAS TIRAS ADHESIVAS DE
APROXIMACIÓN.**
CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ **1007**
- 179 CONSEJO BREVE ANTITABÁQUICO EN MUJERES MENOPÁUSICAS
EN ATENCIÓN PRIMARIA**
JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARIA JOSÉ GONZÁLEZ
GONZÁLEZ **1011**
- 180 LAS LIPODISTROFIAS EN LOS INSULINODEPENDIENTES**
RAQUEL MUÑIZ PERERA, NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA, M^a ANGELES
GONZÁLEZ ABELLA Y MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL **1013**
- 181 GUÍA PARA LA CORRECTA AUTOMEDICIÓN DE LA TENSIÓN
ARTERIAL EN DOMICILIO (AMPA)**
SILVIA GOMEZ GONZALEZ Y REBECA IVARS NULES **1017**
- 182 AFRONTAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT**
NATALIA TAMÉS RIESGO, MARIA RIESGO RODRIGUEZ, MARÍA
JOSÉ DÍAZ VICIOSA Y ROSANA VALDÉS **1023**
- 183 EL ESTRÉS EN EL PROFESIONAL SANITARIO**
NATALIA TAMÉS RIESGO, MARIA RIESGO RODRIGUEZ Y MARÍA
JOSÉ DÍAZ VICIOSA **1025**
- 184 LA TETANALGESIA COMO MÉTODO DE DISMINUCIÓN DEL
DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO EN LA REALIZACIÓN DE
TÉCNICAS DE ENFERMERÍA.**
ANA MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ, LEYRE IBERO PEMAN, CRISTINA
HUARTE USTARROZ Y CARMELA TROYAS VISUS **1027**
- 185 CUIDADOS AL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONAS
DEPENDIENTES**
NATALIA TAMÉS RIESGO, MARIA RIESGO RODRIGUEZ Y MARÍA
JOSÉ DÍAZ VICIOSA **1033**

- 186 TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS Y EFECTOS SECUNDARIOS**
GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO Y MARIA ELENA VILLAR OLIVAR 1035
- 187 ASÍ ES LA LACTANCIA MATERNA**
SILVIA TORRE FERNANDEZ 1045
- 188 COMO USAR EL SYMBICORT TURBUHALER**
PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ,
ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO, PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ Y
NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ 1049
- 189 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)**
ESTHER GARCÍA MAZÓN, COVADONGA GARCÍA MAZÓN Y NURIA
IZQUIERDO MORENO 1051
- 190 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**
NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ, LAURA VALDÉS CONTRERAS
Y GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ 1055
- 191 EL SISTEMA MOTOR**
PAULA CASTAÑO RODRÍGUEZ, LUIS SANCHEZ NÚÑEZ, MONICA
FERNANDEZ MARTINEZ, NOELIA NAVARRETE FERNANDEZ Y
ESTEBAN PIQUERO FERNANDEZ 1069
- 192 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS EN DOMICILIO**
MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, NURIA GONZALEZ PULIDO,
PAULA GUTIÉRREZ DIAZ Y SHAMARA CASTILLO NOGRARO 1075
- 193 ABORDAJE ENFERMERO DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA**
LAURA VALDÉS CONTRERAS, GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ Y
NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ 1081
- 194 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CESARÉAS URGENTES.**
MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA, PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS,
ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ Y LAURA VERANO MENENDEZ 1089

- 195 CUIDADOS EN EL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)**
AIDA COLLADO CAYADO, DULCE MARÍA DÍAZ BUSTELO Y NOELIA SUÁREZ MÉNDEZ 1093
- 196 ITB PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA**
JAIR MARTÍNEZ DÍAZ Y GEMMA GARCÍA CANDÁS 1097
- 197 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER INMIGRANTE: UN DESAFIO PARA LA ENFERMERIA**
ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA Y LAURA CASTRILLÓN CHAMADOIRA 1099
- 198 ADMINISTRACIÓN DE AEROSOLES DURANTE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PEDIATRÍA**
ANA VAQUERO MARTÍN, MILAGROS ESTEFANI ORE PEREZ, TAMARA SANTANA PÉREZ Y IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ 1113
- 199 DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE**
MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA, MÓNICA DACUÑA LÓPEZ, ALMUDENA PANIZO LÓPEZ Y CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 1115
- 200 ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN PACIENTE CON EPOC**
IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, LORENA GARCÍA ARIAS Y CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA 1121
- 201 USO DE ANTIBIÓTICOS EN LA ACTUALIDAD, UN PROBLEMA DEL FUTURO.**
TAMARA BELLOSO CUESTA Y ALBA GONZÁLEZ DÍAZ 1125
- 202 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HEMORROIDES EN ATENCIÓN PRIMARIA**
JAIR MARTÍNEZ DÍAZ Y GEMMA GARCÍA CANDÁS 1133
- 203 CURACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA: QUISTE PILONIDAL**
VERONICA ALVAREZ ESPINETE 1135

- 204 DIÁLISIS PEDIÁTRICA**
MARTA CUETO TAMARGO, SOFIA FERNANDEZ DE ALMEIDA,
PATRICIA MACÍAS MARTÍNEZ Y ALBA LLUNA GONZÁLEZ 1139
- 205 CURACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA:
HISTERECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA**
VERONICA ALVAREZ ESPINETE 1143
- 206 TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DEL TAPÓN DE CERUMEN EN
ADULTOS.**
SARA SÁNCHEZ JUARROS, NOELIA MORENO SANROMÁN Y LUCÍA
GARCÍA RODRÍGUEZ 1147
- 207 EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN**
ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ, RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ, CARLA
PÉREZ MORÁN Y MARTA RAMOS GARCÍA 1151
- 208 RECOMENDACIONES AL PACIENTE CON PROLAPSO RECTAL**
PAULA DE LA FUENTE SANCHEZ 1159
- 209 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**
PAULA RUIZ ALONSO Y BEATRIZ POSTIGO NUÑEZ 1163
- 210 LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA ENFERMERÍA DE SALUD
MENTAL.**
GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ 1169
- 211 EDUCACIÓN SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN EN EL ADOLESCENTE**
ALBA COLLADO RODRÍGUEZ, ANGELA MARTOS
MARTIN-CONSUEGRA Y ANDREA GONZALEZ GONZALEZ 1175
- 212 VENTILACIÓN MECÁNICA**
ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA, ANDREA GONZALEZ
GONZALEZ Y ALBA COLLADO RODRÍGUEZ 1179
- 213 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS
POR PRESIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS ENCAMADOS EN SU
DOMICILIO**
TANIA MELERO PEREIRA Y VANESSA MOLINA BLANCO 1197

| | |
|--|------|
| 214 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ | 1201 |
| 215 ÚLCERA VENOSA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA VERONICA ALVAREZ ESPINETE | 1209 |
| 216 CITOLOGÍA VAGINAL NOEMI GARCIA SANCHEZ Y NURIA IZQUIERDO MORENO | 1211 |
| 217 ÚLCERAS POR PRESIÓN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. REVISIÓN LITERARIA. PATRICIA MACÍAS MARTÍNEZ, ALBA LLUNA GONZÁLEZ, MARTA CUETO TAMARGO Y SOFIA FERNANDEZ DE ALMEIDA | 1215 |
| 218 CON LA LLEGADA DEL MAL TIEMPO A PROPÓSITO DE LA BRONQUIOLITIS ANA BELÉN DELGADO SIERRA Y SANTIAGO PIEDRA VELASCO | 1219 |
| 219 LACTANCIA MATERNA & LACTANCIA ARTIFICIAL MARÍA GARCÍA PELÁEZ Y CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ | 1223 |
| 220 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MARÍA GARCÍA PELÁEZ Y CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ | 1229 |
| 221 CURACIÓN DE UNA ÚLCERA VASCULAR CON UNA MEZCLA DE AZÚCAR, VASELINA Y POVIDONA EN GEL ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA Y JUAN ANTONIO GARCIA GETINO | 1235 |
| 222 MONITORIZACIÓN CONTÍNUA DE LA GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 JUAN ANTONIO GARCIA GETINO Y ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA | 1239 |
| 223 LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN SALUD MENTAL. LAURA VALDÉS CONTRERAS | 1241 |

| | | |
|-----|---|------|
| 224 | RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y OBESIDAD INFANTIL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA BEATRIZ RODRIGUEZ CASTRO | 1249 |
| 225 | EL PIE DIABÉTICO: PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA LORENA LAVANDERA GARCIA, MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN, ELENA MERCHÁN MARCOS Y MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ | 1265 |
| 226 | TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN PATRICIA CALVO ALONSO | 1273 |
| 227 | CUIDADOR INFORMAL DEL PACIENTE TERMINAL PATRICIA CALVO ALONSO | 1277 |
| 228 | ALIMENTACIÓN ADECUADA DURANTE EL EMBARAZO JAVIER SAMPEDRO RIOL Y JUAN MERA CADENAS | 1281 |
| 229 | ¿ESTÁ JUSTIFICADA LA PROHIBICIÓN DE CAFÉ EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL? REVISIÓN SISTEMÁTICA JUAN MERA CADENAS Y JAVIER SAMPEDRO RIOL | 1287 |
| 230 | RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN VPH EN NIÑOS: APOYO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y TCAE RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ, FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA Y PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA | 1295 |
| 231 | LA LABOR DE ENFERMEROS Y TCAES EN EL CRIBADO DE CANCER DE COLON EN ESPAÑA RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ, FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA Y PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA | 1301 |
| 232 | MOLLUSCUM CONTAGIOSUM: SÍNTOMAS, CAUSA, UBICACIÓN Y TRATAMIENTO. LAURA MONTESERIN FERNANDEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES PELÁEZ ÁLVAREZ, ALEJANDRA ÁLVAREZ DIAZ Y JOANA ÁLVAREZ DÍAZ | 1307 |

| | | |
|-----|--|------|
| 233 | UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (FDG-PET) PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS DISTINTOS SUBTIPOS DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL IRENE GARCIA CANCELO, RUBÉN VALLES SUÁREZ Y RAÚL PÉREZ ISAAC | 1311 |
| 234 | LA TENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA Y TERESA CRIADO GONZÁLEZ | 1319 |
| 235 | CURACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA: PRÓTESIS PARCIAL DE CADERA VERONICA ALVAREZ ESPINETE | 1321 |
| 236 | HIPERCOLESTEROLEMIA, UN PROBLEMA DEL SIGLO XXI CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA Y TERESA CRIADO GONZÁLEZ | 1325 |
| 237 | TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN LA HIPERFENILALANINEMIA NURIA HUERTA GONZÁLEZ | 1327 |
| 238 | MUERTE SÚBITA CARDIÁCA EN EL DEPORTE ALEJANDRA ROZADA GARCÍA | 1339 |
| 239 | EL CRUP EN NIÑOS ALEJANDRA ROZADA GARCÍA | 1341 |
| 240 | EL ESTREÑIMIENTO , CAUSAS Y SOLUCIONES. SALUD CUENCO CUELLO | 1343 |
| 241 | MANEJO DE ULCERAS ARTERIALES Y VENOSAS EN UN PIE DIABETICO LUIS PEREZ MORENO | 1347 |
| 242 | SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL SALUD CUENCO CUELLO | 1353 |
| 243 | MENOPAUSIA ETAPAS Y TRATAMIENTOS EVA CLARA SAIZ LANDERAS Y MONICA FERNANDEZ FALCÓN | 1357 |

- 244**CANCER VAGINAL
LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, MARIA DE LOS ANGELES
CAMPORRO RODRIGUEZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA Y
ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ 1361
- 245**CANCER VULVAR
ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO
NORIEGA, LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ Y MARIA DE LOS
ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ 1365
- 246**EL COLESTEROL
SOUKAINA EL HIRCH FARHI, JENNIFER QUIRANTES GIL, OLAIA
CHOMON MENDOZA, SANDRA MORENO SANCHEZ Y LYDIA
ALVAREZ RIOS 1369
- 247**CANCER DE OVARIO
MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ, LAUDELINO
ROZADA GUTIERREZ, ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ Y
CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA 1375
- 248**APORTE ENERGÉTICO Y ALIMENTACION EN LA MADRE
LACTANTE
CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA, ANA ISABEL ROZADA
GUTIERREZ, MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ Y
LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ 1381
- 249**ENFERMEDADES OCULARES COMO CONSECUENCIA DE LA
DIABETES
BLANCA ROSA INFANTES BUENO 1385
- 250**ALIMENTACION Y DIETETICA.DIETAS Y PROCEDIMIENTOS
JULIA MENENDEZ FERNANDEZ Y ROSA MARIA GARCIA PEREZ 1389
- 251**VEJIGA HIPERACTIVA
YESICA DÍAZ BEJARANO, ANGELA GAMERO FERNÁNDEZ, MARTA
GARCIA RODRIGUEZ, ALBA ÁLVAREZ LÓPEZ Y MAITE GARCÍA
RODRÍGUEZ 1393

| | | |
|------------|--|-------------|
| 252 | DIABETES EN LA ADOLESCENCIA. FRANCISCO JAVIER POSADA REY, SARA MENENDEZ PÉREZ, MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ, LAURA CABREJAS LOPEZ Y ILIUSKA SUTIL REDONDO | 1401 |
| 253 | EVOLUCIÓN DE ENVEJECIMIENTO TETYANA SEMENOVA, TANIA BORQUE CAICEDO, MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ, MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS Y MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ | 1411 |
| 254 | LA OBESIDAD INFANTIL Y LA ALIMENTACIÓN ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA, EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE Y GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ | 1421 |
| 255 | EPILEPSIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES MARIA DEL CARMEN DIAZ DIAZ Y ANA GÓMEZ UBIANO | 1425 |
| 256 | LAS PRINCIPALES VACUNAS DURANTE LA INFANCIA MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ | 1429 |
| 257 | ESTRUCTURA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS SHURA ALCAIDE MARTINEZ | 1431 |
| 258 | LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA, GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ Y EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE | 1435 |
| 259 | CARDIOLOGIA PEDIATRICA MONICA CADENAS MARTINEZ Y RAQUEL CADENAS MARTINEZ | 1439 |
| 260 | ENFERMEDAD DE KAWASAKI ANA ISABEL PÉREZ RAMOS Y MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA | 1441 |
| 261 | CONOCIENDO LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA Y ANA ISABEL PÉREZ RAMOS | 1445 |

- 262 **AMPLIANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS ULCERAS POR PRESIÓN.**
 MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ, LAURA CABREJAS LOPEZ, ILIUSKA SUTIL REDONDO, FRANCISCO JAVIER POSADA REY Y SARA MENENDEZ PÉREZ 1447
- 263 **PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA**
 MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA 1451
- 264 **EL EMBARAZO. PLANIFICACIÓN FAMILIAR**
 ROSA MARIA GARCIA PEREZ Y JULIA MENENDEZ FERNANDEZ 1455
- 265 **PAPEL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
 OLGA MENÉNDEZ SUAREZ Y ANA VANESA GRANDA MUÑIZ 1459
- 266 **TÉCNICAS DE HIGIENE EN EL RECIÉN NACIDO**
 ANA VANESA GRANDA MUÑIZ Y OLGA MENÉNDEZ SUAREZ 1463
- 267 **LA INTOLERANCIA AL GLUTEN EN LA INFANCIA**
 MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA 1465
- 268 **ACTUACIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NECESIDADES ESPECIALES DE ALIMENTACIÓN: DIETAS TERAPÉUTICAS.**
 ROSA MARÍA GIL OLMOS, JOHANNA CUERVO DE LA NOVAL, MARÍA JOSÉ GARCÍA GARCÍA Y ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA 1467
- 269 **LA IMPORTANCIA DE LA INFECCIÓN DE ORINA EN PACIENTES ANCIANOS**
 GLORIA PELLO ALVAREZ Y MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ 1471
- 270 **RELACIÓN DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR**
 BEATRIZ DÍAZ ALONSO 1473
- 271 **CUIDADOS BÁSICOS DEL ENFERMO CON ALZHEIMER.**
 MARIA INES ACEVEDO FERNANDEZ 1481

| | |
|---|-------------|
| 272 ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ Y FLORINA MARE | 1487 |
| 273 ATENCIÓN Y CUIDADOS DURANTE EL CLIMATERIO MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ | 1491 |
| 274 SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PEDIATRÍA Y GINECÓLOGA MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ, FLORINA MARE Y MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ | 1495 |
| 275 LA TRASCENDENCIA DEL TCAE EN LA RELACIÓN DE AYUDA O PSICOSOMÁTICA AL PACIENTE ROBERTO BAILÓN GONZÁLEZ | 1499 |
| 276 DETECCIÓN PRECOZ DE LOS DAÑOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO. CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES, MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO Y MARIA JESUS DIAZ SUAREZ | 1507 |
| 277 ENFERMEDADES RARAS: SINDROME DE FREY MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ Y ELENA GARCÍA MENÉNDEZ | 1511 |
| 278 SALUD MENTAL, NUTRICIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES SANDRA MUÑOZ GARCÍA Y MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS | 1515 |
| 279 EL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO DEL HOMBRE MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ Y ELENA GARCÍA MENÉNDEZ | 1519 |
| 280 CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA LOS DIFERENTES TIPOS DE DESHIDRATACIÓN MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ Y GLORIA PELLO ALVAREZ | 1521 |

- 281 CASO CLINICO: FRACTURA PERTROCANTÉREA IZQUIERDA DE TRAZO INVERSO**
MARIA TERESA CORRALES PINTO, MÓNICA CORRALES PINTO,
MARÍA VICTORIA COUTO CALVO, ÁNGELA GARCÍA RODRÍGUEZ Y
ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ 1523
- 282 ENFERMERIA ANTE EL MALTRATO INFANTIL**
MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ 1527
- 283 ANÁLISIS DE LA HIPOGLUCEMIA**
MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO 1531
- 284 ENFERMEDAD DE LYME**
ANA ISABEL PÉREZ RAMOS Y MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA 1535
- 285 LA VITAMINA B12 Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES MENTALES**
SANDRA MORENO SANCHEZ, LYDIA ALVAREZ RIOS, SOUKAINA EL
HIRCH FARHI, JENNIFER QUIRANTES GIL Y OLAIA CHOMON
MENDOZA 1539
- 286 EL DÉFICIT DE VITAMINA B-12 EN LA POBLACIÓN MAYOR, RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO ENFERMERO**
ANA BEATRIZ ESPESO GARCÍA 1545
- 287 HIGIENE DE MANOS EN LA ATENCIÓN SANITARIA**
FLORINA MARE, MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ Y MARIA DEL
PILAR LÓPEZ MOYÁ 1551
- 288 ACCIONES DEL TCAE ANTE ESTUDIOS DE ALIMENTACIÓN VEGETARIANA Y VEGANA EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA MATERNA**
LAURA SUÁREZ TALAVAN, GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ,
CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ Y MARIA LUISA LÓPEZ
GONZÁLEZ 1555
- 289 LA ENFERMEDAD CELIACA, SUS DIETAS Y ATENCIÓN**
ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ, JUAN ANTONIO CAICOYA
SALDAÑA Y MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA 1557

| | | |
|------------|--|-------------|
| 290 | NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA LOS PACIENTES INGRESADOS ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ, MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA Y JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA | 1561 |
| 291 | LA DIABETES, SU ALIMENTACIÓN Y CUIDADOS ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ, JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA Y MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA | 1565 |
| 292 | ACTUALIZACIÓN PARA TCAE EN DONACIÓN DE LECHE MATERNA. ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ | 1569 |
| 293 | EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PARTO ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ | 1571 |
| 294 | RIESGOS PARA LA SALUD DEL TCAE EVA PEREZ GARCIA | 1573 |
| 295 | FUNCIONES DEL TCAE DURANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EVA PEREZ GARCIA | 1575 |
| 296 | SALUD Y ENFERMEDAD. SALUD PUBLICA MARIA VICTORIA GALLARDO FRA | 1577 |
| 297 | IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN BEBÉS ALICIA GUERRERO GONZALEZ, MAIRA MORILLO GONZALEZ, NOELIA MORILLO GONZÁLEZ, ARANZAZU APARICIO GARCIA Y REBECA LONGARELA FERNÁNDEZ | 1585 |
| 298 | PREVENCIÓN DE LA CANDIDIASIS VULVOVAGINAL EN EL EMBARAZO JESSICA LÓPEZ CERNUDA | 1591 |
| 299 | CASO SOBRE CÁNCER DE PÁNCREAS. MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS Y SANDRA MUÑOZ GARCÍA | 1593 |

- 300**REPASO DE LOS SÍNTOMAS EN LA DEMENCIA.
TETYANA SEMENOVA, MARGARITA MAGDALENA SUAREZ
IGLESIAS, TANIA BORQUE CAICEDO, MARIA SOLEDAD SILVA
PEREZ Y MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ 1595
- 301**CUIDADOS DE LOS PIES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO
ANA MARÍA GRUESO CARRIO, MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA,
ANGELES PEREZ SANCHEZ Y ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA 1603
- 302**LA PIRÁMIDE ALIMENTICIA PARA UNA DIETA SALUDABLE
ANDREA GARCIA FLOREZ Y JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS 1607
- 303**MADRE-CANGURO: CONTACTO PIEL A PIEL, UN MÉTODO CON
MUCHOS BENEFICIOS
YOLANDA PATALLO GARCIA, MARTA PATALLO GARCIA Y FÁTIMA
FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 1611
- 304**CUIDADOS POR TCAE EN LA HIGIENE BUCODENTAL DEL
PACIENTE HOSPITALIZADO.
MARÍA JOSÉ PAJARES CANTELI 1615
- 305**ALTERACIONES EN LA ALIMENTACIÓN: ANOREXIA NERVIOSA.
GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ, EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA
FUENTE Y ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA 1619
- 306**ACTUACIÓN DEL TCAE EN EL PACIENTE RENAL
PAULO JOSE VALDES VAZQUEZ 1623
- 307**ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD DE LA ESQUIZOFRENIA
MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ Y GLORIA PELLO ALVAREZ 1625
- 308**DISMINUCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL
SAMANTA QUIROGA SALGADO 1627
- 309**EL PROFESIONAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE
PALIATIVO.
MONTSERRAT IGLESIAS AGUILERA, ROSANA RODRIGUEZ
ALVAREZ Y MARGARITA NIEBLAS RODRIGUEZ 1629

- 310 ULCERAS POR PRESION (UPP)**
MARIA DE LA CUESTA TUÑON Y LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ 1633
- 311 EL BAÑO DEL RECIÉN NACIDO**
ESTHER RODRÍGUEZ CASTELLANOS 1637
- 312 ACTUACIÓN Y PREVENCIÓN DEL TCAE EN UN
ATRAGANTAMIENTO EN NIÑOS**
GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ, LAURA SUÁREZ TALAVAN, MARIA
LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ Y CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ 1641
- 313 LA LABOR DEL TCAE EN LA PLANTA PEDIÁTRICA**
ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA, JÉSICA MARA LÓPEZ POLA, ROCIO
LÓPEZ VIEJO, TANIA ANTUÑA ALVAREZ Y JULIA MARÍA
MARTÍNEZ ALONSO 1643
- 314 PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL**
VERÓNICA GARCÍA DEL CAMPO 1647
- 315 LA PAROXETINA COMO MEDICAMENTO ANTE LA DEPRESIÓN**
CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, SUSANA DIAZ BRANDY,
SONIA MORILLO GONZÁLEZ, MÓNICA CANTELI RIVERA Y NOELIA
CUESTA MARIA 1651
- 316 ACTUACIÓN DEL TCAE FRENTE A LA ANOREXIA**
SONIA MARIA PLAZA GARCIA, MARGARITA SERRANO SUAREZ Y
EMMA GONZALEZ MUÑOZ 1655
- 317 BENEFICIOS DEL DEPORTE EN LA MUJER MENOPÁUSICA**
VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA, NOELIA NÚÑEZ RIAL,
CRISTINA RAMOS DOS SANTOS Y SONIA ÁLVAREZ GRANDA 1659
- 318 DESARROLLO EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS DE UN
PROGRAMA DE AYUDA AL FUMADOR QUE SEA FAMILIAR
DIRECTO DE ENFERMO TERMINAL DE CÁNCER DE PULMÓN**
VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA, NOELIA NÚÑEZ RIAL,
CRISTINA RAMOS DOS SANTOS Y SONIA ÁLVAREZ GRANDA 1663

- 319 PACIENTE HOSPITALARIO CON EXTREÑIMIENTO CRÓNICO.**
GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ, ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA Y EVA
MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE 1667
- 320 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, EL PAPEL DEL AUXILIAR DE
ENFERMERÍA EN CADA UNO DE ESTOS PROCESOS.**
JAVIER DEL RIEGO APARICIO 1671
- 321 LA ARTROSIS VISTA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
PATRICIA PÉREZ CASTRO, MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES
MEANA Y YOLANDA GONZALEZ GARCIA 1677
- 322 LA SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA**
EMMA MARIA ANTON GARCÍA, JUAN CARLOS IGLESIAS
RODRIGUEZ Y GENEROSA GARCÍA SUÁREZ 1681
- 323 CUIDADOS DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS**
MONTSERRAT SUERO 1685
- 324 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. PROCESO DE ATENCIÓN
DE ENFERMERÍA (PAE) AL PACIENTE CON HIPERPLASIA
BENIGNA DE PRÓSTATA**
LAURA MUÑIZ MONTEIRO, CRISBEL GALLARDO PEREZ, MÓNICA
MARTÍN DÍAZ, ROSA MARIA VAZQUEZ GARCIA Y M^a ANGELES
MARTINEZ BESTEIRO 1689
- 325 LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**
JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ, GENEROSA GARCÍA SUÁREZ
Y EMMA MARIA ANTON GARCÍA 1703
- 326 MEDIOS DE ESTERILIZACION MAS UTILIZADOS**
YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ, JUAN CARLOS TOLIVIA
FERNANDEZ Y AURORA FERNÁNDEZ LLERA 1707
- 327 TIPOS DE RESIDUOS SANITARIOS**
YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ, JUAN CARLOS TOLIVIA
FERNANDEZ Y AURORA FERNÁNDEZ LLERA 1709

| | |
|---|-------------|
| 328VIAS DE ADMINISTRACION DE LOS MEDICAMENTOS YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ, JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ Y AURORA FERNÁNDEZ LLERA | 1711 |
| 329OXIGENOTERAPIA: TIPOS DE ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO. BRENDA CABO DIAZ | 1715 |
| 330ADMINISTRACION POR SONDA NASOGASTRICA DE ALIMENTOS POR TCAE CECILIA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ | 1717 |
| 331LA DERMATITIS DEL PAÑAL EN EL BEBÉ TAMARA LÓPEZ HEVIA Y REBECA LÓPEZ HEVIA | 1719 |
| 332CAMBIOS POSTURALES JESSICA CARLOTA MENENDEZ GARCÍA, TAMARA MENÉNDEZ SIERRA, ANA BELEN PARAJA SUAREZ, MARIA TERESA PARAJA SUAREZ, AZAHARA FERNANDEZ BUELTA Y HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN | 1723 |
| 333PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA POBLACIÓN. IRIS ASUETA RODRÍGUEZ, CAROLINA CORRAL GONZALEZ Y MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR | 1727 |
| 334CAÍDAS EN EL ANCIANO MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO, NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ Y SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ | 1731 |
| 335LOS CUIDADOS PALIATIVOS MARTA GONZÁLEZ OCHOA | 1737 |
| 336CASO CLÍNICO DE UNA NIÑA PREMATURA CON TDAH. M ^a CRISTINA RIERA ZAPICO | 1739 |
| 337FUNCIONES DEL TCAE EN CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ Y MARGARITA HEVIA MOSQUERA | 1743 |
| 338FUNCIONES DE TCAE EN PARTOS SUSANA CANTELI CORTE | 1747 |

| | |
|---|-------------|
| 339ACTUACION Y CUIDADOS DEL TCAE EN PACIENTES CON DEPRESION DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ Y OLGA BARREIRO MANASES | 1751 |
| 340EL TCAE EN LA LACTANCIA MATERNA BELEN GARCIA BARBA | 1755 |
| 341LA IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL BEATRIZ LEAL LÓPEZ, BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ, ROCIO DEL CORRO MEGIDO Y JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ | 1759 |
| 342VIVIR CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA ADRIANA CAMPILLO CASO, PATRICIA VEGA TORRES Y CARLA LLAMAZARES CAMPILLO | 1765 |
| 343TCAE EN SALUD COMUNITARIA. ATENCIÓN PRIMARIA. MARTA ELENA PUENTE MUÑIZ, FELI PUENTE FERNÁNDEZ Y LOURDES MARIVEL ROJAS GUERRA | 1767 |
| 344EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA SANIDAD MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ | 1771 |
| 345HISTORIA DE LA ASEPSIA, LAVADO DE MANOS. TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA LOURDES MARIVEL ROJAS GUERRA Y MARTA ELENA PUENTE MUÑIZ | 1779 |
| 346LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS: LA IMPORTANCIA DE JUGAR JOANNA DEL CAMPO FERNÁNDEZ | 1787 |
| 347SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: POSIBLES CAUSAS MARIA JESUS DIAZ SUAREZ, CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES Y MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO | 1791 |
| 348ULCERAS DE LA BOCA (AFTAS) PATRICIA VEGA TORRES, CARLA LLAMAZARES CAMPILLO Y ADRIANA CAMPILLO CASO | 1793 |

| | | |
|------------|---|-------------|
| 349 | LACTANCIA MATERNA LORENA GONZÁLEZ GARCÍA | 1795 |
| 350 | LA DIABETES MELLITUS SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ, MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO Y NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ | 1797 |
| 351 | LA HIPERTENSION SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ, MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO Y NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ | 1801 |
| 352 | FERTILIDAD MASCULINA ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO, RUT MORILLAS IGLESIAS, YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN Y SHEILA PRIETO LÓPEZ | 1805 |
| 353 | DEMENCIA VASCULAR CRISBEL GALLARDO PEREZ, MÓNICA MARTÍN DÍAZ, ROSA MARIA VAZQUEZ GARCIA, M ^a ANGELES MARTINEZ BESTEIRO Y LAURA MUÑIZ MONTEIRO | 1807 |
| 354 | LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS ADICCIONES EN EL ADOLESCENTE CORAL GONZALEZ RODRIGUEZ, MARÍA PILAR RODRÍGUEZ CORROS, BEATRIZ EGIDO GORDO, ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO Y MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS | 1811 |
| 355 | COMO MINIMIZAR LOS SÍNTOMAS EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL. JULIA MÉNDEZ DEL VAL, PILAR LAYOSA GONZÁLEZ, SILVIA ARGUELLES CUETO, VERONICA ALVAREZ PALICIO Y LAURA CANGA SERRANO | 1817 |
| 356 | SÍNDROME DE RETT ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO, SHEILA PRIETO LÓPEZ, RUT MORILLAS IGLESIAS Y YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN | 1821 |

- 357 EL COLECHO Y LA PROTECCIÓN ANTE EL SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE**
CARLA MURIAS GARCÍA, NURIA MURIAS GARCIA, NURIA GARCIA SUAREZ, ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ Y CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE 1823
- 358 EL TCAE: ESPECTADOR ACTIVO DE “DELIRIUM TREMENS”**
DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ Y DOLORES ARGÜELLES MEANA 1827
- 359 CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO**
LORENA PORTILLA GARCIA, MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ, MIRIAM DÍAZ CASTRO Y ROCÍO ARAGON ÁLVAREZ 1829
- 360 COLOSTOMÍA PEDIÁTRICA**
YOLANDA GARCÍA DE ISLA, TAMARA GARCÍA IGLESIAS, CRISTINA GUTIERREZ LARGO Y NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE 1833
- 361 SOBRE EL CÁNCER DE MAMA**
ALBA COITO DIAZ, SUSANA FERNANDEZ TORRE, MARIA LUISA PERERA SIMÓN, NOELIA DÍAZ GERAS Y BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ 1835
- 362 EL ROL DE LAS VACUNAS EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**
BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA 1839
- 363 LA DISFAGIA EN EL ANCIANO**
MARINA MENÉNDEZ SUÀREZ, LIDIA RODRIGUEZ CADENAS, PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ, LORENA PEREZ MENENDEZ Y ELICE MARIA GARCIA PEINADOR 1843
- 364 DIABETES MELLITUS**
ALBA COITO DIAZ, PAULA FERNANDEZ MARTINEZ, SUSANA FERNANDEZ TORRE, MARIA LUISA PERERA SIMÓN Y NOELIA DÍAZ GERAS 1851

- 365 CASO CLINICO: ADENOPATÍAS MEDOASTÍNAS A ESTUDIO**
SUSANA SAN JOSE GONZALEZ, MARIA TERESA CORRALES PINTO,
MONICA FERNANDEZ MARTÍN, BANESA MANSO SILVA Y
ALEJANDRA REBECA MENÉNDEZ SÁNCHEZ 1853
- 366 HIGIENE BUCAL EN LOS PACIENTES DEMENTES**
SANDRA GONZALEZ ARIAS 1855
- 367 EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL
MALTRATO Y VIOLENCIA DE GENERO**
MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS, LORENA MORA BUENO, MARIA
TERESA CARRIL BLANCO, MARIA MONICA GARCIA NICIEZA Y
ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ 1857
- 368 CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL.**
CRISTINA GUTIERREZ LARGO, TAMARA GARCÍA IGLESIAS,
YOLANDA GARCÍA DE ISLA Y NERY VALENTINA MARTINEZ
AGUIRRE 1859
- 369 ABORDAJE DE LA MUJER FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA
HUMANO**
DEBORA BONILLA ARENA, GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO, ERIKA
BONILLA ARENA Y MARIA ELENA VILLAR OLIVAR 1863
- 370 EL TCAE/AE ANTE EL DUELO**
SONIA RON PEREZ 1877
- 371 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL CENTRO
HOSPITALARIO.**
CRISTINA GUTIERREZ LARGO, NERY VALENTINA MARTINEZ
AGUIRRE, TAMARA GARCÍA IGLESIAS Y YOLANDA GARCÍA DE
ISLA 1879
- 372 IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
ANA MARÍA GRUESO CARRIO, MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA,
ANGELES PEREZ SANCHEZ Y ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA 1883

- 373 RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERIA**
YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA, MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS, PATRICIA SANCHEZ LOZANO Y NATALIA NORIEGA LOREDO 1887
- 374 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES PEDIÁTRICOS**
JAVIER DEL RIEGO APARICIO 1893
- 375 ENFERMEDAD RENAL: TIPOS, CAUSAS Y PLAN DE CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA**
MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR, IRIS ASUETA RODRÍGUEZ Y CAROLINA CORRAL GONZALEZ 1899
- 376 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
BELEN GASCÓN PÉREZ Y SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO 1905
- 377 EL SEDENTARISMO, COMO ABORDARLO**
DAVID SÚAREZ, BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ, VANESA PRADA DÍAZ Y ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ 1911
- 378 EL DUELO**
CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ, MONTSERRAT VIGUERA SOLIS, PABLO SANCHEZ GARCIA Y JULIA SANCHEZ REQUEJO 1919
- 379 LA INCOMPREDIDA ENFERMEDAD DE CROHN**
MONTSERRAT VIGUERA SOLIS, PABLO SANCHEZ GARCIA, JULIA SANCHEZ REQUEJO Y NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN 1923
- 380 ¿QUE TIENE QUE SABER EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE LAS QUEMADURAS?**
MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS, PATRICIA SANCHEZ LOZANO, NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ Y ESMERALDA MEANA PIÑERA 1929

- 381 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE**
 ESMERALDA MEANA PIÑERA, PATRICIA SANCHEZ LOZANO,
 NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ Y MARIA ARANTZAZU
 RENDUELES IGLESIAS **1935**
- 382 TIPOS DE GUANTES EN EL MEDIO SANITARIO**
 SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL, ANDREA ALVAREZ BAYÓN,
 ANDREA PIQUERO FERNANDEZ Y SARA MATÉ SAN MIGUEL **1941**
- 383 TERAPIA OCUPACIONAL PARA EL ANCIANO E INTERVENCIÓN DEL TCAE EN LOS PROGRAMAS.**
 MARGARITA HEVIA MOSQUERA, SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ
 Y AURORA FERNÁNDEZ LLERA **1943**
- 384 RESIDENCIAS DE MAYORES, TIPOS DE RESIDENTES Y FUNCIONES DEL TCAE.**
 MARGARITA HEVIA MOSQUERA, SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ
 Y AURORA FERNÁNDEZ LLERA **1947**
- 385 FUNCIONES TÉCNICAS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN PARTOS**
 MARIA JOSE ROKALY VILLAR SANCHEZ **1951**
- 386 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EXPLORACIÓN MÉDICA**
 RAQUEL CAMPORRO LLANA Y MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO **1953**
- 387 LA CELIAQUÍA**
 NEREA PEÑA VALDIVIA Y JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ **1957**
- 388 LOS TCAE Y LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA EN CENTROS DE SALUD**
 MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO Y RAQUEL CAMPORRO LLANA **1961**
- 389 ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE UN TRASTORNO CONVULSIVO.**
 EMMA GONZALEZ MUÑOZ, SONIA MARIA PLAZA GARCIA Y
 MARGARITA SERRANO SUAREZ **1967**

- 390 LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN UN ENFERMO TERMINAL DE CÁNCER Y SUS CUIDADORES.**
MARIA BEJAR PEREZ, MELISA SALINAS RÍOS, RAQUEL GONZALEZ GARCIA Y LAURA DIAZ MAYO 1971
- 391 COMO COMUNICARSE CON UN PACIENTE SORDO.**
PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 1977
- 392 ENFERMEDAD DE PAGET**
LUCIA PELÁEZ MARTINEZ 1979
- 393 INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)**
NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE, YOLANDA GARCÍA DE ISLA, TAMARA GARCÍA IGLESIAS Y CRISTINA GUTIERREZ LARGO 1981
- 394 CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO SANO**
LEONOR ALONSO SÁNCHEZ, MARÍA CRISTINA BERMÚDEZ BANGO, ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS Y FATIMA GAYOL 1985
- 395 LA NECESIDAD DE TRABAJAR EL SUELO PÉLVICO EN LA MUJER**
CARMEN CALDEVILLA 1989
- 396 PROYECTO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**
JESSICA GRANDA PELAEZ, LAURA HERES GARCIA, LEONOR ALONSO SÁNCHEZ, MARÍA CRISTINA BERMÚDEZ BANGO Y NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS 1993
- 397 APARATO GENITAL: REPRODUCCIÓN Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS**
AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR, JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ Y CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO 1997
- 398 LA ENFERMEDAD CELÍACA EN NIÑOS: SIGNOS Y SÍNTOMAS**
CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO, JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ Y AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR 1999
- 399 LACTANCIA MATERNA O LACTANCIA ARTIFICIAL**
VERONICA MENENDEZ BARROS 2001

- 400**INCONTINENCIA URINARIA EN LA MENOPAUSIA
TAMARA GARCÍA IGLESIAS, YOLANDA GARCÍA DE ISLA, NERY
VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE Y CRISTINA GUTIERREZ LARGO 2005
- 401**RECOGIDA DE MUESTRA DE HECES
VANESA CAYARGA MARTÍNEZ, LORENA HEVIA GONZÁLEZ,
MARÍA PÉREZ BARRIOS Y MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS 2009
- 402**EL PACIENTE TERMINAL Y LA IMPORTANCIA DEL APOYO
FAMILIAR POR EL EQUIPO DE CUIDADOS.
MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN, ESTELA SOLEDAD GALÁN
GRANDA Y MARTA LOPEZ ALVAREZ 2015
- 403**REHABILITACIÓN EN ESPONDILODISCARTROSIS LUMBAR
MARTA GONZALEZ RUBIO 2019
- 404**IMPORTANCIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD (AP O
APS) PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO
LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 2021
- 405**PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA
ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, FATIMA GAYOL, NATALIA
CUERVO CUERVO, SORAYA MORENO CORREA Y MARÍA EUGENIA
CAPILLA PAIS 2023
- 406**CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA
MARTA LOPEZ ALVAREZ, MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN Y
ESTELA SOLEDAD GALÁN GRANDA 2029
- 407**EL ENVEJECIMIENTO HUMANO ACTIVO Y SALUDABLE
MARÍA VANESA DÍAZ GONZÁLEZ Y MARIA DEL MAR ALONSO DE
LA COBA 2033
- 408**CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO
SILVIA MEANA GOMEZ Y ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS 2035

- 409 CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA A LAS PERSONAS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN**
MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS, MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO, MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS Y CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA 2039
- 410 CUIDADOS DEL TCAE EN LAS ENFERMEDADES MENTALES ACTUALES**
MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO, MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS, CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA, MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS 2045
- 411 CUIDADOS ESPECÍFICOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON ÚLCERAS DE PRESIÓN**
NATALIA NORIEGA LOREDO, ESMERALDA MEANA PIÑERA, YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA Y NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ 2051
- 412 LA BULIMIA**
NATALIA CUERVO CUERVO, SORAYA MORENO CORREA, MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS, JESSICA GRANDA PELAEZ Y LAURA HERES GARCIA 2057
- 413 LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y LA INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN**
VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ, ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ, VERONICA PEREIRA CUERVO Y GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO 2061
- 414 ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
LORENA HEVIA GONZÁLEZ, MARÍA PÉREZ BARRIOS, MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS Y YLENIA EXTREMERA JAMBRINA 2067
- 415 LA ENDOMETRIOSIS OVARICA Y LOS EFECTOS SOBRE LA MUJER**
ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ, VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ, VERONICA PEREIRA CUERVO Y GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO 2073

- 416 FACTORES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.**
GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO, VANESSA FORCELLEDO
FERNANDEZ, VERONICA PEREIRA CUERVO Y ALEJANDRA
ALVAREZ FERNANDEZ 2077
- 417 IMPORTANCIA DE LA DIETA EN LA SALUD DENTAL**
MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA Y MARÍA VANESA DÍAZ
GONZÁLEZ 2083
- 418 TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS**
LAURA ARAUJO MORILLAS, MARIA ISABEL RAMOS SASTRE,
MARTA APARICIO PEREZ Y PAULA DÍAZ AREA 2085
- 419 RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA POR EL AUXILIAR DE
ENFERMERÍA**
MARÍA PÉREZ BARRIOS, MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS, YLENIA
EXTREMERA JAMBRINA Y VANESA CAYARGA MARTÍNEZ 2089
- 420 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO.**
CAROLINA CORRAL GONZALEZ, IRIS ASUETA RODRÍGUEZ Y
MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR 2095
- 421 PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
MALFORMACIONES CRANEALES EN RECIEN NACIDOS DEBIDO A
LA POSICIÓN**
BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ, VANESA PRADA DÍAZ, ELIZABETH
IGLESIAS SUAREZ Y DAVID SÚAREZ 2099
- 422 TÉCNICAS DE AISLAMIENTO DEL TCAE EN PEDIATRÍA**
PALOMA LÓPEZ PRENDES, VANESA FERNANDEZ SOL, MARTA
RICO GARCIA Y ASTRID RUIZ SUÁREZ 2103
- 423 CUIDADO Y APOYO EN PACIENTES DE ALZHEIMER.**
MARTA MARÍA RECIO GARCÍA, ANA BELÉN RECIO GARCÍA,
LAURA LÓPEZ GARCÍA, ÁNGELA SÉSAR NAVAL Y ZULAICA
VIJANDE FERNÁNDEZ 2107
- 424 PROTOCOLOGO DE SONDA VESICAL EN LA UNIDAD DE
NEONATOS**
ELVITA GARCIA CAO Y JOSE ANTONIO VEGA GARCIA 2111

| | | |
|-----|---|------|
| 425 | EL TCAE CON EL PACIENTE CRÓNICO TERMINAL NURIA MARIA FERNANDEZ LEON | 2115 |
| 426 | CONSENTIMIENTO INFORMADO: UTILIDAD Y FUNCIONES DEL TCAE EN LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN LORENA MARTINEZ MARTIN, GEMMA MIGUÉLEZ VALLE, REYES CASTAÑÓN. MARCOS Y ROSA ISABEL FERRERO RUBIN | 2121 |
| 427 | PROTOCOLO DE ASPIRACION DE SECRECIONES EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA. ELVITA GARCIA CAO Y JOSE ANTONIO VEGA GARCIA | 2131 |
| 428 | CAÍDAS EN PACIENTES ANCIANOS: FACTORES DE RIESGO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA REYES CASTAÑÓN. MARCOS, ROSA ISABEL FERRERO RUBIN, LORENA MARTINEZ MARTIN Y GEMMA MIGUÉLEZ VALLE | 2135 |
| 429 | ESPONDILITIS ANQUILOSANTE SOFIA PATALLO ALVAREZ, MARÍA GENEROSA LILLO TEJÓN, ISABEL ROLDÁN FERNANDEZ Y MARCO CASADO CORONA | 2143 |
| 430 | BALANCE HIDRICO ELVITA GARCIA CAO Y JOSE ANTONIO VEGA GARCIA | 2147 |
| 431 | CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS OLGA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ | 2149 |
| 432 | IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER. MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ | 2153 |
| 433 | SALUD COMUNITARIA. ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA Y PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA | 2155 |
| 434 | EJERCICIO FÍSICO Y LA ALIMENTACIÓN EN LOS ANCIANOS ALBA ÁLVAREZ LÓPEZ, YESICA DÍAZ BEJARANO, MAITE GARCÍA RODRÍGUEZ, ANGELA GAMERO FERNÁNDEZ Y MARTA GARCIA RODRIGUEZ | 2157 |

| | |
|--|-------------|
| 435ICTERICIA NEONATAL ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS | 2167 |
| 436EL TCAE EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO ANA BELEN VALLINA ALONSO, M ^a DEL MAR VALLINA ALONSO, EVA MARÍA GARCÍA MATOS Y VERÓNICA MUÑOZ EIRO | 2171 |
| 437INFORME CLÍNICO DE CONSULTAS EXTERNAS EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGIA BEGOÑA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LIDIA ANGELES RODRIGUEZ, RAQUEL BORREGO SORIA, OLAYA MIÑAMBRES ALVEAR Y MARÍA DEL MAR SAL ALVAREZ | 2175 |
| 438LA ENFERMEDAD DEL BESO O MONONUCLEOSIS INFECCIOSA ETELVINA ALVAREZ CAYUELA | 2177 |
| 439AGRESIONES FISICAS Y VERBALES AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO. LORENZO GAYO GONZÁLEZ | 2179 |
| 440PROCESO DE DETECCIÓN DE ANEMIA FALCIFORME EN RECIÉN NACIDOS CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE Y MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ | 2183 |
| 441ANGINA DE PECHO A CONSECUENCIA DE CELIAQUIA NO DIAGNOSTICADA. ANA RODRÍGUEZ ARANGO, ROSA MARÍA ROSENDE CASAL Y MARTA GARCIA ANTON | 2189 |
| 442REVISIÓN DEL NIÑO SANO CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE Y MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ | 2193 |
| 443LAS ADICCIONES Y SUS EFECTOS VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ, VERONICA PEREIRA CUERVO, GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO Y ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ | 2197 |

- 444OXIGENOTERAPIA EN PEDIATRIA**
CRISTINA SUAREZ ALVAREZ, VERONICA RUIZ LÓPEZ, PAULA
NOYA MOURE, MARÍA AMOR MIER ALVAREZ Y MANUEL ROLDAN
MENÉNDEZ 2201
- 445EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO**
SILVIA CAMPO GARCIA, JUDIT GUTIERREZ CADENA, LUCIA
GALAN ÁLVAREZ, MARGARITA CARREÑO MANEIRO Y ANA OVIES
ROZADA 2211
- 446CANCER DE COLON**
PAULA FERNANDEZ MARTINEZ, ALBA COITO DIAZ, SUSANA
FERNANDEZ TORRE, MARIA LUISA PERERA SIMÓN Y NOELIA DÍAZ
GERAS 2217
- 447PLANES INTEGRALES DE SALUD PARA EL ABORDAJE DE LA
OBESIDAD INFANTIL**
PILAR LOPEZ DIAZ 2221
- 448CÁNCER DE PRÓSTATA**
LAURA DIAZ MAYO, MARIA BEJAR PEREZ, MELISA SALINAS RÍOS,
RAQUEL GONZALEZ GARCIA Y ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ 2225
- 449LA TAGATOSA UN AZUCAR POCO CONOCIDO**
JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO, ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ Y
ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ 2229
- 450CANCER DE MAMA**
YARINA PRIETO ALCAÑIZ, ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO,
ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ, LAURA CAMPA CAMPA Y
MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS 2233
- 451LACTANCIA EXITOSA: POSTURAS PARA AMAMANTAR.**
JULIA SANCHEZ REQUEJO, NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN,
MONTSERRAT VIGUERA SOLIS Y CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ 2237
- 452LA DISFAGIA INFANTIL**
JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO, ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ Y
ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ 2241

- 453EL BLW: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.**
JULIA SANCHEZ REQUEJO, NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN,
MONTserrat VIGUERA SOLIS Y CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ 2245
- 454PREVALENCIA Y FACTORES DE LAS DEPRESIONES EN PERSONAS
MAYORES**
DAVID SUÁREZ CASTRO, LAURA MONTES PÉREZ Y MARÍA
ARANTZAZU LORENCES ALONSO 2249
- 455LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
DAVID SUÁREZ CASTRO, MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO
Y LAURA MONTES PÉREZ 2255
- 456ENDOMETRIOSIS**
INÉS MENÉNDEZ ROLDÁN 2259
- 457EL SÍNDROME DE DIÓGENES Y LA CONTROVERSI A SOBRE SU
DENOMINACIÓN**
BEGOÑA COLLAR ALVES, FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO Y
SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 2261
- 458PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LAS TCAE ANTE LAS
PATOLOGÍAS DERIVADAS DE LOS TRASTORNOS EN EL
DESCANSO INFANTIL**
SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ, MARIA ROSA NÚÑEZ LLAMES,
LILIANA VIDAL IGLESIAS, ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ Y RAQUEL
GONZALEZ GARCIA 2267
- 459EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA-
TCAE**
IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ, MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA,
MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, M^a PAZ NÚÑEZ
FERNÁNDEZ Y RAQUEL GALVAN MARTINEZ 2273
- 460LAS FUNCIONES DEL TCAE EN ATENCIÓN PRIMARIA (EL TCAE
EN EL CENTRO DE SALUD)**
VANESSA FERNÁNDEZ CASTIÑEIRA 2277

- 461INDICACIONES DE LAS TCAES EN LA HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO**
ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ,
MARIA ROSA NÚÑEZ LLAMES, LILIANA VIDAL IGLESIAS Y LAURA
DIAZ MAYO 2281
- 462ABORDAJE DE PIE DIABÉTICO EN PRIMARIA**
MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ 2285
- 463MANEJO DE LA HIDRATACIÓN EN UNA ANCIANA DEMENCIADA**
ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS, VERÓNICA LORENZO GARCÍA Y
ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ 2287
- 464LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT**
RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ
Y PATRICIA GARCÍA MARTÍN 2291
- 465CUIDADOS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE VIDA EN EL RECIEN NACIDO SANO**
MARIA YOLANDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 2295
- 466CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA GRIPE**
JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE, MARÍA FILOMENA GARCÍA
FERNÁNDEZ Y BEGOÑA MARCOS MENDEZ 2299
- 467LA INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO**
NATALIA GARCÍA CARBAJAL, ABILIO ALVAREZ GONZALEZ,
NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL, MÓNICA GONZÁLEZ BRAÑA Y
RAFAEL SANCHEZ IBAÑEZ 2303
- 468LA ALIMENTACIÓN EN EL RECIEN NACIDO, LACTANCIA MATERNA.**
ROSA MAR NIETO MORAN, ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL,
ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL Y FRANCISCA TORRU BEJAR 2313
- 469PROLAPSO UTERINO**
MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ, NORMA LORENA BUYO
AVALOS, SARA FERNÁNDEZ RICO, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ Y
GEMA MARIA BERNAL ALONSO 2317

- 470 INFORME CLINICO DE URGENCIAS SOBRE PATOLOGIA DE LA SOCIEDAD: ANSIEDAD Y ESTRES**
YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ, ANDREA ISABEL LLERA PEÑA,
MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ, LUISA BEGOÑA GOMEZ
VAZQUEZ Y ANA ISABEL GARCIA LOPEZ 2319
- 471 EL SÍNDROME DE ASPERGER**
RUT MORILLAS IGLESIAS, YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN,
SHEILA PRIETO LÓPEZ Y ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO 2321
- 472 EL RIÑÓN Y LA IMPORTANCIA DE SUS PATOLOGÍAS**
LYDIA ALVAREZ RIOS, SOUKAINA EL HIRCH FARHI, JENNIFER
QUIRANTES GIL, OLAI A CHOMON MENDOZA Y SANDRA MORENO
SANCHEZ 2323
- 473 RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAE**
MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, JONATAN MARTÍNEZ
TOLEDANO, SANDRA MARINERO GONZÁLEZ, CLARA EUGENIA
GUTIERREZ GONZALEZ Y LAURA SANCHEZ MONTEIRO 2327
- 474 PROGRAMAS FORMATIVOS DIRIGIDOS A CUIDADORES PRINCIPALES IMPARTIDOS POR EL TCAE**
CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ, LAURA SANCHEZ
MONTEIRO, MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, JONATAN
MARTÍNEZ TOLEDANO Y SANDRA MARINERO GONZÁLEZ 2333
- 475 ENFERMEDAD SEVERA DE LA CIRROSIS HEPATICA.**
ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ, MARIA ISABEL FERNANDEZ
LAGO Y ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA 2339
- 476 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS TRANSCULTURALES**
NURIA GONZALEZ NORIEGA, MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ,
MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO Y MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ 2343
- 477 HIPERTIROIDISMO. CLÍNICA Y TRATAMIENTO.**
ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ, MARIA ISABEL FERNANDEZ
LAGO Y ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA 2355

- 478EL TCAE Y EL TRATO DIGNO AL PACIENTE**
RAQUEL GALVAN MARTINEZ, IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ,
MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA, MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ
SANTIAGO Y M^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ 2359
- 479LOS PELIGROS DE LA MUERTE SUBITA EN LOS NIÑOS**
ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ, MARIA ISABEL FERNANDEZ
LAGO Y ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA 2365
- 480ESTABLECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
EN EL LACTANTE SANO**
PILAR LOPEZ DIAZ 2369
- 481LA OBESIDAD INFANTIL**
PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ, YOANA LLAMES GONZÁLEZ Y ANA
ISABEL GONZÁLEZ NIETO 2373
- 482LA ENFERMEDAD CELÍACA Y SUS CONSECUENCIAS**
JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE, MARÍA FILOMENA GARCÍA
FERNÁNDEZ Y BEGOÑA MARCOS MENDEZ 2377
- 483CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES EN FASE TERMINAL**
MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO, ANGELES MARIA GOMEZ
OCHOA Y ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ 2381
- 484LA IMPORTANCIA DEL AGUA EN NUESTRO ORGANISMO**
MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO, ANGELES MARIA GOMEZ
OCHOA Y ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ 2385
- 485NUTRICION Y ALIMENTACION**
MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA, MARÍA CELIA CABO SUÁREZ Y
CLARA MARIA GARCIA HERRERO 2389
- 486RECOMENDACIONES PARA LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN EL
MANEJO DE PERSONAS CON CUIDADOS PALIATIVOS**
LUCÍA ARDURA GONZALEZ, NOELIA CERNUDA MORA, FELICIDAD
PENELOPE PROENZA GARCÍA Y MONICA ALVAREZ GARCIA 2397

- 487DIABETES**
JENNIFER QUITANTES GIL, OLAIA CHOMON MENDOZA, SANDRA MORENO SANCHEZ, LYDIA ALVAREZ RIOS Y SOUKAINA EL HIRCH FARHI 2403
- 488DEPRESIÓN POSPARTO**
ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO, ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ, LAURA CAMPA CAMPA, MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS Y YARINA PRIETO ALCANIZ 2407
- 489PREVENCIÓN DE RIESGOS CARDIOVASCULARES**
ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA, ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ Y MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO 2411
- 490LA DIABETES**
MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ, BEGOÑA MARCOS MENDEZ Y JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE 2415
- 491LA DEMENCIA DEL SIGLO XXI**
BLANCA DOMINGUEZ-GIL, VANESA ARRANZ ARROYO Y BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO 2419
- 492SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO**
ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO, YOANA LLAMES GONZÁLEZ Y PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ 2421
- 493CUIDADOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**
AIDA RODRÍGUEZ ORNIA Y ENCARNACIÓN ARBESU GUTIÉRREZ 2423
- 494ROSACEA**
BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO, BLANCA DOMINGUEZ-GIL Y VANESA ARRANZ ARROYO 2427
- 495SÍNDROME DEMENCIAL: ATENCIÓN A LA DEMENCIA EN LA PERSONA MAYOR.**
ESPERANZA VELASCO CAMPA Y ELISA VALLINA GONZÁLEZ 2429
- 496CUIDADOS DEL CORDON UMBILICAL**
ANA BELÉN SILVA BARREIRO 2433

| | |
|--|-------------|
| 497FACTORES IMPLICADOS EN LA APARICIÓN DE UN A.C.V. PATRICIA CARDELI GONZALEZ | 2435 |
| 498PREVENCIÓN DE LOS A.C.V. PATRICIA CARDELI GONZALEZ | 2437 |
| 499ROL DEL TCAE EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER ALEJANDRO GONZALEZ LOPEZ | 2441 |
| 500MENOPAUSIA NOELIA NAVARRETE FERNANDEZ, ESTEBAN PIQUERO FERNANDEZ, PAULA CASTAÑO RODRÍGUEZ, LUIS SANCHEZ NÚÑEZ Y MONICA FERNANDEZ MARTINEZ | 2447 |
| 501ASPECTOS BÁSICOS DE LAS ASFIXIAS. PATRICIA CARDELI GONZALEZ | 2451 |
| 502ALTERACIONES VISUALES: INCIDENCIA DE CATARATAS EN LA TERCERA EDAD MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN Y MAR VALDES RODRIGUEZ | 2455 |
| 503OBESIDAD. EPIDEMIA MUNDIAL BEGOÑA MARCOS MENDEZ, JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE Y MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ | 2463 |
| 504LA DISFAGIA EN PERSONAS MAYORES MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS, YARINA PRIETO ALCAÑIZ, ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO, ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ Y LAURA CAMPA CAMPA | 2467 |
| 505ULCERAS POR PRESIÓN: PREVENCIÓN LOCALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA, ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ Y MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO | 2473 |
| 506ICTUS ISQUÉMICO MARÍA CELIA CABO SUÁREZ, MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA Y CLARA MARIA GARCIA HERRERO | 2477 |

- 507 DETECTAR LA OBESIDAD INFANTIL**
ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ Y SHEILA MARTINEZ
RODRÍGUEZ 2481
- 508 PREVENCIÓN DE PROBLEMAS BUCODENTALES DESDE LA
INFANCIA EN CENTROS DE SALUD**
SANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ, MELISA ROBLES SANDINO, MARIA
DEL ROSARIO FERNANDEZ RODRIGUEZ, ANDREA MANJÓN
SÁNCHEZ Y LAURA GARCIA MARTINEZ 2483
- 509 ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA, DURANTE LA
HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA**
ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA, JOSÉ ANTONIO ESCANLAR
MONTESERÍN, MARIA DE LOS ANGELES ESTEVEZ SEOANE Y ANA
BELÉN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 2485
- 510 CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN**
LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ Y MARÍA MERCEDES SANTOS
LAURES 2489
- 511 ACIDOS HIPOXIGENADOS. INTEGRIDAD CUTÁNEA**
MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA, M^a JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ,
ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ Y MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ 2495
- 512 EL TCAE: ABORDAJE DEL TEMA V.A.**
DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ Y OLGA BARREIRO
MANASES 2499
- 513 INFECCIONES URINARIAS EN EL ANCIANO: PREVENCIÓN Y
ACTUACIÓN**
LAURA SANCHEZ MONTEIRO, MARGARITA FERNÁNDEZ
GUTIÉRREZ, JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO, SANDRA
MARINERO GONZÁLEZ Y CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ 2503
- 514 LA TRACCIÓN PREOPERATORIA EN FRACTURAS DE CADERA.
¿ES EFECTIVA?**
MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA, M^a JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ,
ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ Y MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ 2509

- 515 COMPLICACIONES DE LA VARICELA EN LA EDAD PEDIÁTRICA.**
ALEJANDRA ÁLVAREZ DIAZ, JOANA ÁLVAREZ DÍAZ, MARÍA DE
LOS ÁNGELES PELÁEZ ÁLVAREZ Y LAURA MONTESERIN
FERNANDEZ 2513
- 516 EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**
MARIA ELVA LOPEZ ALVAREZ, MARCELINA ELSA RODRIGUEZ
ACERO, ROSA ELVIRA MOROCHO CABRERA, LUISA GANSO
FERNANDEZ Y MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA 2517
- 517 MASTITIS ASOCIADA A LA LACTANCIA**
MARTA GARCIA ANTON, ROSA MARÍA ROSENDE CASAL Y ANA
RODRÍGUEZ ARANGO 2527
- 518 COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA OOFORECTOMÍA
PREVENTIVA.**
JOANA ÁLVAREZ DÍAZ, ALEJANDRA ÁLVAREZ DIAZ, MARÍA DE
LOS ÁNGELES PELÁEZ ÁLVAREZ Y LAURA MONTESERIN
FERNANDEZ 2531
- 519 TABAQUISMO**
DESIREE JUAN GARCIA, SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ELO
FERNANDEZ PEREZ, NURIA MARTINEZ MARTINEZ Y LIBERTAD
SUAREZ HERMOSO 2535
- 520 LA SALUD BUCAL EN EL PACIENTE CON CARENCIAS EN EL
AUTOCUIDADO**
FRANCISCA TORRU BEJAR, ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL,
ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL Y ROSA MAR NIETO MORAN 2539
- 521 FUNCIÓN DEL TCAE EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES
CELIACOS**
MARIA JOSEFA FERNANDEZ RODRIGUEZ 2543
- 522 ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON OVARIOS
POLIQUÍSTICOS**
GEMA MARIA BERNAL ALONSO, MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ,
MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ, NORMA LORENA BUYO
AVALOS Y ANA VIOR LÓPEZ 2547

- 523 CUIDADOS DEL TCAE A PACIENTES CON PRECLAMPSIA**
ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ, TANIA ANTUÑA ALVAREZ, JÉSICA
MARA LÓPEZ POLA, ARÁNZASU RODRÍGUEZ POLA Y ANA VIOR
LÓPEZ 2553
- 524 LA CAMA HOSPITALARIA: TIPOS Y TÉCNICA PARA SU
REALIZACIÓN**
SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ROCÍO
GARCÍA FRANCOS, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y REBECA
RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 2561
- 525 PREVENCIÓN DE LAS ESCARAS EN UN PACIENTE CON DIARREAS
CRÓNICAS**
ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ, ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS
Y VERÓNICA LORENZO GARCÍA 2567
- 526 EL INMIGRANTE Y LA GLOBALIZACIÓN: ENFERMEDADES.**
BLANCA DOMINGUEZ-GIL, VANESA ARRANZ ARROYO Y BEATRIZ
FLÓREZ ESPARTERO 2571
- 527 LA DIABETES GESTACIONAL**
MARIA ISABEL DIAZ NOVO 2575
- 528 TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN
PEDIATRÍA PARA PERSONAL LABORAL Y USUARIOS**
MARIA ROSA NÚÑEZ LLAMES, LILIANA VIDAL IGLESIAS, ROCIO
ALONSO FERNÁNDEZ Y SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ 2579
- 529 LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN INFANTIL**
BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ, NOELIA DÍAZ GERAS, PAULA
FERNANDEZ MARTINEZ, ALBA COITO DIAZ Y SUSANA
FERNANDEZ TORRE 2583
- 530 LACTANCIA MATERNA: VENTAJAS Y DESVENTAJAS**
LUCIA GALAN ÁLVAREZ, MARGARITA CARREÑO MANEIRO, ANA
OVIES ROZADA, SILVIA CAMPO GARCIA Y JUDIT GUTIERREZ
CADENA 2587

- 531 LAS TECNICAS DE ASEPSIA**
MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ, ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ CALVILLO, MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ Y MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ 2593
- 532 ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL INSOMNIO EN EL ADULTO MAYOR**
LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ, PATRICIA GARCÍA MARTÍN Y RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2597
- 533 SINDROME BURNOUT**
MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ, BEGOÑA MARCOS MENDEZ Y JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE 2601
- 534 DIETA PARA PREPARACION DE COLONOSCOPIA**
MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS Y JOSEFA MENENDEZ MARCOS 2605
- 535 DESARROLLO DE UN PLAN DE DIETAS PERSONALIZADAS PARA PERSONAS MAYORES Y EVALUACIÓN DE SU IMPACTO PARA LA SALUD**
MARIA DOLORES ALONSO VIOR, MARIA BELEN RODRIGUEZ LOPEZ, AIDA ALONSO FUENTES, ROSA ANA GARCIA NIDO Y VERONICA GARCIA NIDO 2609
- 536 FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCION PRIMARIA**
MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS Y JOSEFA MENENDEZ MARCOS 2619
- 537 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA**
ANA VIOR LÓPEZ, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ, GEMA MARIA BERNAL ALONSO, MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ Y TANIA ANTUÑA ALVAREZ 2623
- 538 ERGONOMÍA. HIGIENE POSTURAL EN EL TRABAJO**
MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO, RAQUEL GRANDA PÉREZ, CASTORA CAMPA GARCÍA Y MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ 2629

| | |
|--|-------------|
| 539ACOSO LABORAL DE ÁMBITO SANITARIO VERONICA VILLA CASTRESANA | 2631 |
| 540ULCERAS POR PRESIÓN O UPP MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ, EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO Y MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ | 2635 |
| 541EL ICTUS Y LOS FACTORES DE RIESGO. VANESA ARRANZ ARROYO, BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO Y BLANCA DOMINGUEZ-GIL | 2641 |
| 542MENOPAUSIA Y CLIMATERIO LAURA CAMPA CAMPA, MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS, YARINA PRIETO ALCAÑIZ, ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO Y ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ | 2647 |
| 543SERVICIO DE NEONATOLOGÍA LAURA CAMPA CAMPA, MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS, YARINA PRIETO ALCAÑIZ, ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO Y ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ | 2651 |
| 544MEDICIÓN DE DIURESIS LUCIA FUERTES SIERRA | 2655 |
| 545ALIMENTACIÓN EN PEDIATRÍA ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ, LAURA CAMPA CAMPA, MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS, YARINA PRIETO ALCAÑIZ Y ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO | 2657 |
| 546ASÍ ES LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA, CLARA MARIA GARCIA HERRERO Y MARÍA CELIA CABO SUÁREZ | 2659 |
| 547APOYO AL CUIDADOR DE UN PACIENTE DEPENDIENTE LUZ PEREZ GONZALEZ Y ANGELA HERNANDO TEMPRANA | 2671 |
| 548TRANSTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO QUE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEBE CONOCER ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ | 2677 |

- 549 **EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE SANGRE**
MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ 2683
- 550 **LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE PERSONAL EN EL AMBITO SANITARIO**
PAULA GARCIA MIRANDA, LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ, DAVID MARTÍNEZ NIETO Y LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ 2687
- 551 **DIÁLISIS PERITONEAL**
NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ 2691
- 552 **SÍNDROME VERTIGINOSO, UN TRASTORNO CADA VEZ MÁS COMUN**
MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ, MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO, RAQUEL GRANDA PÉREZ Y CASTORA CAMPA GARCÍA 2693
- 553 **PROBLEMAS AUDITIVOS EN LA TERCERA EDAD**
MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN Y MAR VALDES RODRIGUEZ 2695
- 554 **EL ROL DEL TCAE COMO APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE**
MARIA SAGRARIO GARCÍA AVELLO 2703
- 555 **EL TCAE EN EL EL SERVICIO DE URGENCIAS**
MARÍA MERCEDES SANTOS LAURES Y LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ 2705
- 556 **EL ICTUS EN PACIENTES JÓVENES ADULTOS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS**
ISABEL GARCÍA AGUDIN, MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ Y SONIA HUERTA COTO 2707
- 557 **ENFERMEDADES PREVALENTES DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA.**
MARÍA DE LOS ÁNGELES PELÁEZ ÁLVAREZ, LAURA MONTESERIN FERNANDEZ, ALEJANDRA ÁLVAREZ DIAZ Y JOANA ÁLVAREZ DÍAZ 2711

- 558 LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ**
ELISA VALLINA GONZÁLEZ Y ESPERANZA VELASCO CAMPA 2715
- 559 TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA**
DESIREE PRIETO FERNANDEZ, MARÍA BELEN GALINDO MARTINEZ, MARÍA ELENA ARIAS FERNÁNDEZ Y OLAYA PRIETO FERNÁNDEZ 2719
- 560 EL PAPEL DE LOS TCAES EN LA HIGIENE DEL ANCIANO**
ELISA VALLINA GONZÁLEZ Y ESPERANZA VELASCO CAMPA 2723
- 561 LA ENDOMETRIOSIS**
PAULA FERNANDEZ MARTINEZ, BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ, ALBA COITO DIAZ, SUSANA FERNANDEZ TORRE Y MARIA LUISA PERERA SIMÓN 2727
- 562 RECUPERACION EN EL PACIENTE CON ICTUS**
SONIA HUERTA COTO, ISABEL GARCÍA AGUDIN, MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ Y MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ 2731
- 563 DETERIORO COGNITIVO**
MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ, SONIA HUERTA COTO, ISABEL GARCÍA AGUDIN Y MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ 2735
- 564 LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA**
FLORENTINA CELEMÍN RODRÍGUEZ, RAQUEL GRANDA PÉREZ, CASTORA CAMPA GARCÍA, MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ Y MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO 2737
- 565 INFARTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**
FLORENTINA FERNANDEZ SUAREZ 2741
- 566 NIÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
FLORENTINA FERNANDEZ SUAREZ 2743
- 567 SESIÓN CLÍNICA: INVESTIGACIÓN SOBRE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DAÑO NEUROLÓGICO**
MARIA SÁNCHEZ GARCÍA, CINTIA CUBILLAS ALONSO Y MARTA TIZÓN GARCÍA 2745

| | |
|--|-------------|
| 568 PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA DISPLASIA DE CADERA. CINTIA CUBILLAS ALONSO, MARIA SÁNCHEZ GARCÍA Y MARTA TIZÓN GARCÍA | 2755 |
| 569 PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE CAIDAS INES GARCÍA LAMUÑO Y EMMA CABEZA VALDÉS | 2759 |
| 570 MARCHA NÓRDICA COMO MÉTODO COADYUVANTE AL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LINFEDEMA MODERADO (GRADO 2) EN MIEMBRO SUPERIOR TRAS CÁNCER DE MAMA SARA ESCUER LORENZO Y JESSICA BUENO FERNANDEZ | 2771 |
| 571 DOLOR Y LIMITACIÓN DE LA FLEXIÓN DORSAL TRAS ESGUINCE DE TOBILLO: CAUSAS Y TRATAMIENTO. RODRIGO ALVAREZ GONZÁLEZ | 2775 |
| 572 ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ESCOLIOSIS. LAURA COTO VIEJO Y ELENA ALVAREZ FERREIRO | 2781 |
| 573 FISIOTERAPIA EN EL SINDROME DE LATIGAZO CERVICAL ELENA ALVAREZ FERREIRO | 2785 |
| 574 IMPORTANCIA DE LA REEDUCACIÓN DEL EQUILIBRIO POSTURAL EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR. SONIA MEANA FERNÁNDEZ | 2791 |
| 575 ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL CÓLICO DEL LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ | 2793 |
| 576 L-CARNITINA COMO SUPLEMENTO NUTRICIONAL EN EL DEPORTE. ÁNGELA FERNÁNDEZ IGLESIAS Y CARMEN PÉREZ FONSECA | 2797 |
| 577 TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE CON LESIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DE LA RODILLA. CASO CLÍNICO. SONSOLES AGÜERIA ALVAREZ Y SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ | 2805 |

- 578 BENEFICIOS DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA**
LUCÍA VITURRO BERNARDO, GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS Y ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ 2809
- 579 ELECTROESTIMULACIÓN DEL NERVI TIBIAL POSTERIOR EN INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA**
LUCÍA VITURRO BERNARDO, GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS Y ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ 2817
- 580 LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO.**
CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS Y JESSICA BUENO FERNANDEZ 2823
- 581 PREVENCIÓN DE LA ARTROSIS EN LA SOCIEDAD ACTUAL**
CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS Y SARA ESCUER LORENZO 2829
- 582 EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN MUJERES CON DISFUNCIÓN PÉLVICA: BIOFEEDBACK EN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO**
EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE, MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO, MIGUEL REJAS VARONA, ELENA TARJUELO DEL MOLINO Y JAIME CUEVA DE MERA 2833
- 583 AFECTACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN MUJERES DEPORTISTAS: INCONTINENCIA URINARIA EN ATLETAS DE ÉLITE**
EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE, MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO, MIGUEL REJAS VARONA, ELENA TARJUELO DEL MOLINO Y JAIME CUEVA DE MERA 2847
- 584 EL EJERCICIO FÍSICO EN LAS ENFERMEDADES MENTALES**
ELENA TARJUELO DEL MOLINO, JAIME CUEVA DE MERA, IRIS UREÑA CARRASCO, EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE Y MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO 2865
- 585 TRATAMIENTO EN FISIOTERAPIA DE LA CEFALEA CERVICOGÉNICA**
MARTA RÍOS LEÓN 2875

- 586 TRATAMIENTOS DE LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA EN EDAD INFANTIL**
LUCÍA VITURRO BERNARDO, GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS Y ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ 2891
- 587 ABORDAJE DE LA LUMBALGIA CRÓNICA INESPECÍFICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA REVISIÓN TEÓRICA**
EVA RAMOS MEZCUA, MARÍA INMACULADA SANTANA REYES Y ALMUDENA ROSA RODRÍGUEZ 2909
- 588 EFICACIA TERAPÉUTICA DE LAS TÉCNICAS NEURODINÁMICAS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. UNA REVISIÓN TEÓRICA.**
MARÍA INMACULADA SANTANA REYES, EVA RAMOS MEZCUA Y ALMUDENA ROSA RODRÍGUEZ 2917
- 589 “EFICACIA TRATAMIENTO FASCITIS PLANTAR”.**
ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA 2929
- 590 TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE LA MARCHA EN LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON**
SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ 2933
- 591 TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA**
SARA BERMEJO SANDÍN Y ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA 2939
- 592 EJERCICIO FÍSICO Y DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES**
ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA, LAURA VEGA MORÁN, MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ Y MARTA FUERTES MARTÍNEZ 2945
- 593 FISIOTERAPIA EN EL CÓLICO DEL LACTANTE**
LAURA VEGA MORÁN, MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ, MARTA FUERTES MARTÍNEZ, ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA 2953

- 594 TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE ICTUS CON HOMBRO DOLOROSO. A PROPÓSITO DE UN CASO
JESSICA BUENO FERNANDEZ Y CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS 2961
- 595 EFICACIA DE LA TERAPIA MANUAL EN LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES
ALMUDENA ROSA RODRÍGUEZ, MARÍA INMACULADA SANTANA REYES Y EVA RAMOS MEZCUA 2967
- 596 PREVENCIÓN DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN EL LACTANTE.
MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ 2977
- 597 FISIOTERAPIA EN TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA
ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA, LAURA VEGA MORÁN, MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ Y MARTA FUERTES MARTÍNEZ 2981
- 598 TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN POST-CIRUGÍA EN ENFERMEDAD DE DUPUYTREN. A PROPÓSITO DE UN CASO
LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO Y PATRICIA FERVIENZA FUEYO 2987
- 599 CASO CLÍNICO DE FASCITIS PLANTAR BILATERAL
SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ Y DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ 2991
- 600 CASO CLÍNICO DE TORTÍCOLIS CONGÉNITA
DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ Y SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ 2995
- 601 ABORDAJE DEL SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL
LAURA FERNANDEZ LOPEZ Y SARA GARCÍA FERNÁNDEZ 2997
- 602 ENFERMEDAD DE DUPUYTREN: A PROPÓSITO DE UN CASO.
SARA GONZÁLEZ HENARES 3001
- 603 EL PROVECHO DE LA FISIOTERAPIA EN LAS BRONQUIECTASIAS
XABIER AMEZTOY ECHENIQUE, SABELA PARDO DÍAZ Y LEYRE REMÍREZ SIMÓN 3005

| | | |
|-----|--|------|
| 604 | EL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO BASADO EN LAS TECNOLOGÍAS DE JUEGO Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS MAYORES CRISTINA GARCÍA ALAS | 3009 |
| 605 | DISMINUCIÓN DE DIMENSIÓN VERTICAL BRUSCA Y DOLOR MUSCULAR. SARA GARCÍA FERNÁNDEZ Y LAURA FERNANDEZ LOPEZ | 3019 |
| 606 | DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN | 3023 |
| 607 | CÁNCER DE RECTO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO LUCÍA MERA MARTÍNEZ, BELEN BLANCO GUTIERREZ, REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA Y DESIREE FERNANDEZ CUESTA | 3027 |
| 608 | MAMOGRAFIAS: DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA PABLO LOZA ROMERO | 3029 |
| 609 | CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA EN LA SALUD DENTAL MARÍA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ | 3033 |
| 610 | PROYECCIÓN DE MANDÍBULA DESENFILADA EN RADIOLOGIA OLAYA NAVES MUÑIZ Y MARTA PEDREGAL QUINTANAL | 3039 |
| 611 | DIAGNOSTICO DE LUXACIÓN DE HOMBRO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. DESIREE FERNANDEZ CUESTA, LUCÍA MERA MARTÍNEZ, BELEN BLANCO GUTIERREZ Y REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA | 3043 |
| 612 | DOSIMETRIA ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ | 3047 |
| 613 | PRUEBAS RADIOLÓGICAS UTILIZADAS PARA ESTUDIAR EL SISTEMA URINARIO BEATRIZ SUÁREZ VELASCO | 3051 |

- 614 VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ESPAÑA**
VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA, ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ Y PATRICIA BUENO MEANA **3057**
- 615 AMNIOCENTESIS**
JULIA MARIA SUAREZ FERNANDEZ **3059**
- 616 PRUEBA DEL PAPANICOLAOU**
JULIA MARIA SUAREZ FERNANDEZ **3063**
- 617 TIPOS DE EMISIONES RADIATIVAS**
MARTA MARIA CASTRILLON FERNANDEZ Y EVA MARIA GARZON CANDELA **3067**
- 618 DETERMINACIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS - SESPA**
M.AMPARO RODRIGUEZ BRAGA, INMACULADA JUNCO LARIA, ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE, ALICIA VALLES TORRICO Y MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ **3069**
- 619 VISUALIZACIÓN DE LOS CONDUCTOS LÁCTEOS: GALACTOGRAFÍA.**
SUSANA GARCÍA LUCES, LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO, MERCEDES ERICE ALVAREZ Y NOELIA DE CON SANTOS **3073**
- 620 HEMOFILIA A Y B: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS MOLECULARES Y CLÍNICAS**
BEATRIZ RAMOS LORENZO **3077**
- 621 HIDROSADENITIS SUPURATIVA POR ECOGRAFIA**
DESEADA PRIETO RODRIGUEZ Y MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ **3083**
- 622 CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS RADIOACTIVOS**
MARTA PEDREGAL QUINTANAL Y OLAYA NAVES MUÑIZ **3087**
- 623 STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS**
COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ, VIRGINIA CASTARROYO MERINO, MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y YESICA DIAZ ROCES **3089**

- 624 GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (HCG)**
MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA, ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS, ELENA GONZALEZ LOPEZ, EVA GARCÍA ALONSO Y MARTA VELASCO ARRANZ 3093
- 625 NEISSERIA GONORROEAE EN EL EMBARAZO**
MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, YESICA DIAZ ROCES, COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ Y VIRGINIA CASTARROYO MERINO 3097
- 626 LEUCEMIAS, LINFOMAS Y SU TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA**
ALMUDENA LUQUE HERNÁNDEZ, DIEGO PEÑARANDA PALOMINO, RAFAEL LENDINES NAVAJAS, CARMEN MAQUEDA VILLAREJO Y BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ 3101
- 627 ALTERACIONES BÁSICAS DE LOS LEUCOCITOS**
MARTA VELASCO ARRANZ, MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA, ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS, ELENA GONZALEZ LOPEZ Y EVA GARCÍA ALONSO 3105
- 628 PROTOCOLOS DE ACTUACION PARA EL DIAGNOSTICO DE LA MAMA**
MARIA MONICA GARCIA NICIEZA, ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ, MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS, LORENA MORA BUENO Y MARIA TERESA CARRIL BLANCO 3109
- 629 DIAGNÓSTICO DE EL SÍNDROME DE CRI-DU-CHAT MEDIANTE HIBRIDACIÓN DE FLUORESCENCIA IN SITU (FISH)**
DARIANA BATISTA BETANCOURT, DAVINIA BRAVO ALVAREZ, NEREA ÁLVAREZ ÁLVAREZ, OMAR GONZÁLEZ DÍAZ Y MANUEL IBÁÑEZ SÁNCHEZ 3113
- 630 TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE HAZ CÓNICO EN APLICACIONES CLÍNICAS EN ODONTOLOGÍA**
VIRGINIA CAMPELO PANTIGA, VICENTE SUSTAETA CALZADO, LAURA ALVAREZ Y NAZARET GARCÍA INSUNZA 3119

- 631 HISTEROSALPINGOGRAFÍA**
ELENA GONZALEZ LOPEZ, ANA MENÉNDEZ JARDÓN, SAUL
TUÑÓN MENENDEZ Y REBECA FERNÁNDEZ SANCHO 3121
- 632 NEUMONIA**
MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ Y DESEADA PRIETO RODRIGUEZ 3125
- 633 EL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA SALUD EN LA
CONSTITUCIÓN.**
NOELIA DE CON SANTOS Y LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL
OLMO 3131
- 634 VIOLENCIA DE GÉNERO Y ACTUACIÓN DEL PERSONAL
SANITARIO.**
NOELIA DE CON SANTOS Y LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL
OLMO 3135
- 635 EL LAVADO DE MANOS COMO MEDIDA BÁSICA EN LA
PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**
ROCÍO GARCÍA FRANCO, MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, SANDRA
JIMÉNEZ GARCÍA, REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y YOLANDA
SÁNCHEZ FREIRE 3139
- 636 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA**
JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS, RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ,
RAQUEL PEREZ PEREZ, ANGELA LÓPEZ SUÁREZ Y CRISTINA
BALMASEDA MENENDEZ 3147
- 637 EL USO DE LOS RAYOS X EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA
ARTRITIS REUMATOIDE: VENTAJAS Y CONDICIONANTES**
ARACELI ZAPICO DIAZ, MARIA TERESA ROSARIO GARCIA, MARIA
ISABEL ÁLVAREZ GARCIA Y MONICA ALVAREZ CARRASCO 3153
- 638 DIAGNÓSTICO Y RAYOS: EFECTIVIDAD E IMPLEMENTACIÓN DE
LA PRUEBA DE LA MAMOGRAFÍA EN MUJERES ENTRE 45 Y 69
AÑOS DE EDAD**
ARACELI ZAPICO DIAZ, MARIA TERESA ROSARIO GARCIA, MARIA
ISABEL ÁLVAREZ GARCIA Y MONICA ALVAREZ CARRASCO 3161

- 639 TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA**
GLORIA CORTES MENDEZ, MARÍA EMILIA ALVAREZ PALACIOS,
PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ Y ZAIRA MARÍA DORESTE
GONZÁLEZ 3171
- 640 INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO : OBTENCIÓN DE LA MUESTRA PARA PRUEBAS DE LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA.**
VIRGINIA CASTARROYO MERINO, COVADONGA FERNÁNDEZ
SUÁREZ, YESICA DIAZ ROCES Y MONTSERRAT FERNÁNDEZ
ÁLVAREZ 3179
- 641 PRINCIPALES CONTRAINDICACIONES A LA EXPOSICIÓN DE LOS RAYOS X**
JORGE SAL GARCIA 3183
- 642 LA SIALOGRAFÍA O SIALOGRAMA.**
COVADONGA ARAUJO SUAREZ, AIDA GOMEZ COYA, ALEJANDRA
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y RAQUEL ALONSO ALONSO 3185
- 643 IMPORTANCIA DEL DIMERO D EN EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLITICA VENOSA EN EL LABORATORIO**
INMACULADA JUNCO LARIA, ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE,
ALICIA VALLES TORRICO, MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ Y
M.AMPARO RODRIGUEZ BRAGA 3189
- 644 INSTRUMENTAL DE OBTURACIÓN CON COMPOSITE, EN LA CLÍNICA DENTAL**
MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ 3193
- 645 INSTRUMENTAL PARA REALIZAR UNA HIGIENE EN LA CLÍNICA DENTAL**
MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ 3199
- 646 LA IMPORTANCIA DE LA MAMOGRAFÍA**
REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS,
SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ Y ANA ROSA
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 3203

- 647**LOS ARTEFACTOS EN ECOGRAFÍA Y RECOMENDACIONES PARA EVITARLOS.
VANESA ARJONA TUYA, ELIZABETH TRILLO GONZALEZ, EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS Y PABLO MACHO JUNQUERA 3209
- 648**TÉCNICA DE PUNCIÓN-BIOPSIA GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA
ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, RAQUEL ALONSO ALONSO, COVADONGA ARAUJO SUAREZ Y AIDA GOMEZ COYA 3215
- 649**EFFECTOS DE LA RADIACIÓN
AIDA GOMEZ COYA, RAQUEL ALONSO ALONSO, ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y COVADONGA ARAUJO SUAREZ 3219
- 650**LUXACION DE HOMBRO POR TRAUMATISMO
SARA LOZANO MERA 3223
- 651**SÍLICE CRISTALINA RESPIRABLE, EFECTOS SOBRE LA SALUD.
VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ, GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ, MARTA MARIA GONZALEZ ARBESÚ Y ÁNGELA JORGE ÁLVAREZ 3225
- 652**EL TÉCNICO EN LA OBTENCIÓN DE IMÁGENES RADIOLÓGICAS EN EL MELANOMA
DANIEL GARCÍA VALLINA Y DARIO DIAZ MENENDEZ 3233
- 653**ECOGRAFÍA ABDOMINAL PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TUBO DIGESTIVO
NOELIA ÁLVAREZ GARCÍA Y MARIA ISABEL GARCIA BLANCO 3237
- 654**PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN QUIRÓFANOS
NOELIA ÁLVAREZ GARCÍA Y MARIA ISABEL GARCIA BLANCO 3243
- 655**EL TÉCNICO EN LA OBTENCIÓN DE IMÁGENES DEL GLIOBLASTOMA
DARIO DIAZ MENENDEZ Y DANIEL GARCÍA VALLINA 3247
- 656**ALTERACIONES ERITROCITARIAS
NEREA MORAIS ALVAREZ, MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ Y SABRINA ZANGO POZO 3255

| | |
|--|-------------|
| 657 CASO DE ENDOMETRIOSIS SEVERA MARIA LANA FERNÁNDEZ Y JULIA ÁLVAREZ PEREIRA | 3261 |
| 658 PASOS A SEGUIR EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA LAURA GONZÁLEZ DÍAZ, YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE, MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA, ALBERTO DÍAZ GARCÍA Y EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA | 3265 |
| 659 IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE VANESA BLANCO ESPEJO Y SARA LOZANO MERA | 3269 |
| 660 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EXTRAVASACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE YODADO EN TAC AROA IGLESIAS MARTÍNEZ, JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ, ANGELA BAÑOS TRABANCO Y RAQUEL SERRANO FERRERO | 3273 |
| 661 MEDIOS DE CONTRASTE EN RESONANCIA MAGNÉTICA RAQUEL SERRANO FERRERO, ANGELA BAÑOS TRABANCO, SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ Y JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ | 3277 |
| 662 MARCADORES TUMORALES. DANIEL CORDERO CHOI | 3281 |
| 663 DIABETES MELLITUS. PRUEBAS DIAGNOSTICAS EVA PILOÑETA GONZALEZ, VANESSA RODRIGUEZ GARCIA, ALMUDENA SUERO ALVAREZ Y HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ | 3283 |
| 664 HEMOSTASIA: PRUEBAS PARA EL ESTUDIO DE LA COAGULACIÓN. DANIEL CORDERO CHOI | 3287 |
| 665 DETECCIÓN DE ALCOHOL EN SANGRE. PRUEBA JUDICIAL HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ, ALMUDENA SUERO ALVAREZ, VANESSA RODRIGUEZ GARCIA Y EVA PILOÑETA GONZALEZ | 3289 |
| 666 INMUNIDAD HUMANA ESTEFANIA MARENTES MENENDEZ | 3293 |

| | |
|--|-------------|
| 667 PRACTICA RADIOLÓGICA EN UNA PACIENTE ONCOLÓGICA DE MAMA MARIA RIESGO RODRIGUEZ | 3297 |
| 668 TAC DE CRANEO ANGELA BAÑOS TRABANCO, AROA IGLESIAS MARTÍNEZ, SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ Y RAQUEL SERRANO FERRERO | 3299 |
| 669 PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO EN LA SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL ELIZABET GARCIA GRANDA, PATRICIA MARTINEZ GARCÍA, MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ, RAQUEL RUIZ TURRADO Y ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO | 3303 |
| 670 FROTIS SANGUÍNEO: ALTERACIONES DE LOS HEMATÍES. DANIEL CORDERO CHOI | 3309 |
| 671 ESTUDIO DE LA ORINA DANIEL CORDERO CHOI | 3311 |
| 672 MICROBIOLOGÍA: ESTUDIO DE LAS BACTERIAS. DANIEL CORDERO CHOI | 3313 |
| 673 AUMENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN JÓVENES DIEGO PINTO CASTRILLÓN | 3315 |
| 674 FRACTURAS EN EL NIÑO. PRINCIPALES LESIONES TRAUMÁTICAS. PABLO RODRÍGUEZ NEIRA | 3319 |
| 675 CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT O TRABAJADOR QUEMADO MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA, NATALIA TAMÉS RIESGO Y MARIA RIESGO RODRIGUEZ | 3323 |
| 676 SEGURIDAD EN EL ÁREA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MARIA JOSEFA FERNÁNDEZ ROSAL | 3327 |

- 677 LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL DE UN HOSPITAL**
LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ, DAVID MARTÍNEZ NIETO, PAULA GARCIA MIRANDA Y LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ 3331
- 678 REVISION BIBLIOGRAFICA SOBRE LA MEDICINA NUCLEAR**
JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS Y RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 3333
- 679 CÁNCER DE MAMA: FACTORES HISTÓRICOS Y CULTURALES**
ANGELA HERNANDO TEMPRANA Y LUZ PEREZ GONZALEZ 3339
- 680 DELIMITACIÓN DE ZONAS EN INSTALACIONES RADIATIVAS**
PABLO MACHO JUNQUERA, VANESA ARJONA TUYA, ELIZABETH TRILLO GONZALEZ Y EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS 3343
- 681 LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO**
JOANNA CARDÍN GARCÍA, ANA HUERTA PONTON, SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ Y MONICA RIESGO FERNANDEZ 3347
- 682 IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS EN PREPARACIONES HISTOLÓGICAS**
CRISTINA ARCE DÍAZ, JOANA SERRANO ORTIZ, CARMEN VALBUENA ENCINAS Y ANDREA GONZALEZ GONZALEZ 3353
- 683 BLOQUES HISTOLÓGICOS DIFÍCILES**
CRISTINA ARCE DÍAZ, JOANA SERRANO ORTIZ, CARMEN VALBUENA ENCINAS Y ANDREA GONZALEZ GONZALEZ 3359
- 684 IMPORTANCIA DE LOS ANÁLISIS CLÍNICOS EN EL EMBARAZO**
SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ, ANA HUERTA PONTON, MONICA RIESGO FERNANDEZ Y JOANNA CARDÍN GARCÍA 3363
- 685 TEST DE O'SULLIVAN O PRUEBA DEL AZÚCAR**
ESTELA LÓPEZ CANO, JENNIFER GARCÍA LÓPEZ, NOELIA CARBAJAL GARCÍA Y ANDREA DÍAZ PARIENTE 3371
- 686 CRIBADO NEONATAL**
SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ, MONICA RIESGO FERNANDEZ, JOANNA CARDÍN GARCÍA Y ANA HUERTA PONTON 3377

- 687 SÍNDROME DE DOWN. PRUEBAS DE LABORATORIO**
MONICA RIESGO FERNANDEZ, JOANNA CARDÍN GARCÍA, ANA
HUERTA PONTON Y SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ 3383
- 688 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRURGICA**
ULISES GARZÓN DÍAZ 3389
- 689 RESALTANDO LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN
EL CELADOR.**
ALEJANDRO MARTIN MANJON 3393
- 690 EL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD: PANTALLAS DE
VISUALIZACIÓN DE DATOS**
BENJAMIN CASTAÑO COTA Y JOSE MANUEL GARCIA PEREZ 3395
- 691 SÍNDROME DEL BURNOUT EN CELADORES**
SONIA MARIA PLAZA GARCIA, MARGARITA SERRANO SUAREZ,
ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ Y MARIA JOSE PAÑEDA
PEÑA 3399
- 692 MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL HOSPITAL**
MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA, SONIA MARIA PLAZA GARCIA,
MARGARITA SERRANO SUAREZ Y ALEJANDRA MENENDEZ
FERNANDEZ 3403
- 693 EL PAPEL DEL CELADOR EN LA HUMANIZACIÓN DE LA
ATENCIÓN AL USUARIO**
LYDIA WARNER PALLAS, ELENA VIDAL GARCIA Y MARÍA JESUS
ÁLVAREZ PÉREZ 3409
- 694 EL SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**
CRISTINA COLUNGA VILLAR, PATRICIA MARTINO VALDES Y
BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ 3413
- 695 VIOLENCIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, TANTO EN EL
PERSONAL SANITARIO COMO EN EL NO SANITARIO**
CRISTINA COLUNGA VILLAR, BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ Y
PATRICIA MARTINO VALDES 3419

- 696 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ, CRISTINA COLUNGA VILLAR Y
PATRICIA MARTINO VALDES 3425
- 697 ERGONOMÍA EN EL TRABAJO APLICADA AL PERSONAL
SANITARIO Y NO SANITARIO EN EL MEDIO HOSPITALARIO EN
RELACIÓN AL USO DE DISPOSITIVOS INFORMÁTICOS.**
BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ, CRISTINA COLUNGA VILLAR Y
PATRICIA MARTINO VALDES 3431
- 698 EL CELADOR Y EL SOPORTE VITAL BÁSICO EN PEDIATRÍA**
ELENA VIDAL GARCIA, MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ Y LYDIA
WARNER PALLAS 3437
- 699 EL RECICLAJE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**
VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ, MONICA AMADO MENÉNDEZ,
MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ, LETICIA AMADO MENÉNDEZ Y
ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ 3443
- 700 EL CELADOR Y LOS DISPOSITIVOS DE AYUDA A LA MARCHA.**
PATRICIA ISABEL PIRES PELÁEZ, CARMEN VERÓNICA HERRANZ
PELÁEZ Y DIANA HERNÁNDEZ MONTERO 3449
- 701 PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL:
DISCONFORT TÉRMICO DEL PERSONAL NO SANITARIO**
DANIEL LÓPEZ CARRASCO, ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ Y
VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS 3453
- 702 DERECHOS DE LOS USUARIOS Y PACIENTES RESPECTO AL
TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN EL SESPA**
DANIEL LÓPEZ CARRASCO, VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS Y
ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ 3457
- 703 HABILIDADES SOCIALES EN EL ENTORNO SANITARIO DEL
PERSONAL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y
HOSPITALIZADA**
PAULA AHEDO GALINDO 3461

| | | |
|------------|---|-------------|
| 704 | LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA | |
| | MARIA DE LA PAZ LARUELO RODRIGUEZ | 3465 |
| 705 | LA VIOLENCIA DE GÉNERO: CÓMO ABORDARLA EN EL ÁMBITO SANITARIO | |
| | ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ | 3469 |
| 706 | IMPULSANDO LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD | |
| | VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ | 3473 |
| 707 | VIOLENCIA MACHISTA, UN PROBLEMA DE SALUD COMUNITARIA. | |
| | LAURA GÜIMIL GARCÍA Y RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ | 3475 |
| 708 | SATISFACCIÓN DEL USUARIO: PRINCIPAL MOTOR | |
| | VERÓNICA CRESPO DÍAZ Y MARIA PAZ ESTRADA GARCIA | 3477 |
| 709 | EL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE | |
| | FERNANDO CARBALLO COYA | 3481 |
| 710 | ESTUDIO SOBRE RELACIÓN ENTRE FATIGA LABORAL Y PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN INSTITUCIONES SANITARIAS | |
| | MARIA SOL GONZALEZ LLANOS Y MARIA ELENA JUBERÍAS AMO | 3485 |
| 711 | LA FIGURA DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA. | |
| | JUAN JOSÉ DOGLIO | 3487 |
| 712 | ANÁLISIS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA PERSPECTIVA LABORAL DEL PERSONAL ESTATUTARIO CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS | |
| | JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO, PATRICIA VILLAMIL GARCÍA, ROSA MARIA LOPEZ COSMEA, ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ Y ROSARIO ANA MENÉNDEZ BLANCO | 3489 |

- 713 EL ESTRÉS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD**
JORGE MARCOS RODRÍGUEZ, RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ,
LAURA LÓPEZ SAMPEDRO, NURIA NOGALES URDIALES Y PILAR DE LA TORRE GONZALEZ 3497
- 714 HABILIDADES SOCIALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CAMPO SANITARIO**
LAURA LÓPEZ SAMPEDRO, NURIA NOGALES URDIALES, PILAR DE LA TORRE GONZALEZ, JORGE MARCOS RODRÍGUEZ Y RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ 3501
- 715 ATENCIÓN PRIMARIA**
ELIAS GUTIERREZ GONZALEZ, LYS VÁZQUEZ MARTÍN,
MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ Y LUIS BUENO PAZ 3505
- 716 ACTUACIÓN DE CELADOR EN EL ÁMBITO DE LOS CENTROS DE SALUD**
JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ 3513
- 717 MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA GARANTIZAR LA SALUD DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO.**
SILVIA BENAVIDES DIEZ, VANESA SUAREZ MENDEZ Y RAUL MONTESERIN FERNANDEZ 3515
- 718 TRABAJO DE UN CELADOR EN LAS CONSULTAS DE PRIMARIA CON INTERVENCIONES ASISTENCIALES**
MARGARITA CISNEROS GONZALEZ 3521
- 719 CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS**
ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ, MANUEL OSACAR GONZÁLEZ,
GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ Y MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE 3525
- 720 CALIDAD Y HÁBITOS DE VIDA EN EL SIGLO XXI.**
MARIA PAZ ESTRADA GARCIA Y VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ 3529

| | |
|--|-------------|
| 721 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCION PRIMARIA LUCIA COUSO MENENDEZ Y RUBÉN LAGAR OSORIO | 3533 |
| 722 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS DIFERENTES MODALIDADES DE ATENCIÓN AL PÚBLICO NATALIA CASTRO LÓPEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA SUÁREZ DÍAZ, SARAI MARTIN CALDERERO Y NATALIA MENÉNDEZ PALICIO | 3539 |
| 723 EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE MARÍA SUÁREZ DÍAZ, SARAI MARTIN CALDERERO, NATALIA MENÉNDEZ PALICIO, NATALIA CASTRO LÓPEZ Y NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS | 3545 |
| 724 “MOBBING” EN EL ENTORNO SANITARIO: UN PROBLEMA QUE TAMBIÉN AFECTA AL PERSONAL NO SANITARIO ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ | 3549 |
| 725 EL CELADOR EN CENTROS DE SALUD LIDIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN | 3553 |
| 726 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LA PROTECCIÓN DE DATOS. VANESA SUAREZ MENDEZ, SILVIA BENAVIDES DIEZ Y RAUL MONTESERIN FERNANDEZ | 3557 |
| 727 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. MARIA ELENA JUBERÍAS AMO Y MARIA SOL GONZALEZ LLANOS | 3561 |
| 728 AGRESIONES VERBALES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE UN SERVICIO DE SALUD: PROTOCOLO DE ACTUACION RAUL MONTESERIN FERNANDEZ, SILVIA BENAVIDES DIEZ Y VANESA SUAREZ MENDEZ | 3563 |
| 729 EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON EL ANCIANO MARGARITA CISNEROS GONZALEZ | 3569 |

- 730 EL BURNOUT ANTE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO**
 SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ, MILAGROS BAYÓN ALVAREZ Y MARÍA
 TERESA SUÁREZ FERNANDEZ 3571
- 731 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN HOSPITALARIA**
 NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA SUÁREZ DÍAZ,
 SARAI MARTIN CALDERERO, NATALIA MENÉNDEZ PALICIO Y
 NATALIA CASTRO LÓPEZ 3573
- 732 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
 NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA SUÁREZ DÍAZ,
 SARAI MARTIN CALDERERO, NATALIA MENÉNDEZ PALICIO Y
 NATALIA CASTRO LÓPEZ 3577
- 733 LAS RELACIONES EN EL ENTORNO LABORAL, EL EQUIPO DE
 TRABAJO**
 MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA 3583
- 734 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
 NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, NATALIA CASTRO
 LÓPEZ, MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO, RAQUEL CAMPORRO
 LLANA Y MARÍA SUÁREZ DÍAZ 3587
- 735 HOSTIGAMIENTO PSICOLÓGICO O MOBBING, EN EL PERSONAL
 NO SANITARIO (CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS)
 EN INSTITUCIONES SANITARIAS.**
 MARIA ELENA JUBERÍAS AMO Y MARIA SOL GONZALEZ LLANOS 3591
- 736 TRATAMIENTO Y ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD
 DEL PACIENTE**
 RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ Y LAURA GÜMIL GARCÍA 3593
- 737 SERVICIOS SANITARIOS URGENTES CERCANOS**
 MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA, SONIA ANTUÑA IGLESIAS Y
 ANGELES BARREIRO MANASES 3597
- 738 COMUNICACIÓN HOSPITALARIA**
 MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA Y ANGELES BARREIRO MANASES 3601

| | |
|---|-------------|
| 739 TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ | 3605 |
| 740 ASÍ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO MARINO ARECES FERNÁNDEZ | 3609 |
| 741 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS NATALIA MENÉNDEZ PALICIO, NATALIA CASTRO LÓPEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA SUÁREZ DÍAZ Y SARAI MARTIN CALDERERO | 3613 |
| 742 APROXIMACIÓN AL NUEVO PARADIGMA SANITARIO RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ Y LAURA GÜIMIL GARCÍA | 3617 |
| 743 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA NATALIA MENÉNDEZ PALICIO, NATALIA CASTRO LÓPEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA SUÁREZ DÍAZ Y SARAI MARTIN CALDERERO | 3621 |
| 744 EL SINDROME DEL BURNOUT EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ, ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y ARIANA SUTIL DÍAZ-CANEJA | 3625 |
| 745 ACCIDENTES LABORALES ANDREA DÍAZ GARCÍA Y MARIA JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ | 3629 |
| 746 MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA OBESIDAD INFANTIL EN ESPAÑA. ISMAEL RIVAS CABALLERO Y SILVIA ARIAS FUENTES | 3633 |
| 747 ACOSO MORAL EN EL SECTOR NO SANITARIO DEL SESPA AL PERSONAL EVENTUAL DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA DANIEL LÓPEZ CARRASCO, ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ Y VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS | 3641 |

- 748 PERSONAL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE AMINISTRACIONES PUBLICAS. PAUTAS DE SENSIBILIZACION EN GENERO Y TRANSVERSALIDAD.**
SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ, TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ, CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ Y BIBIANA NUÑO PEREZ 3645
- 749 PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA**
SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ Y MARÍA LUZ ALONSO PEÑA 3649
- 750 LAS INSTRUCCIONES PREVIAS EN ESPAÑA. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS CC.AA.**
SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ Y MARÍA LUZ ALONSO PEÑA 3655
- 751 LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES PRESENTES EN EL LUGAR DE TRABAJO**
CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ 3661
- 752 EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON LA POBLACIÓN ANCIANA**
DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ 3667
- 753 DERECHO A LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA AL PACIENTE**
ANA PILAR CARRERA GARCIA, HECTOR CRISTOBO MARTINEZ, VANESA MONTES COLLÍA Y ANA VEGA CUETO 3671
- 754 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL ENFERMO MENTAL**
MARIA DOLORES RODRIGUEZ MUÑIZ 3679
- 755 EL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD**
ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS, BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS Y SILVIA MEANA GOMEZ 3683
- 756 PERCEPCIÓN Y ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN, LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CON EL PACIENTE. LA ATENCIÓN AL USUARIO**
SARA SÁNCHEZ VELASCO Y MARTA SUÁREZ PÉREZ 3687

| | |
|---|-------------|
| 757 EL CELADOR Y EL PACIENTE DE ALZHEIMER MARTA SUÁREZ PÉREZ Y SARA SÁNCHEZ VELASCO | 3691 |
| 758 EL CELADOR FRENTE A UNA INTERVENCION GINECOLOGICA JOSE DIAZ FERNANDEZ | 3695 |
| 759 FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA. MARÍA SONÍA ORTIZ TEJÓN | 3697 |
| 760 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO MARIA ROSARIO CASERO DÍAZ | 3699 |
| 761 TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL EN ESPAÑA ANA VEGA CUETO Y ANA PILAR CARRERA GARCIA | 3703 |
| 762 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS CON LOS CIUDADANOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA VANESA MURIAS PÉREZ | 3707 |
| 763 PRIMER CONTACTO CON LA SANIDAD PÚBLICA MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ, LAURA RODRIGUEZ PIÑERA Y MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA | 3713 |
| 764 RIESGOS BIOLÓGICOS VANESA MURIAS PÉREZ | 3717 |
| 765 OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA SANITARIO MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA, LAURA RODRIGUEZ PIÑERA Y MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ | 3723 |
| 766 MEDIACIÓN INTERCULTURAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO. MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA | 3727 |

- 767 EL CELADOR Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: REFLEJO DEL HOMBRE COMO CONSUMIDOR DE LOS RECURSOS SANITARIOS**
CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, BIBIANA NUÑO PEREZ,
SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ Y TANIA MARIA PRIETO
FERNÁNDEZ 3731
- 768 ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO FRENTE AL PACIENTE EN AISLAMIENTO. TIPOS DE AISLAMIENTO Y ELEMENTOS BARRERA EN CADA UNO DE ELLOS.**
LUIS FERMIN CUEVA TORRE, MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ Y
DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA 3737
- 769 LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA, ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ Y
MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO 3741
- 770 ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO**
VERÓNICA CRESPO DÍAZ 3747
- 771 YO ELIJO**
SERGIO ANTONIO ÁLVAREZ SASTRE 3749
- 772 EL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE/USUARIO**
DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA, LUIS FERMIN CUEVA TORRE Y
MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ 3753
- 773 PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES, RIESGOS PSICOLÓGICOS**
MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA 3757
- 774 LEY ORGÁNICA 3/2018, DE 5 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES**
MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA 3765
- 775 MÉTODOS DE AFRONTAMIENTO ANTE LOS MALOS TRATOS ORIENTADO AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD**
RICARDO GUILLÉN IGLESIAS, SONIA FERREIRO SIMON, PABLO
ÁLVAREZ SALCEDO Y ALEJANDRO GARCÍA VELASCO 3767

| | |
|--|-------------|
| 776 PERSONAL NO SANITARIO. FACTORES ERGONÓMICOS Y SUS CONSECUENCIAS. VANESA MONTES COLLÍA, HECTOR CRISTOBO MARTINEZ Y ANA PILAR CARRERA GARCIA | 3775 |
| 777 INTIMIDAD DEL PACIENTE Y EL CELADOR VANESA MONTES COLLÍA | 3779 |
| 778 ANÁLISIS DEL ACOSO LABORAL HORIZONTAL DENTRO DEL PERSONAL NO SANITARIO (AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES) EN INSTITUCIONES SANITARIAS MARIA SOL GONZALEZ LLANOS Y MARIA ELENA JUBERÍAS AMO | 3781 |
| 779 EL ESTRÉS DEL CUIDADOR CONSUELO URDANGARAY SUÁREZ | 3785 |
| 780 TRABAJO NOCTURNO. REPERCUSIONES PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO. MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ Y MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO | 3789 |
| 781 EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ Y MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO | 3793 |
| 782 ASPECTOS ÉTICOS DEL ASEO DE LOS PACIENTES ADRIÁN ALONSO PERTIERRA Y JUAN MONTES MÁRMOL | 3795 |
| 783 MOBBING EN EL ENTORNO SANITARIO JULIA MARÍA PRIETO VELASCO, MERITXELL DORADO GÁNDARA Y NATALIA RUIZ RAMON | 3799 |
| 784 AUTOCUIDADOS, ESTILOS DE VIDA Y SALUD DEL PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO ROGELIO SANCHEZ VALLES Y ARACELI GARCIA RODRIGUEZ | 3803 |
| 785 ERGONOMÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DAVID MARTÍNEZ NIETO, LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ, PAULA GARCIA MIRANDA Y LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ | 3807 |

| | |
|---|-------------|
| 786 ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL PARA CELADORES JUAN MONTES MÁRMOL Y ADRIÁN ALONSO PERTIERRA | 3809 |
| 787 YO DESIGUAL SERGIO ANTONIO ÁLVAREZ SASTRE | 3813 |
| 788 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR HOSPITALARIA ELENA MARIA CURTO BLAS | 3817 |
| 789 RIESGO LABORAL EN EL EMBARAZO EN CENTROS SANITARIOS SONIA LORENZO RUBIO, PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ, MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN Y CARLA MIRANDA TAMARGO | 3821 |
| 790 VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA SANIDAD SONIA LORENZO RUBIO, PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ, CARLA MIRANDA TAMARGO Y MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN | 3829 |
| 791 CÓMO FUNCIONA LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO SABRINA ZANGO POZO Y MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ | 3835 |
| 792 HIGIENE DE MANOS EN LA SANIDAD ELENA MARIA CURTO BLAS | 3845 |
| 793 PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO A MAYORES MARIA ROSA MORAN MONTEIRO | 3851 |
| 794 PROGRAMA DE APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES MARIA ROSA MORAN MONTEIRO | 3859 |
| 795 ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL COMO PARTE FUNDAMENTAL DE UNA BUENA COMUNICACIÓN MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA | 3873 |
| 796 LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD MARIA ROSA MORAN MONTEIRO | 3877 |

| | |
|--|-------------|
| 797 EL CELADOR: MOVILIDAD Y TRASLADO DE PACIENTES JOSE ARMANDO BENITEZ VILELA | 3891 |
| 798 FUNCIONES BÁSICAS DE EXCEL PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ | 3897 |
| 799 LA DEMENCIA PRAECOX Y OTRAS PSICOSIS CLÁSICAS. JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO Y CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA | 3907 |
| 800 RIESGOS PSICOSOCIALES DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS. JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ, LAUDELINA ALONSO ALVAREZ Y CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ | 3913 |
| 801 ACOSO LABORAL Y SALUD MENTAL MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ, GEMMA ARIAS ALVAREZ Y ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO | 3917 |
| 802 RELACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTE Y FAMILIARES. EMPATÍA. MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ, ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO Y GEMMA ARIAS ALVAREZ | 3921 |
| 803 ATENCIÓN AL USUARIO POR EL PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES. JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ, LAUDELINA ALONSO ALVAREZ Y CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ | 3925 |
| 804 PROMOCIÓN A LA SALUD MARTA MARÍA PEDRON FERNANDEZ | 3929 |
| 805 EL SINDROME DE KLINEFELTER MARÍA LUISA GONZALEZ ARGUELLES, MARTA GONZALEZ IGLESIAS Y MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ | 3931 |
| 806 EL SINDROME DE TURNER (45,X) MARÍA LUISA GONZALEZ ARGUELLES, MARTA GONZALEZ IGLESIAS Y MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ | 3935 |

- 807 RELACIONES LABORALES EN EL ENTORNO DE TRABAJO DE UN CENTRO HOSPITALARIO**
ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ, MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ, ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO Y LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI 3937
- 808 LA ERGONOMÍA POSTURAL DE LOS TRABAJADORES EN LOS CENTROS SANITARIOS**
ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ, MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ, ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO Y LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI 3941
- 809 LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS**
ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA Y VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA 3945
- 810 CELADOR: TRASLADO Y DEAMBULACIÓN EN GERIATRÍA.**
ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL 3947
- 811 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA.**
GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ, MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE, ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ Y MANUEL OSACAR GONZÁLEZ 3951
- 812 EL BURNOUT ENTRE EL PERSONAL QUE DESARROLLA SU LABOR EN EL ENTORNO SANITARIO**
DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ Y ARACELI ZAPICO DIAZ 3957
- 813 TRATAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS**
AIDA VIEJO BARRIOS 3965
- 814 LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN PROFESIONALES DE CENTROS SANITARIOS**
SONIA GARCÍA MUÑIZ, MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ, ALICIA JUARROS SEDANO, CLAUDIO GARCIA MURIAS Y RAQUEL GARCÍA CAMOIRA 3967

- 815 RIESGOS ERGONÓMICOS: MANIPULACIÓN DE CARGAS EN CENTROS DE TRABAJO**
ARANZAZU PRADA DIAZ, LEIRE HORNAS FERNANDEZ,
SECUNDINO CUERVO RODILES, NAIARA MARTIN LOPEZ Y
VANESA PRADA DÍAZ 3975
- 816 LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO: VISIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO**
NAZARET CORDERO GARCÍA 3981
- 817 MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: IMPLICACIONES Y APORTACIONES DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL**
EMMA CABEZA VALDÉS Y INES GARCÍA LAMUÑO 3985
- 818 LA REEDUCACION POSTURAL GLOBAL (RPG)**
MARIA ASUNKA PEREZ RODRIGUEZ 4033
- 819 LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS HOSPITALARIAS.**
CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ Y MARÍA LUZ ALONSO PEÑA 4037
- 820 CARACTERÍSTICAS DE LOS BANCOS DE LECHE MATERNA. EXPANSIÓN, IMPLANTACIÓN E INDICACIONES DE LA LECHE DE BANCO.**
DIEGO CALDERÓN GONZÁLEZ, AURORA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y
PAULA GARCÍA PRIETO 4041
- 821 ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE HUMANIZACIÓN ANTE EL FINAL DE LA VIDA**
MARIA ELENA ORDOÑEZ FERNANDEZ Y LILIANA MARIA
RODRÍGUEZ SUAREZ 4045
- 822 INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
SAÚL FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y PABLO RODRÍGUEZ NEIRA 4051
- 823 PREVENCIÓN DE CAÍDAS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL**
SAÚL FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y PABLO RODRÍGUEZ NEIRA 4061

- 824PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PROFESIONAL NO
SANITARIO.**
MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ, DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA
Y LUIS FERMIN CUEVA TORRE 4067
- 825RIESGOS LABORALES PARA TRABAJADORES EN CENTROS
SANITARIOS.**
MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES 4073
- 826PROTECCIÓN DE DATOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**
MERITXELL DORADO GÁNDARA, JULIA MARÍA PRIETO VELASCO
Y NATALIA RUIZ RAMON 4075
- 827LOS CENTROS DE VALORACIÓN PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**
CONSUELO URDANGARAY SUÁREZ 4079
- 828EL PERSONAL DE LOS CENTROS SANITARIOS: TRABAJO A
TURNOS.**
MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES 4087
- 829CUIDADORES FAMILIARES EN LOS HOSPITALES**
SECUNDINO CUERVO RODILES, EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ,
ARANZAZU PRADA DIAZ, LEIRE HORNAS FERNANDEZ Y NAIARA
MARTIN LOPEZ 4091
- 830PROYECTO DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL
EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDA A PERSONAS CON
TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD.PREVENCIÓN EN
ABUSO DE SUSTANCIAS Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN.**
HORTENSIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ 4097
- 831TERAPIA OCUPACIONAL ASISTIDA CON PERROS EN NIÑOS CON
PCI EN EDUCACIÓN INFANTIL.PROYECTO DE INTERVENCIÓN
ENFOCADO A LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.**
HORTENSIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ 4115
- 832LA MEDICINA EN LA ESPAÑA VACIADA**
PAULA MERINO GONZÁLEZ 4127

- 833 ATENCIÓN LOGOPÉDICA EN UN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
MARTA TIZÓN GARCÍA, CINTIA CUBILLAS ALONSO Y MARIA
SÁNCHEZ GARCÍA 4131
- 834 EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO RELACIONADO CON EL EJERCICIO
FÍSICO EN EL ANCIANO**
HORTENSIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ 4137

Capítulo 1

HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA(HPN): UNA ENFERMEDAD HEMATOLOGICA RARA

WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ

1 Introducción

La HPN es una enfermedad ultra-rara, progresiva y potencialmente mortal que provoca trombosis, lesiones en órganos diana y reducción de la calidad de vida. Descrita inicialmente por William Gull en 1866, luego en 1882 por Paul Strübing, quien asoció la patología a los glóbulos rojos, y por Thomas Hale Ham en 1983, quien identificó el papel de las proteínas del complemento en la enfermedad.

2 Objetivos

Compartir conocimiento sobre una de las enfermedades hematológica caracterizada como “raras” por El Observatorio Sobre Enfermedades Raras como es la HPN

3 Metodología

Revision bibliográfica en bases de datos: Pub Med, Google Academico y Medline sobre la HPN.

4 Resultados

La causa subyacente es una activación crónica e incontrolada del sistema del complemento que afecta a la célula progenitora hematopoyética y, por tanto, a las 3 líneas celulares: plaquetas, eritrocitos y leucocitos.

La HPN se origina por una mutación adquirida en el gen PIG-A. Esta mutación provoca que se produzcan células hematopoyéticas sin glicosil-fosfatidil-inositol (GPI). Como resultado, los eritrocitos son más sensibles a la acción lítica del complemento, produciéndose hemólisis y activación plaquetaria y leucocitaria.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

La HPN son consecuencia de una activación crónica e incontrolada del sistema del complemento.

El color oscuro de la orina es signo de la descomposición de los glóbulos rojos, que liberan hemoglobina en el torrente sanguíneo y finalmente en la orina. se manifiesta en forma de crisis, generalmente durante la noche.

Las crisis de HPN agravan el cuadro clínico y pueden ser desencadenadas por diferentes factores: esfuerzo físico, medicamentos, infecciones, estrés, vacunaciones, ingesta de ácido acetilsalicílico, etc.

DIAGNOSTICO

- Oclusión de las venas hepáticas o vena cava inferior (síndrome de Budd-Chiari).
- Otras trombosis venosas (vena porta, esplénica, mesentéricas...).
- Isquemia intestinal.
- Dolor abdominal de origen incierto (vasoespasmo o trombosis de venas mesentéricas).
- Disfagia (por espasmos esofágicos).
- Signos de hemólisis sin otra causa (LDH, recuento de reticulocitos o hapto globina) y/o Cualquier citopenia y/o Hemoglobinuria.
- La LDH es el principal marcador de hemolisis en la HPN.
- Citometría de flujo de alta sensibilidad en sangre periférica para descartar HPN.
- Búsqueda de clon HPN (células GPI-Negativas).

TRATAMIENTO

No existe tratamiento específico de la enfermedad.

Hasta el 2007, los pacientes con HPN se trataban únicamente con terapias de soporte. En el 2007, se autorizó este tratamiento específico para la HPN. Se trata de un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea la proteína C5 del sistema

del complemento, con lo que impide la activación del complemento terminal y, por tanto, la hemólisis, el Eculizumab, El trasplante de médula ósea (TMO) parece ser el único tratamiento curativo; sin embargo, al tratarse de un tratamiento de alto riesgo y con alto índice de morbimortalidad, quedaría relegado a pacientes con una insuficiencia medular grave asociada a la HPN.

5 Discusión-Conclusión

Aunque en los últimos años se han hecho grandes progresos en el conocimiento de esta enfermedad, aún queda mucho por investigar.

6 Bibliografía

- Hillmen P, Lewis SM, Bessler M, et al. Natural history of PNH. N Engl J Med. 1995;333: 1253-1258
- Renán A. Góngora-Biachi, Pedro González-Martínez. Hemoglobinuria Paroxística Nocturna: apuntes sobre su historia. Rev Biomed 1999; 10:129-136
- Parker C, Omine M, Richards S, et al; for the International PNH Interest Group. Diagnosis and management of PNH. Blood. 2005;106(12):3699-3709

Capítulo 2

UN CASO DE TROMBOCITOSIS PERSISTENTE INICIALMENTE ASINTOMÁTICA EN PACIENTE CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y FIBROMIALGIA

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

1 Introducción

Los Síndromes mieloproliferativos son un conjunto heterogéneo de neoplasias hematológicas que tienen en común la existencia de panmielosis en sangre periférica (incremento de células mieloides, aunque con un predominio específico en cada entidad) debido a la proliferación de los precursores medulares de una o más series mieloides (granulomonocítica, eritroide y megacariocítica).

Las principales neoplasias mieloproliferativas ordenadas por orden decreciente de incidencia e inicialmente descritas por William Dameshek en 1951 son: leucemia mieloide crónica, policitemia vera, trombocitopenia esencial y mielofibrosis primaria.

A estos se les añade, con la clasificación de hemopatías malignas de la Organización Mundial de la Salud actualizada en 2008 otras enfermedades como la mastocitosis, la leucemia eosinofílica crónica, la leucemia neutrofílica crónica y un grupo de neoplasias mieloproliferativas inclasificables.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de la trombocitosis esencial, aprovechando un caso acontecido en la práctica clínica diaria.
- Establecer la importancia de incluir el hemograma en los controles periódicos de salud llevados a cabo en la consulta de Atención primaria y el posible sesgo que nos producen pacientes hiper-frecuentadores, especialmente psiquiátricos.

3 Caso clínico

Mujer de 54 años que presenta los siguientes antecedentes personales:

- Alérgica a metamizol, tramadol, paracetamol y codeína.
- Hábitos tóxicos: ex fumadora, no bebedora
- Cuadro ansioso-depresivo de años de evolución con múltiples asistencias a urgencias por crisis de ansiedad, demandando medicación intramuscular
- Fibromialgia
- Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina
- Asma bronquial extrínseco parcialmente controlado, en seguimiento en consultas de neumología.
- En estudio en consultas de digestivo por probable enfermedad de reflujo gastroesofágico, pendiente de manometría y pHmetría.

Tratamiento habitual: Fluoxetina 20 mg, Lorazepam 1mg, Eutirox 25 mcg, Formoterol 6 mcg/Beclometasona 200 mcg, montelukast 10 mg, ebastina 20 mg Omeprazol 20 mg.

En una analítica de rutina, solicitada inicialmente para descartar alteraciones tiroideas por incremento de la ansiedad y palpitaciones en una paciente, con los antecedentes descritos anteriormente. Se encuentra como hallazgo casual $950 \times 10^9/l$ plaquetas, sin presentar alteración del resto de parámetros. A la vista de estos resultados, se realizan dos determinaciones más separadas cuatro semanas, para descartar que se tratara de una trombocitosis reactiva. El estudio del hierro era anodino y no existían aparentemente enfermedades infecciosas ni inflamatorias crónicas. Es por ello que se decide derivación a hematología para continuar estudio.

En las consultas de hematología se solicita mutación de JAK2 V617F. A la espera de resultados y debido a que se trata de una paciente menor de 60 años, sin factores de riesgo cardiovascular y sin antecedentes de trombosis, no tiene criterios

de tratamiento por su parte inicialmente.

Es en este periodo de apenas un mes, entre la consulta inicial y la consulta de recogida de resultados, que la paciente sufre un episodio de dolor centro torácico opresivo irradiado a miembro superior izquierdo, acompañado de sudoración. La semana previa había sufrido episodios similares, pero de menor duración que había identificado como ansiedad, por lo que no había consultado.

En el electrocardiograma se mostraba ondas T negativas en V1-V3. Los biomarcadores cardiacos: TnT pico de 170 ng/L. CK pico 77 mUu/ml. Fue diagnosticada por tanto de IAMSEST Killip I. El cateterismo objetiva estenosis severa en el ostium de la arteria descendente anterior que se trata mediante implante directo de un stent desde tronco distal a ADA proximal.

4 Resultados

En nuestro caso, atendiendo a los criterios diagnósticos de la OMS para trombocitopenia esencial (Tabla 1). Solo ha dado tiempo a establecer un diagnóstico probable, pues durante el ingreso se obtuvo el resultado de mutación JAK2 V617F positiva, quedando aún pendiente la biopsia de médula ósea.

Ante la alta sospecha de neoplasia mieloproliferativa crónica tras el mencionado evento se decide antiagregación con clopidogrel y citorreducción con hidroxiaurea.

Según los criterios diagnósticos, el control analítico con hemograma periódico ayuda al diagnóstico y evolución de la enfermedad.

TABLA 1. Criterios diagnósticos de trombocitemia esencial según la Organización Mundial de la Salud (2008). Se requieren todos los criterios.

| |
|---|
| Recuento de plaquetas > 450 x 10 ⁹ /l mantenido |
| Biopsia de médula ósea con proliferación predominantemente megacariocítica. Con aumento de megacariocitos grandes y maduros, sin aumento significativo de granulopoyesis ni eritropoyesis |
| No cumplir criterios de la OMS 2008 para policitemia vera, mielofibrosis primaria, leucemia mieloide crónica, síndrome mielodisplásico ni otra neoplasia mieloide |
| Presencia de JAK2/V617F o de otro marcador clonal, (Si JAK2 es negativo, excluir trombocitosis reactiva) |

5 Discusión-Conclusión

Por un lado, señalar que, aunque cada vez existe un mayor número de pacientes que se diagnostican de trombocitopenia esencial en fase asintomática, por detectarse en analíticas de rutina una elevación de las plaquetas.

De haber síntomas, los que aparecen mas frecuentemente son debidos a trastornos de la microcirculación como parestesias, cefaleas y alteraciones visuales. Las principales complicaciones son la trombosis (en especial arteriales y con menor frecuencia venosas) y las hemorragias.

6 Bibliografía

1. San Miguel J, Sánchez-Guijo F. Cuestiones en Hematología. Segunda ed. Madrid: ELSEVIER; 2007.
2. Ferré O, Sánchez-Guijo F. Síndromes mieloproliferativos. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016; 12(12): p. 1213-23.
3. Nieto Lorasque V, García Alvarado M. Hemopatías malignas II: gammapatías monoclonales. Síndromes mieloproliferativos y mielodisplásicos. AMF. 2017; 13(9): p. 484-495.
4. Hoffman R, et al. Hematology: basic principles and practice. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2013.
5. Guías Fisterra. Trombocitosis.

Capítulo 3

EVOLUCIÓN DE LAS GAMMAPATÍAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO DE CLASE IGM

MARIA PAULA CHAVEZ COLLAZOS

1 Introducción

Las gammapatías monoclonales de significado incierto (GMSI) aparecen en el 1% de la población mayor de 50% y en el 3% de los mayores de 70 años. De éstas, entre un 15-20% corresponden a GMSI de subclase IgM.

No se sabe mucho de la naturaleza y frecuencia de progresión de la GMSI de subclase IgM, la cual tiene diferentes características y evoluciona con más frecuencia a Enfermedad de Wäldestrom (EW) u otros Síndromes Linfoproliferativos Crónicos (SLPc) que a Mieloma Múltiple (MM), a diferencia de las GMSI IgG ó IgA.

2 Objetivos

-Evaluar la evolución de las GMSI IgM para poder caracterizar mejor esta entidad.

3 Metodología

Se recogieron de manera retrospectiva datos de 40 pacientes diagnosticados de GMSI IgM en el período entre Enero de 1995 y Mayo de 2013, y se siguió su evolución hasta Mayo de 2014.

Todos los pacientes tenían una concentración de IgM inferior a 3g/dl al diagnóstico, analizada por inmunoelectroforesis (IEF). Los pacientes fueron controlados en nuestra consulta de manera ambulatoria monitorizando el componente monoclonal cada 6 meses.

4 Resultados

De los 40 pacientes, 19 (49%) eran mujeres y 21 (51%) hombres, con una mediana de edad al diagnóstico de 70 años. La cadena ligera era kappa en 75% de los casos y lambda en el 25% restante. Durante el tiempo de seguimiento, 7 pacientes (17%) progresaron: 4 a EW (12%), 1 a MM (2,5%), 1 a amiloidosis (2,5%) y 1 a Linfoma No Hodgkin B (LNHB) (2,5%). La mediana de tiempo hasta la progresión fue de 45 meses, con valores que oscilan desde 2 a 79 meses. En el caso concreto de la EW la mediana de tiempo hasta la progresión fue de 26,5 meses.

El valor de la proteína sérica IgM al diagnóstico variaba desde 142mg/dl hasta 2050mg/dl, con una mediana de 507mg/dl, siendo la mediana discretamente mayor (644mg/dl) en el subgrupo de pacientes que progresaron a otra entidad. Sólo un 17,5% de pacientes tenía un componente monoclonal superior a 1g/dl al diagnóstico. En el momento de la progresión la mediana del componente monoclonal en estos pacientes era de 815mg/dl.

Durante el período de seguimiento fallecieron 5 pacientes (12,5% de la serie); siendo 2 el número de muertes atribuibles directamente a la progresión de la enfermedad (40% de los fallecidos; 5% del total de pacientes).

5 Discusión-Conclusión

Es razonable indicar una monitorización estrecha del componente monoclonal pues, en nuestra serie de casos, parece existir una relación entre la cantidad de componente al diagnóstico y la probabilidad de progresión, como ya se ha demostrado en estudios previamente publicados.

Asimismo, sería interesante disponer de registros de pacientes con GMSI tipo IgM para estudiar esta patología de manera independiente al resto de GMSI de otras subclases.

6 Bibliografía

1. Alexanian R, Weber D, Liu F. Differential diagnosis of monoclonal gammopathies. Arch Pathol Lab Med 1999; 123: 108-113.

Capítulo 4

CONSUMO DE TÓXICOS Y SUS CONSECUENCIAS CEREBRO VASCULARES

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

1 Introducción

La enfermedad cerebro-vascular se sigue manteniendo como un problema de salud de primer orden, atendiendo tanto a la mortalidad como a la morbilidad y al coste sanitario que genera.

Existen diversos factores de riesgo predisponentes. Algunos de ellos, como la edad o las características genéticas, no son modificables, sin embargo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipemias, el hábito tabáquico y la obesidad constituyen los factores de riesgo cardio-vascular clásicamente modificables.

2 Objetivos

- Destacar el diagnóstico precoz del consumo de tóxicos así como la importancia de una anamnesis adecuada.

3 Caso clínico

Antecedentes familiares: Abuelo paterno ICTUS a los 50 años. Tío paterno ICTUS a los 45 años. Madre padece de migraña con auras visuales. Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas, fumador de 12 paquetes/año. Bebedor ocasional. Consumo regular de marihuana y cocaína. Linfoma Hodgkin 8 años atrás, se realizó trasplante de médula ósea y 20 sesiones de quimioterapia, estando de alta en la actualidad por este proceso. Hipotiroidismo subclínico. Episodios de diplopía vertical de aproximadamente un minuto de duración, esporádicamente en el último año sin relación a ninguna actividad. Episodios de alteración visual temporal alternante con duración entre 1 y 3 minutos desde los 20 años que describe como centelleos, sin cefalea.

Anamnesis: varón de 37 años que acude a consulta de su médico de familia por cuadro autolimitado de unos dos minutos de duración consistente en torpeza motora de miembros derechos (dificultad para coger objetos y torpeza al caminar) así como bloqueo del lenguaje. No cefalea, ni dolor torácico o palpitations. No cuadro sincopal ni presincopal. Sin pérdida del control de esfínteres. El mencionado episodio fue presenciado por un familiar.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Afebril, tensión arterial 123/74 mmHg, satura a 98% a 79 latidos por minuto. Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, soplo holosistólico en foco aórtico, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Exploración neurológica: paciente atento, orientado en las tres esferas. Lenguaje sin alteraciones. Mirada centrada sin déficit visual, PINLA, MOEC, la campimetría por confrontación normal, sin nistagmo. Resto de pares craneales conservados. No claudica en Barré ni Mingazzini. No dismetrías. Sensibilidad conservada. Buena discriminación tactoalgésica. Reflejos simétricos. Marcha normal. Romberg negativo.

Pruebas complementarias:

- TAC cráneo urgente: Estudio sin hallazgos patológicos.
- Analítica en planta: Hemograma normal. VSG 15 mm/h, coagulación básica normal, screening de anticoagulante lúpico negativo, bioquímica general normal, PCR 9 mg/l. Respecto al perfil lipídico, colesterol total 169 mg/dl, LDL 90 mg/dl, HDL 41 mg/dl y triglicéridos 115 mg/dl, estudio de trombofilia autoinmune, proteinograma, tiroides, vitamina b12, ácido fólico y serología de VIH y Lúes neg-

ativos.

- Ecocardiograma transtorácico: Estenosis aórtica moderada, insuficiencia aórtica leve, FEVI 55%, función del ventrículo derecho en límites bajos de la normalidad.
- Holter: Extrasistolia supraventricular de escasa densidad. Sin detectar fibrilación auricular, ni otras arritmias y sin pausas significativas.
- Doppler Tronco Supra aórtico: Normal.
- RM cerebral con galodinio: compatible con la normalidad.
- Electroencefalograma: sin anomalías epileptiformes focales ni generalizadas.
- Test de Microburbujas para shunt derecha-izquierda: basal y tras Valsalva, negativos.
- Angio-TC craneal y de tronco supra aórticos: sin alteraciones significativas.

4 Resultados

El paciente, tras el mencionado déficit focal hemisférico izquierdo transitorio, mantiene seguimiento periódico con neurología de zona. Tras presentar todo el estudio etiológico negativo, finalmente, confirma en una de las revisiones, el consumo de cocaína en el contexto del mencionado episodio. Por lo que el juicio clínico emitido ha sido accidente isquémico transitorio hemisférico izquierdo en probable relación con consumo de tóxicos en paciente joven.

En la actualidad se abstiene del consumo. Como etiología menos probable se baraja migraña con aura atípica.

5 Discusión-Conclusión

Se debe estacar la importancia de la detección del consumo de tóxicos y las consecuencias cerebro-vasculares que puede acarrear, a la luz de un caso detectado en la práctica clínica diaria. Del mismo modo se recalca la importancia de la anamnesis y la relación de confianza que se ha de mantener con los pacientes, para obtener datos verídicos acerca de sus hábitos de vida. A este respecto el médico de familia se sitúa como responsable de la prevención primaria, pues su labor consiste en el control de los factores de riesgo cardiovascular, la potenciación de estilos de vida cardiosaludables y la educación sanitaria.

Tanto el consumo agudo como crónico de la cocaína provoca complicaciones a nivel cardio-vascular, respiratorio, renal, metabólico y neurológico. A nivel a las neurológico, la cocaína es la droga que está más frecuentemente implicada en

la enfermedad cerebro-vascular de pacientes jóvenes, especialmente en menores de 55 años. Y constituye un factor de riesgo para eventos tanto isquémicos como hemorrágicos. Este incremento de riesgo es independiente tanto la frecuencia como la cantidad del consumo. Por ello el diagnóstico de patología cerebro vascular en pacientes jóvenes obliga a descartar el consumo de tóxicos como etiología del cuadro.

6 Bibliografía

1. Mateo L, Pinedo A, Gómez-Beldarrain M, Basterretxea J, García-Moncó J. Recurrent stroke associated with cannabis use. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005; 76: p. 435-7.
2. González-Gómez F, Pérez-Torre P, De-Felipe A, Vera R, Matute C, Cruz-Culebras A, et al. Ictus en adultos jóvenes: incidencia, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico. *Revista Clínica Española*. 2016; 216(7).
3. López Pavón I, López Mompó C, Tajada Vitales C. Enfermedad cerebrovascular. *AMF*. 2017; 13(2): p. 64-75.
4. Lobos Bejarano J, Brotons Cuixart C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención Primaria*. 2011; 43: p. 668-77.
5. Blanco M, et al. Patología cerebro-vascular hemorrágica en adultos asociada al consumo de cocaína. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2005; 41.

Capítulo 5

UN CASO DE DEMENCIA TRATABLE: HIDROCEFALIA NORMOTENSIVA

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

1 Introducción

Los trastornos de la marcha, cada vez más frecuentes debido al envejecimiento de la población, tienen gran impacto en la calidad de vida de los ancianos, pues aumentan la morbilidad y contribuye en muchas ocasiones al ingreso en residencias por la pérdida de autonomía que supone. Normalmente el origen de estos trastornos es multicausal, con predominio concomitante de patología neurológica y musculoesquelética.

2 Objetivos

Algunas características de la marcha pueden sugerirnos cuadros concretos. Se presenta a continuación un caso clínico, en el que la observación del cambio en la marcha de un paciente conocido por su médico de atención primaria es fundamental para llegar al diagnóstico.

3 Caso clínico

Antecedentes personales: Intolerancia a tramadol, Tos por IECAs. Ex-fumador desde hace más de 40 años. Niega otros hábitos tóxicos. Como factores de riesgo

cardiovascular presenta hipertensión arterial y dislipemia. No cardiopatía ni broncopatía conocida. Osteoporosis establecida.

Tratamiento domiciliario: Amlodipino 10 mg, Simvastatina 20 mg, Denosumab 60 mg/6 meses, calcio oral, oxicodona/naloxona 20/10 mg/12 horas y paracetamol y metamizol a demanda.

Anamnesis: Se trata de un paciente varón de 80 años que acude regularmente a consulta de atención primaria. Desde hace unos años está más distraído y enlentecido, con cierta limitación funcional atribuida a la artrosis y a sus fracturas vertebrales osteoporóticas, pero sin presentar claros datos de deterioro cognitivo puesto que maneja su medicación, reconoce a familiares y entorno, no se pierde, no presenta olvidos y además se viste y asea solo. En una consulta rutinaria, a la que acude a renovar su medicación se detecta deterioro de la marcha, con ampliación de base de sustentación sin que exista un desencadenante objetivable de aproximadamente un mes de evolución acompañado de incremento de fallos de memoria. Se decide derivación hospitalaria urgente para valoración por neurología.

Exploración física: Aceptable estado general, consciente, orientado en persona, no orientado en espacio ni tiempo. Bien hidratado y perfundido. Estable hemodinámicamente.

- Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, sin soplos, murmullo vesicular bilateral sin estertores, con roncus aislados en bases, sin trabajo respiratorio.
- Abdomen: blando y depresible, sin masas, hernias ni megalias, no doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo.
- Miembros inferiores: Sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Exploración neurológica:

PINLA, MOEC. Resto de pares craneales simétricos y conservados. Buena expresividad facial, escaso parpadeo. Miembros superiores con mínimo aumento del tono de predominio izquierdo, sin claro Froment. Temblor postural, no en reposo. Se mantiene estable sentado. Se levanta con apoyo al primer intento, permanece estable con pies separados, no empeora con los ojos cerrados. Se sienta con apoyo. En miembros inferiores rigidez simétrica. Reflejos de estiramiento muscular exaltados. Marcha con pasos cortos, sin braceo, con base de sustentación muy ampliada, mantiene el tronco inclinado hacia delante, no arrastra los talones, no festinación. Gira lento pero estable. No presenta errores de nominación, repite adecuadamente, fallos en la memoria a corto plazo. No es capaz de realizar series inversas (ni resta, ni días de la semana).

Test del reloj: esfera bien, faltan números (del 8 al 12), manecillas de tamaño adecuado, pero mal colocadas. Comprende órdenes sencillas, intoxicación con algunas órdenes complejas. Tendencia al circunloquio y a la risa como medida para disimular sus errores.

Pruebas complementarias:

- Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación y elemental de orina normal
- Radiografía de tórax: Ateromatosis calcificada de cayado aórtico sin otros hallazgos en parénquimas.
- TAC cráneo: se detecta microangiopatía isquemia crónica y atrofia cerebral.

4 Resultados

Inicialmente el cuadro era compatible con un trastorno de la marcha de perfil subcortical.

Dado que el paciente se encontraba estable, y debido a la normalidad de las pruebas complementarias realizadas en urgencias, se le dio de alta aconsejando reducción de dosis de mórficos y solicitando RMN ambulatoria con cita para recogida de resultados por neurólogo de zona. En la RMN de cráneo se detecta: leucoaraiosis periventricular, lesiones de probable naturaleza isquémica en ambos hemisferios cerebrales y probable hidrocefalia normotensiva del adulto.

Se le explica al paciente la posibilidad de colocación de un drenaje ventrículo peritoneal y lo rechaza. Se mantiene el seguimiento periódico en neurología con juicio clínico de trastorno de la marcha senil de origen multifactorial secundario a microangiopatía cerebral aterosclerótica y a probable hidrocefalia normotensiva del adulto.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de la hidrocefalia normotensiva se basa en la sospecha clínica. Si bien es cierto que, aunque la triada clásica se caracteriza por alteraciones de la marcha, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria, la clínica no siempre es tan florida, especialmente en estadios iniciales. El primer hallazgo suelen ser las alteraciones de la marcha. La importancia del diagnóstico precoz de la hidrocefalia normotensiva radica en que es una de las pocas demencias tratables.

El tratamiento habitual es la derivación ventrículo-peritoneal. Si un paciente responde positivamente al drenaje de líquido cefalorraquídeo, ya sea a través de la punción lumbar o de un drenaje de ventriculostomía externo, puede considerarse que el paciente es un candidato apropiado para una derivación ventrículo-peritoneal. Esta cirugía puede producir mejoría parcial o completa de la clínica, aunque desafortunadamente, la mejoría inicial puede no mantenerse en el tiempo y no está exenta de complicaciones.

6 Bibliografía

1. Aragonès J, et al. Hidrocefalia normotensiva idiopática: alta incidencia en mayores de 80 años. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2018; 53(2): p. 85-88.
2. Martín-Láez R, Valle-San Román N, Rodríguez-Rodríguez E, Et al. Actualización en fisiopatología de la hidrocefalia crónica del adulto idiopática: ¿nos enfrentamos a otra enfermedad neurodegenerativa? *Neurología*. 2016.
3. Smith C. Reconocer la hidrocefalia normotensiva en adultos mayores. *Nursing*. 2018; 35 (3): p. 20-24.
4. Illán-Gala I, Pérez-Lucas J, Martín-Montes A, Máñez-Miró J, Arpa J, Ruiz-Ares G. Evolución a largo plazo de la hidrocefalia crónica del adulto idiopática tratada con válvula de derivación ventrículo-peritoneal. *Neurología*. 2017; 32(4): p. 205-212.
5. Adams R, Fisher C, Hakim S, Ojemann R, Sweet W. Symptomatic occult hydrocephalus with normal cerebrospinal-fluid pressure. A treatable syndrome. *N Engl J Med*. 1965; 273: p. 117-126.

Capítulo 6

NEUROPSICOLOGÍA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

1 Introducción

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central que se caracteriza por la aparición periódica a lo largo del tiempo de focos de inflamación (lesiones agudas) en cualquier lugar del sistema nervioso central que al resolverse dejan zonas de desmielinización y gliosis que constituyen las lesiones crónicas. La EM constituye la causa de incapacidad por enfermedad más frecuente en personas jóvenes de países desarrollados, acortando la esperanza de vida unos diez años.

2 Objetivos

- Evaluar la importancia del diagnóstico precoz de la EM, de cara a poder iniciar un tratamiento precoz, tanto médico como psicológico, a sabiendas que el tratamiento actual puede retrasar la incapacidad y mejorar el pronóstico de la enfermedad.

3 Caso clínico

Anamnesis: Mujer de 54 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni factores de riesgo cardio-vascular. Es fumadora de dieciocho paquetes/año. Padece

de miopía magna, como único antecedente personal de interés. No precisa tratamiento domiciliario con ningún fármaco. Acude a su médico por hipoacusia derecha y caídas inexplicables en vía pública. Inicialmente achaca las caídas a considerarse patosa desde siempre. Sin embargo, su reiteración en los últimos meses, la lleva a consultar.

Exploración física:

Buen estado general, consciente orientada y colaboradora.

Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos, a buena frecuencia. No soplos ni extratonos. Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: blando y depresible. No masas, ni megalias. No signos de peritonismo.

Miembros inferiores: Sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Otoscopia: Restos de cerumen sin visualizar tapón completo en ninguno de sus oídos. Membrana timpánica izquierda íntegra, transparente y brillante. Membrana timpánica derecha presenta perforación timpánica.

Exploración neurológica: pares craneales normales, incluido el fondo de ojo. Lenguaje y campimetría conservados. No presenta déficit motores ni sensitivos. No claudica en Barré ni Mingazzini. No piramidalismo. Cerebelo y marcha normales. No presenta alteraciones en la marcha ni soplos latero-cervicales.

Pruebas complementarias:

- Electrocardiograma: Ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, QRS estrecho, eje cardíaco a 50°. Intervalo PR de 0,20 segundos. Sin alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda.
- Analítica: Hemograma, bioquímica y tiroideas normales.

Ante la persistencia de hipoacusia y caídas desde hace unos meses. Se decide derivación desde Atención Primaria al otorrino de zona. En consultas de ORL se solicita de inicio RM de base del cráneo (peñasco). En la mencionada RMN no se aprecian lesiones ocupantes de espacio en los ángulos ponto-cerebelosos, pero se evidencian numerosas lesiones hiperintensas en sustancia blanca profunda y periventricular. Ante estos inesperados resultados la paciente es derivada a neurología para descartar existencia de enfermedad desmielinizante.

4 Resultados

- La clínica no siempre corresponde al resultado de la prueba radiológica, por lo que el diagnóstico adecuado precoz permite el inicio del tratamiento si pérdida de tiempo:

A pesar de que la paciente se encuentra asintomática, sin clínica de enfermedad inflamatoria, pues no tiene fotosensibilidad, eritema malar, lesiones de alopecia ni lesiones cutáneas. Tampoco presenta sequedad ocular ni bucal. No Raynaud. No livedo reticularis ni aftas orales o genitales. Niega artritis, artralgiás, disnea o palpitaciones. Nunca síntomas digestivos. No secreción mucopurulenta nasal ni antecedentes de alergia o asma extrínseco.

Los hallazgos de la RMN obligan estudio por parte de neurología para descartar enfermedad desmielinizante. Por ello solicitan:

- Analítica general con anticuerpos antinucleares: parámetros dentro de la normalidad.
- RMN craneal y cervical con contraste: Se observa en sustancia blanca supratentorial múltiples lesiones hiperintensas en t2 con morfología y patrón de distribución típico de Esclerosis múltiple. Existen lesiones similares en cordón medular cervical. Una de las lesiones presenta captación de gadolinio, lo que sugiere lesión aguda.
- Potenciales evocados visuales: Se objetiva una onda P100 con latencias alargadas en ambos ojos y amplitud dentro de la normalidad.
- Estudio de LCR:

Bioquímica: Aspecto macroscópico claro. Glucosa 67 mg/dl, proteínas totales 50 mg/dl, hematíes 200 células/ul, leucocitos 6.00 células/ul, polimorfonucleares 16,7%, mononucleares 83,30%

Gram y cultivo negativos.

Bandas oligoclonales positivas.

A la vista de lo expuesto con anterioridad la paciente cumple criterios de Esclerosis Múltiple según Mc Donald 2017, por lo que se propone tratamiento con teriflunomida puesto que la paciente tiene contraindicado inyectables por síndrome varicoso severo en varias zonas de punción.

5 Discusión-Conclusión

Las causas de la EM son muy variadas, implicando tanto factores genéticos como ambientales (infección por el virus de Epstein-Barr, tabaquismo, latitud, eventos traumáticos, cirugías previas). Pero realmente la causa última continúa siendo desconocida, por lo que en la actualidad no están claramente definidos factores de riesgo que permitan diseñar estrategias de prevención. Es por ello fundamental llevar a cabo un diagnóstico precoz.

Cualquier síntoma neurológico en una persona joven que sugiera disfunción neurológica y dure más de veinticuatro horas debe hacernos pensar en una EM. El síntoma de comienzo más frecuente es la alteración de la sensibilidad (parestias), también es muy frecuente la alteración motora que se caracteriza por la pérdida de fuerza de uno o mas miembros o aparición de fatiga con esfuerzos pequeños. Los síntomas como disartria, diplopía, disfagia o vértigo, son algo menos frecuentes como síntoma de inicio de la enfermedad, al igual que las alteraciones visuales, siendo lo más frecuente es la presencia de un escotoma central.

La afectación del cerebelo, se puede presentar como disartria cerebelosa, incoordinación motora o inestabilidad en la marcha. Finalmente, la aparición de síntomas de deterioro mental, como manifestaciones iniciales aisladas, son muy raras y cuando aparecen producen gran incertidumbre diagnóstica, hasta que se presentan otros síntomas. El carácter imprevisible de esta enfermedad produce una elevada tensión emocional en los pacientes pues genera gran incertidumbre y puede traer consigo trastornos psicológicos como ansiedad y depresión, especialmente en los brotes. Por ello son importantes las intervenciones psicológicas que proporcionen herramientas de afrontamiento al paciente y sus familias.

6 Bibliografía

1. Torrell Vallespín G. Enfermedades neurodegenerativas. AMF. 2015; 11(7): p. 374-383.
2. Belbasis L, Bellou V, Evangelou E, Loanidis JPA T. Environmental risk factors and multiple sclerosis: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Lancet. 2015; 14: p. 263-73.
3. Nieto A, Barroso J, Olivares T, Wollmann T, Hernández M. Alteraciones neuropsicológicas en la esclerosis múltiple. Psicología Conductual. 1996; 4(3): p. 401-416.
4. Fernández Fernández O, Fernández V. Esclerosis múltiple. Concepto. Etiopatogenia. Fisiopatología. Manifestaciones clínicas. Investigaciones paraclínicas. Diagnóstico. Historia natural. Medicine. 2007; 9(76): p. 4867-4877.
5. Holland N, Frías de Thomas P, Corona Vázquez T. Esclerosis Múltiple : Guía Practica para el recién diagnosticado New York : Demos Medical; 2002.

Capítulo 7

CASO CLÍNICO: PORFIRIA HEPATO CUTÁNEA TARDA

CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ

JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ

VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ

1 Introducción

Las porfirias son un grupo de trastornos hereditarios poco frecuentes en las cuales el grupo Hemo transportador de oxígeno de la hemoglobina, no se produce de forma correcta debido a un déficit de las enzimas que lo producen, por lo cual se acumulan cantidades anormales de porfirinas a nivel orgánico; numerosos factores como drogas, alcohol u hormonas pueden desencadenar la aparición de esta enfermedad, la cual produce numerosa sintomatología, entre otros, dolor abdominal tipo cólico, sensibilidad cutánea con aparición de ampollas y lesiones cicatriciales, dolor muscular o parálisis.

Esta patología abarca un gran número de subtipos; uno de ellos es el denominado Porfiria cutánea Tarda (PCT), la cual es de transmisión autosómica dominante, afectando a 1.5/1000 personas en España.

2 Objetivos

- Describir un caso clínico de nueva aparición.
- Identificar factores de riesgo.

3 Caso clínico

Mujer de 23 años, que presenta lesiones cutáneas de tipo ampollosos en ambos dorsos de las manos y muslos, con prurito, picor y mala cicatrización, que dejan hiperpigmentación en el lugar de la localización; también se ha observado leve hipertrichosis periorbitaria de nueva aparición, además de fragilidad ungüeal y cutánea.

- Paciente portadora de anillo vaginal estrogénico.
- Antecedentes familiares de porfiria hepática (madre diagnosticada durante el embarazo).

4 Resultados

Exploración y pruebas complementarias:

- Orina 24 horas: Bioquímica porfirinas totales (orina) 637.9 µg/24 h (0.0.-150.0)
- Ecografía hepática y renal: Hígado y riñones normales.
- Analítica con BQ hepática: Valores dentro del rango de la normalidad.
- Biopsia piel: Pieza nº1 (topografía y lateral: MANO IZQ).
- Macro biopsia cutánea: Fragmento cutáneo nodular, milimétrico. IT
- Micro biopsia cutánea: Ligeros depósitos perivasculares PAS positivos compatible con PORFIRIA

Juicio clínico: Lesiones ampollosas.

Diagnóstico diferencial: Epidermolisis ampollar, hidroa vacuniforme, penfigoide, prurigo actínico, tuberculosis luposa.

5 Discusión-Conclusión

- Eliminar factores de riesgo como Alcohol, Estrógenos o suplementos férricos
- Evitar exposición solar y usar cremas de protección de alto grado.
- Realizar flebotomías terapéuticas hasta normalizar niveles de ferritina y hierro sanguíneos.

6 Bibliografía

- Bissell DM, Anderson KE, Bonkovsky HL. Porphyria. N Engl J Med. 2017;377(9):862-872. PMID: 28854095 www.ncbi.nlm.nih.gov

- Hift RJ. The porphyrias. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 210.
- Fuller SJ, Wiley JS. Heme biosynthesis and its disorders: porphyrias and sideroblastic anemias. In: Hoffman R, Benz EJ, Silberstein LE, et al, eds. Hematology: Basic Principles and Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018: chap 38.
- Habif TP. Light-related diseases and disorders of pigmentation. In: Habif TP, ed. Clinical Dermatology: A Color Guide to Diagnosis and Therapy. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016: chap 19.

Capítulo 8

INTOLERANCIA AMBIENTAL IDIOPÁTICA ATRIBUIDA A CAMPOS ELECTROMAGNÉTICOS. ESTUDIO DE EVALUACIÓN CRÍTICA DE UN ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN.

MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL

1 Introducción

En la actualidad, con frecuencia los medios de comunicación hacen hincapié en supuestas intolerancias a alimentos así como efectos nocivos producidos por diversos productos químicos, radiaciones y toxinas ambientales a los que la vida moderna nos expone. Esta información sobre los campos electromagnéticos puede ser causante de la intolerancia ambiental idiopática.

2 Objetivos

Evaluar de manera crítica un artículo de investigación en relación a la intolerancia ambiental idiopática atribuida a los campos de investigación.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de información y revisión de documentación en relación al artículo publicado. La evaluación crítica se ha realizado mediante el

sistema RAMMbo. Además se valorará otros aspectos en relación a la investigación como la valoración por un comité ético o si responde a la preguntas clínicas planteadas mediante el sistema PICO.

4 Resultados

El artículo sobre el que se realiza la evaluación crítica es Witthöft M, Rubin GJ. Are media warnings about the adverse health effects of modern life self-fulfilling? An experimental study on idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (IEI-EMF). *J Psychosom Res.* 2013 Mar;74 (3):206-12.

El artículo analiza la intolerancia ambiental atribuida a los campos electromagnéticos de carácter idiopático y como los medios de comunicación pueden influir en el desarrollo de esta situación.

Se trata de un estudio prospectivo y experimental, concretamente de un ensayo clínico.

Búsqueda de información y revisión de documentación:

El artículo presenta unas correctas premisas y nos muestra la situación de esta patología haciendo referencia a otros estudios recientes. La revisión de la documentación ha sido correcta y ajustada al marco en el que se desarrolla el artículo.

Comité ético:

La aprobación ética del estudio fue proporcionada por el Comité de Ética de Investigación del Kings College de Londres. (Número de referencia: PNM/11/12-18).

Sistema PICO:

¿Los medios de comunicación influyen en el desarrollo de la intolerancia ambiental atribuida a los campos electromagnéticos de carácter idiopático?

- Población:

Para resolver la pregunta planteada anteriormente planteada, analizaron un total de 147 casos, de los cuales 76 formaron parte del grupo de intervención y 71 al grupo control.

- Intervención:

La sesión experimental duró 60 min. La intervención consistió en la visualización de un video sobre los efectos adversos de ondas electromagnéticas WiFi en la salud, previo a la exposición simulada a dichas ondas durante 15 minutos. Posteriormente se realizó un informe de los síntomas y preocupaciones mostradas

sobre el aumento de la sensibilidad percibida debida a los campos electromagnéticos.

- Comparación/Control:

El grupo control visualizó un video no relacionado con los efectos adversos de las ondas WiFi en la salud, previo a la exposición simulada a dichas ondas durante 15 minutos, en las mismas condiciones que el grupo de intervención. Igualmente se realizó un informe de los síntomas y preocupaciones sobre el mismo hecho.

- Resultados:

El 54% de los participante (82 de 147) participantes informaron de mostrar síntomas que atribuían a la exposición simulada. La película experimental aumentó las preocupaciones relacionadas con los campos electromagnéticos, los síntomas tras la exposición simulada entre los participantes con alta ansiedad preexistente, la probabilidad de que los síntomas sean atribuidos a la exposición simulada entre las personas con altos niveles de ansiedad y la probabilidad de que las personas atribuyan sus síntomas a la exposición simulada creyendo que son sensibles a los campos electromagnéticos.

De un subgrupo de 133 sujetos, un 86% (115 participantes) creyeron que habían estado expuestos a una señal WiFi, incluidos dos participantes que pidieron poner fin al experimento por el alto nivel de síntomas. El 10,5% (14 participantes) creyeron que podrían haber estado participando en un ensayo controlado aleatorio con un 50% de probabilidades de estar expuesto a una señal. Un 3% (4 participantes) no creían que habían estado expuestos a una señal.

Para la evaluación crítica del artículo de investigación se empleó el sistema RAMMbo:

R - Recruitment (Reclutamiento).

Se reclutaron participantes enviando un email a las personas registradas en una base de datos de la universidad de posibles voluntarios de la investigación, los estudiantes y personal del King College de Londres. Los participantes tenían que tener 18 años o más y hablar inglés y dieron su consentimiento informado por escrito.

Se incluyó a 150 participantes. Dos de ellos fueron excluidos del análisis final debido a la falta colaboración y un tercero por sus inverosímiles respuestas rápidas. En el estudio por tanto se tienen en cuenta a 147 sujetos.

Posteriormente se reclutó un subgrupo de 133 sujetos al objeto de conocer otras impresiones por parte de los participantes.

A - Allocation (Asignación aleatorizada).

Los participantes fueron asignados aleatoriamente después de la inscripción en el estudio, en el que veían un informe televisivo acerca de los efectos adversos de las ondas WiFi para la salud o un video control en relación con la seguridad de la transmisión de datos del teléfono móvil. La aleatorización se realizó mediante el uso de un generador de números aleatorios informatizado.

M- Maintenance (conservación de las condiciones).

Todos los participantes recibieron la misma exposición simulada a una señal WiFi durante 15 minutos. Las pruebas tuvieron lugar entre enero y junio de 2012 en el Kings College de Londres.

M- Measurement (medición).

Se evaluaron los síntomas con una versión modificada del sistema CSD (check-list for symptoms in daily life) compuesta por 34 puntos con una escala tipo Likert de 5 niveles que van desde "nada" hasta "extremadamente". El análisis de los datos reveló tres factores de ansiedad relacionados con los síntomas como el dolor de cabeza, concentración y sensación de hormigueo. Además de utilizar la puntuación total de la CSD en el análisis, se calcularon las puntuaciones medias de los síntomas de carga de cada factor para su uso como subescala.

Se evaluó la atribución de los síntomas, preguntando en qué medida las sensaciones y síntomas que haya experimentado son atribuibles al campo electromagnético. Las opciones de respuesta eran "nada", "poco", "bastante", y "mucho".

Se utilizó la escala de Evaluación somatosensitiva (SSAS) para evaluar la sensibilidad percibida a los campos electromagnéticos. Consiste en una pregunta como "mi cuerpo es muy sensible a los efectos de campos electromagnéticos", calificando en una escala de 5 puntos desde 1 = "totalmente de acuerdo" a 5 = "totalmente en desacuerdo".

Se evaluó la preocupación por los efectos en la salud de los CEM mediante la subescala de radiación de tres temas de "Modern Health Worries Scale" (MHW-R). Esta evalúa el grado en que la gente está preocupada por los riesgos de salud asociados con los teléfonos móviles, estaciones de telefonía móvil y líneas eléctricas utilizando tres escalas de 5 puntos que van desde "ninguna preocupación" a "extrema preocupación".

Se evaluó el estado de ansiedad con una versión reducida de 6 puntos del inventario de Ansiedad StateTrait (STAI-6), la somatización de la ansiedad utilizando el Patient Health Questionnaire the 15-material (PHQ-15) y la amplificación somatosensorial mediante la escala de amplificación somatosensorial "Somatosensory Amplification Scale" (SSA).

Por lo tanto, vemos que las medidas fueron evaluadas por diversos test correctamente validados y aceptados.

B-Blind (mediciones ciegas).

Los investigadores conocían a que grupo pertenecían los pacientes para poderlos clasificar y asignar el video que debían ver. Sin embargo los pacientes desconocían a que grupo pertenecían y que tipo de video iban a ver. Solo se les informó a los pacientes que iban a visualizar un video para una prueba de memoria.

Para simular la exposición se les colocó en la cabeza una antena WIFI. Esta consistía en una antena montada sobre una cinta que "tenía la intención de llevar la señal tan cerca de su cuerpo como sea posible", como se les explicó. Dicha antena estaba aparentemente conectada, simulando la actividad del router WiFi, y que a su vez se conectaba a un ordenador portátil.

Se pidió a los participantes controlar los posibles síntomas que pueden presentarse durante la exposición y se les dijo lo que podían hacer para terminar la exposición si los síntomas les resultaran intolerables. Después de esta instrucción, el investigador salió de la habitación durante el experimento. Se instruyó a los participantes para activar la exposición pulsando un botón en el ordenador portátil tan pronto como dicho investigador saliera de la habitación. Después de pulsar la tecla, el símbolo WiFi parpadeante se mostró en la pantalla del portátil frente a los participantes durante 15 minutos. Después de este período, el investigador retiró el equipo y pidió a los participantes completar el CSD, la atribución de síntomas, SSAS, STAI-6 y MHW-R (T3). Al rellenar las pruebas y cuestionarios los pacientes desconocían su situación ya que no sabían los efectos que se pretendían observar con la película que vieron y tampoco sabían que no estaban conectados al router.

O-Objective (objetividad de las mediciones).

Las medidas fueron objetivas basadas en test y pruebas validados, en la medida de lo posible, ya que las mediciones "per se" son subjetivas, puesto que se basan en percepciones de los pacientes, preocupaciones y síntomas.

5 Discusión-Conclusión

La información que transmiten los medios de comunicación acerca de efectos adversos de los campos electromagnéticos puede aumentar la probabilidad de experimentar los síntomas después de una exposición simulada a estas radiaciones.

Por ello se requiere una mayor colaboración y comunicación entre periodistas y científicos para evitar estos efectos negativos. A este efecto se ha venido a denominar como efecto nocebo por similitud al placebo, pero de efectos contrarios, y en este caso producido por una información deficiente de los medios de comunicación.

6 Bibliografía

1. Witthöft M, Rubin GJ. Are media warnings about the adverse health effects of modern life self-fulfilling? An experimental study on idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields (IEI-EMF). *J Psychosom Res.* 2013 Mar;74 (3):206-12.

Capítulo 9

SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO

SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ

1 Introducción

El Síndrome de las Piernas Inquietas, también conocido como enfermedad de Willis-Ekbom, es un trastorno neurológico sensitivo-motor primario cuya característica principal es una sensación desagradable en las extremidades inferiores que se desencadena con el reposo y se alivia con el movimiento.

Actualmente es una enfermedad infradiagnosticada, a pesar de que su prevalencia no es despreciable ya que se estima en cifras cercanas al 10% de la población adulta europea, y de que ha habido grandes avances en las últimas décadas.

Esta situación debe ser corregida, ya que como desarrollaremos a lo largo de este capítulo, es un trastorno que puede afectar notablemente la calidad de vida de los pacientes, con consecuencias graves para su salud a largo plazo, y que en la mayoría de los casos se puede diagnosticar de forma sencilla aplicando unos criterios clínicos sin necesidad de costosas exploraciones complementarias. Además, a día de hoy existen diferentes alternativas terapéuticas que constituyen un tratamiento eficaz en muchos casos.

Dado que se trata de una enfermedad infradiagnosticada, consideramos como primera herramienta para su mejor diagnóstico y tratamiento la difusión de la información sobre la misma y así intentar mejorar su conocimiento y facilitar, tanto la solicitud de ayuda por parte del paciente, como su abordaje por el profesional sanitario.

Los finalidades que nos planteamos al desarrollar este capítulo son: dar a conocer la Enfermedad de Willis-Ekbom o Síndrome de las Piernas Inquietas (SPI), desde su definición, su etiopatogenia, fisiopatología, cuadro clínico, métodos de diagnóstico, principales diagnósticos diferenciales, alternativas terapéuticas y pronóstico, como primera medida.

2 Objetivos

- Analizar y dar a conocer la Enfermedad de Willis-Ekbom o Síndrome de las Piernas Inquietas en todos sus aspectos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recurrido a la revisión bibliográfica de múltiples ensayos clínicos publicados, revisiones previas, artículos científicos, revistas especializadas en diversas bases de datos tales como Pubmed, Cochrane, Fistera, Google Scholar y DynaMed plus, usando como términos de búsqueda los siguientes: Síndrome Piernas Inquietas (SPI), Enfermedad Willis-Ekbom, y los siguientes apartados expuestos en este capítulo referentes a los anteriores nombre: historia, prevalencia, definición, clasificación, etiopatogenia y fisiopatología, cuadro clínico, tratamiento, pronóstico y evolución.

4 Resultados

El síndrome de piernas inquietas (SPI en adelante) también conocido como Enfermedad de Willis-Ekbom, (en inglés Restless Legs Syndrom: RLS), es un trastorno neurológico sensitivo-motor primario cuya característica principal es una sensación desagradable en las extremidades inferiores, de aparición típicamente nocturna o cuando el paciente se encuentra en reposo, y que genera en el mismo la necesidad de levantarse o movilizarlas, extendiéndolas o pateando, para encontrar un alivio de forma temporal.

Suele ser bilateral y el paciente localiza la sensación por debajo de las rodillas y en profundidad, no en la piel.

En algunos casos más severos los síntomas también pueden involucrar a los brazos y otras partes del cuerpo (tronco y cabeza) pero invariablemente involucran a las piernas. Esta sensación desagradable puede ser descrita por el paciente como dolor o parestesias tipo ardor, picor, cosquilleo, tirantez, burbujeo o presión.

En un 12% de los pacientes adultos (y en 74% de los pacientes pediátricos), el SPI se acompaña de movimientos periódicos en las extremidades (en inglés periodic legs movements: PLM), que son sacudidas bruscas, pseudorrítmicas y estereotipadas que aparecen en el transcurso del sueño. Generalmente afectan a e las extremidades inferiores y se manifiestan como: extensión del primer dedo del pie, dorsiflexión del tobillo y, en ocasiones, de la rodilla y cadera. Aunque ocurren durante el sueño, habitualmente el paciente no los percibe, por lo que no requieren tratamiento a menos que provoquen despertares.

Esta enfermedad provoca en el paciente importantes alteraciones en el sueño y el descanso, tanto para conciliar el sueño como por la presencia de despertarse nocturnos frecuentes, que pueden acarrearle dificultades en el desempeño de las actividades cotidianas, así como alteraciones del estado de ánimo.

El síndrome de las piernas inquietas (SPI) era hasta hace algunos años una mera curiosidad clínica. En la actualidad es una entidad clínica tratable con éxito en la mayoría de los casos, con resolución satisfactoria del trastorno de sueño asociado.

HISTORIA.

La primera descripción de síntomas clínicos data de la segunda mitad del siglo XVII y procede del médico inglés Sir Thomas Willis (médico de Carlos II de Inglaterra) en 1683, quien consideraba que el SPI era causado por una actividad epiléptica sin llegar a aclarar si era una condición adquirida o congénita. Además de la primera descripción histórica realizó la primera terapia, a base de láudano. Posteriormente, en el año 1861 el médico alemán Theodor Wittmaack la incluyó por primera vez en su lista de enfermedades describiéndola como inquietud de miembros inferiores (anxietas tibiaram). Durante años se consideró como una forma de neurastenia o histeria por su asociación a cuadros ansioso-depresivos. En 1945, el neurólogo sueco Karl Ekbom lo denomina Restless Legs Syndrome, "Síndrome de Piernas Inquietas", quien describió sistemáticamente el síndrome a partir de los datos recogidos de ocho pacientes, creyendo que el SPI era secundario a una deficiencia de hierro o a causas vasculares; de ahí que el día de nacimiento de este neurólogo (23 de septiembre de 1907) se celebra internacionalmente el Restless Legs Awareness Day.

Hoy se conoce como síndrome o enfermedad de Willis- Ekbom, ya que el término restless no refleja la potencial severidad de los síntomas ni tampoco su presentación es exclusiva de las piernas, ya que en casos más graves puede afectar otras zonas, como abdomen, brazos, genitales o cara.

EPIDEMIOLOGÍA.

Afecta aproximadamente a un 10% de la población general adulta en los países europeos y América del Norte, siendo su prevalencia menor en Asia, África y en países hispánicos. El Síndrome de Piernas Inquietas, SPI, es uno de los trastornos del sueño más frecuentes, aunque a día de hoy se considera que está infradiagnosticada y que algunos estudios apuntan que la tasa de diagnósticos recogería a menos del 10% de los pacientes reales.

Se presenta con mayor severidad en un 2-3 % de la población, aunque se considera que hay afectación de su calidad de vida en al menos el 30% de los pacientes. La edad de comienzo es variable, sigue una distribución bimodal, siendo más frecuente entre la tercera y cuarta década de vida, aunque está influida principalmente por la historia familiar de SPI y el género femenino. Los casos graves suelen comenzar antes de los 20 años.

Aunque la prevalencia aumenta con la edad, cerca del 25 % de los casos se inicia en la infancia y adolescencia. Este aumento de prevalencia puede deberse a que se trata de un trastorno crónico que empeora con el tiempo, lo cual quizá también favorezca su diagnóstico, aunque su curso es fluctuante con períodos de remisión. Además, la presentación infantil del SPI en ocasiones es diagnosticada erróneamente como un trastorno con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o, genéricamente como dolores propios del crecimiento.

El SPI ocurre dos veces más frecuente y de manera más precoz en mujeres (2-3 años antes). Aumenta su prevalencia en el embarazo, especialmente durante el séptimo y octavo mes, disminuyendo la severidad de los síntomas después del parto. El riesgo de aparición aumenta con el número de partos, lo que podría estar relacionado con deficiencias de hierro ocurridas con cada embarazo. Estas cuestiones están relacionadas con la etiopatogenia de la enfermedad y serán abordadas posteriormente.

El estudio epidemiológico más grande que se tiene es el REST (RLS epidemiology, symptoms and treatment) con 23000 pacientes de centros de primer nivel de 5 países (EU, UK, Alemania, Francia y España), la prevalencia encontrada fue de 11.1 % para cualquier grado de síntomas, 9.6 % con síntomas leves, y 2.7 % con síntomas severos que probablemente tendrían que recibir tratamiento nocturno.

En el segundo estudio REST con más de 15000 personas, los síntomas de cualquier frecuencia ocurrieron en 7.2 % de la población, 5 % con síntomas semanales y 2.7 % con síntomas dos o más veces a la semana. Ambos estudios fueron conducidos

principalmente en personas con ascendentes europeos blancos donde se halló una mayor frecuencia de presentación en las mujeres que en los hombres. Recientemente se ha encontrado que la prevalencia en otros grupos poblacionales como los orientales (Japón 3 %, Singapur 0,1 %, India 0,8 %) es bastante inferior a la registrada en caucásicos.

El SPI es especialmente frecuente en situaciones que inducen déficit de hierro o alteración de su metabolismo, como el embarazo, de hecho varios estudios epidemiológicos han encontrado que la prevalencia de SPI entre las mujeres embarazadas oscila entre un 10% y un 34%, aunque en general hay remisión completa de los síntomas poco después del parto.

ETIOPATOGENIA.

Se desconoce con exactitud la etiopatogenia del SPI, aunque probablemente sea el resultado de la interacción entre diferentes mecanismos: la herencia, el sistema dopaminérgico y el hierro sérico.

Hay estudios que sugieren que el síndrome de las piernas inquietas está relacionado con una disfunción en regiones del cerebro que controlan el movimiento (conocida como ganglios basales) que usan una sustancia química del cerebro llamada dopamina, necesaria para producir actividad y movimiento muscular fluido y decidido, y que la modulación dopaminérgica disfuncional de la excitabilidad neuronal es el principal mecanismo fisiopatológico subyacente del SPI como además lo apoya la respuesta positiva a agentes dopaminérgicos ;aunque cada vez hay más pruebas que han puesto de manifiesto que la interacción con otros sistemas de transmisión, tales como los opioides y el sistema Gabaérgico, así como la carencia de hierro, es crucial para las manifestaciones de los síntomas del SPI .

La alteración de las vías dopaminérgicas de los ganglios basales a menudo produce movimientos involuntarios y los pacientes con enfermedad de Parkinson (otro trastorno de las vías dopaminérgicas) presentan una mayor probabilidad de desarrollar síndrome de las piernas inquietas.

En la fisiopatología del SPI es importante la presencia de una hipofunción dopaminérgica, probablemente por una falla en la incorporación intraneuronal de hierro, que es necesario para una adecuada síntesis de dopamina. Al ser un estado de hipofunción dopaminérgica, el tratamiento más efectivo es el uso de agentes dopaminérgicos, como levodopa y los llamados agonistas de la dopamina como pramipexole, ropinerole, rotigotine5.

La exacta interacción entre la deficiencia de hierro y la disfunción dopaminérgica aún no es conocida. En teoría el hierro es necesario para la síntesis de dopamina, ya que la producción de ésta requiere ferritina como cofactor de la tiroxina hidroxilasa; por tanto, la deficiencia de hierro podría provocar las anormalidades subyacentes de la dopamina, estas anormalidades generarían la desinhibición de los impulsos inhibitorios supraespinales con la consiguiente facilitación de las vías espinales, posiblemente implicadas en el desarrollo de los síntomas.

El hierro es también un factor importante implicado en la presentación del SPI, el metabolismo del hierro y la dopamina poseen un ritmo circadiano, con los niveles de ambos elevados a mediodía y reducidos en la medianoche. Se ha documentado el descenso de los depósitos de hierro cerebral. Los niveles de ferritina en el líquido cefalorraquídeo están disminuidos y se ha observado depleción del hierro en la sustancia negra y el putamen.

El compromiso del sistema dopaminérgico es diferente al existente en la enfermedad de Parkinson, como pone de manifiesto el hecho de que la terapia dopaminérgica en el SPI no parece originar fluctuaciones motoras ni discinesias. Se ha encontrado inconstantemente en los estudios de RM funcional una reducción de la función dopaminérgica presináptica, un menor potencial de unión de los receptores D2 estriatales postsinápticos y alteraciones talamocerebelosas o rubroprotegerianas. También se ha indicado que puede existir un hipofuncionamiento del grupo dopaminérgico celular A11 en el tálamo parafascicular.

En resumen, todos estos datos parecen sugerir que habría en el SPI una disfunción en el transporte de hierro al sistema nervioso central provocada por la coexistencia de múltiples factores genéticos que disminuyen la eficacia de dicho transporte. En el caso de que exista un déficit de hierro en sangre, el transporte hacia el sistema nervioso central (ya de por sí poco eficiente en condiciones normales) resultaría aún menos eficaz. Pero incluso con niveles normales de hierro en sangre, los individuos con determinada carga genética no conseguirían alcanzar unos niveles neuronales óptimos de hierro. Este déficit de hierro neuronal sería el responsable de una disfunción dopaminérgica en el área A11 que tendría como resultado una disfunción de las vías sensitivas medulares y una hiperexcitabilidad de la vía motora que lleva a la génesis de la actividad motora periódica típica del SPI.

Debido a que la fisiopatología del SPI idiopático se relaciona con defectos del sistema dopaminérgico, del metabolismo del hierro y con los mecanismos de control del dolor, las estrategias terapéuticas están diseñadas para reponer el déficit del

sistema dopaminérgico con agonistas dopaminérgicos y los del metabolismo del hierro con suplementos del hierro, o para aliviar el dolor con fármacos moduladores $\alpha 2\delta$, opioides.

CLASIFICACION Y FACTORES ETIOPATOGENICOS ASOCIADOS.

Según la edad de aparición de los síntomas, existen dos formas de presentación: SPI precoz (antes de los 30 años), que es lentamente progresiva y aparece en familiares con SPI, y la forma tardía, que progresa rápidamente y suele tener una causa subyacente.

Existen dos formas clínicas de SPI, la primaria o idiopática, cuya etiología es genética (30%) o desconocida (70% restante), y la secundaria, relacionada con la existencia de condiciones inductoras o desencadenantes, como la deficiencia de hierro, la insuficiencia renal avanzada o la neuropatía.

El SPI puede tener carácter hereditario. Los investigadores están actualmente analizando las posibles causas genéticas que puedan ser responsables de esta forma del SPI, conocida como SPI primario o familiar.

Si no existe historial familiar del SPI y no hay enfermedades asociadas subyacentes que causen la afección, se dice que es el SPI idiopático, lo cual quiere decir que no tiene una causa conocida. El SPI puede ser el resultado de otra enfermedad que, cuando se encuentra presente, empeora el SPI subyacente. Se le llama SPI secundario.

El SPI primario (alrededor 70-80 % de los casos de SPI) tiene un inicio más temprano, pero en cambio un desarrollo más lento y un fuerte vínculo familiar. El 70 % de los niños y adolescentes con SPI y casi todos los sujetos con inicio de los síntomas antes de los 30 años tienen algún familiar de primer grado con SPI, generalmente la madre, y en estos casos, y el riesgo de padecer SPI es 6-7 veces superior al resto de la población.

Existe un historial familiar de la enfermedad en aproximadamente un 65 por ciento de los casos, lo que sugiere una forma genética del trastorno; además, la concordancia entre gemelos homocigóticos es mayor del 80 por ciento.

Se propone un modelo de herencia autosómico dominante con penetrancia elevada, calculándose que estos genes podrían contribuir al 70 % de las causas genéticas del SPI.

Hasta el momento, no se ha identificado ningún gen cuya mutación pueda provocar el SPI, pero sí variantes (polimorfismos) en cuatro genes que, aunque no son

necesariamente patológicas, pueden inducir cambios en la expresión o la actividad de algún gen (MEIS1, BTBD9, MAP2K5- LBXCOR1 y PTPRD1); pero los hallazgos han sido inconstantes y el papel de los genes sigue siendo poco claro. El gen BTBD9 también se ha asociado con el movimiento periódico de los miembros durante el sueño.

El MEIS1 es un factor de transcripción que regula procesos biológicos en edades tempranas del desarrollo. Ha sido confirmado como el factor de riesgo más potente, lo que permite considerarlo una patología del neurodesarrollo en la que ocurren cambios en la formación del circuito neuronal, en la sinaptogénesis y en la guía axonal.

Se han localizado recientemente “locus” (lugar o posición determinada de un gen en un cromosoma) de especial susceptibilidad al asociarse la enfermedad en los cromosomas 9, 12, 14, 2p, 6p, y 15 q. Estos cuatro genes tienen en común ser genes reguladores que modifican la actividad de otros genes, algunos de ellos relacionados con el metabolismo y el transporte de hierro.

- SPI secundario:

El SPI puede ser el resultado de otra enfermedad que, cuando se encuentra presente, empeora el SPI subyacente. Se le llama SPI secundario. Las causas secundarias del SPI incluyen la deficiencia de hierro, insuficiencia renal, neuropatía periférica, diabetes, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, embarazo y medicamentos que pueden inducir el SPI (por ejemplo, los neurolepticos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina- ISRS o litio.

La edad de inicio del SPI en las formas secundarias es más tardía y la progresión de los síntomas más rápida. Destacando, especialmente por su severidad, la de los pacientes urémicos en diálisis (20-30%). El SPI secundario es en general debido a la deficiencia de hierro, a la enfermedad renal terminal, y el embarazo (12-30%) atribuyéndose en estos casos a la deficiencia de hierro y de ácido fólico , pero puede presentarse secundariamente a diabetes mellitus, uremia, Parkinson, neuropatías, mielopatías, artritis reumatoídea, uso de antipsicóticos y antidepresivos, etc..

SPI y deficiencia de hierro

El déficit de hierro sérico, incluso sin anemia, es una alteración asociada, observada con cierta frecuencia en pacientes con SPI. La sintomatología se agrava cuando los valores de la ferritina sérica descienden por debajo de 50 microgramos, cifra que indica una depleción del contenido de hierro en el organismo, lo que

ha suscitado diversas hipótesis patogénicas. El hierro es un componente de los receptores dopaminérgicos (D2) que pueblan densamente los ganglios basales. Su carencia podría interferir con la función de los receptores dopaminérgicos y provocar el trastorno del movimiento que conocemos como SPI. Esta hipótesis viene apoyada por la observación clínica de que el SPI mejora con la administración de dopamina y de agonistas dopaminérgicos.

Todos los datos parecen sugerir la existencia de una disfunción en el transporte de hierro al sistema nervioso central provocada por la coexistencia de múltiples factores genéticos que disminuyen la eficacia de dicho transporte.

Hierro y dopamina están relacionados, dado que el hierro actúa como cofactor del enzima tirosina-hidroxilasa, que tiene un efecto limitante sobre la síntesis de dopamina. Además, este enzima es menos activo durante las últimas horas del día y el déficit de hierro altera aún más su funcionamiento en las horas de oscuridad. La oscilación de la clínica responde a un auténtico ritmo circadiano de la enfermedad, pues la intensidad de los síntomas se correlaciona negativamente con la curva de temperatura corporal.

Por otro lado, algunos datos experimentales sugieren que el déficit de hierro se asocia a una disminución en la expresión de receptores dopaminérgicos D2 y del transportador estriatal presináptico de dopamina.

La prevalencia de SPI alcanza 30% en pacientes con ferropenia. Existen bajos niveles de ferritina y altos niveles de transferrina en líquido cefalorraquídeo en SPI (estando normales los valores séricos de ambos), lo que sugiere que los síntomas ocurren como consecuencia de un déficit de hierro en el sistema nervioso central (SNC), más que a nivel periférico. El SPI correspondería a un trastorno funcional de la adquisición de hierro por el cerebro, existiendo una hipomielinización en la sustancia blanca del cuerpo calloso, cíngulo anterior y gyrus precentral.

En el caso de que exista un déficit de hierro en sangre, el transporte hacia el sistema nervioso central resultaría aún menos eficaz. Pero, aún con niveles normales de hierro en sangre, los individuos con determinada carga genética no conseguirían alcanzar unos niveles neuronales óptimos de hierro. Este déficit de hierro neuronal sería el responsable de una disfunción dopaminérgica en el área A11 que tendría como resultado una disfunción de las vías sensitivas medulares y una hiperexcitabilidad de la vía motora que lleva a la génesis de la actividad motora periódica típica del SPI.

Por otro lado, parece probada la relación entre ferropenia y SPI; de hecho, la

prevalencia de la enfermedad alcanza un 30 % entre los individuos con ferropenia y la intensidad de los síntomas se correlaciona con el grado de déficit férrico, por lo que en individuos genéticamente predispuestos, circunstancias ambientales que supongan un déficit de hierro, como una pérdida de sangre por cirugía, hemorragias crónicas, donaciones frecuentes de sangre o menstruaciones abundantes, o un consumo excesivo, como el embarazo, pueden desenmascarar o agravar un SPI hasta entonces latente o asintomático.

Durante el embarazo, particularmente durante los últimos meses, hasta el 20% de las mujeres desarrollan el SPI. Después del parto, a menudo los síntomas desaparecen. No obstante, existe una relación clara entre el número de embarazos y las posibilidades de desarrollar SPI crónico.

Se desconoce cuál es el mecanismo por el cual el embarazo empeora o desencadena el SPI.

En el puerperio los síntomas suelen desaparecer o mejorar drásticamente, lo que indica la influencia hormonal, quizás por la acción del estradiol o la prolactina sobre la transmisión dopaminérgica.

La asociación de SPI con el embarazo parece tener un marcado componente familiar, relacionándose también con bajos niveles séricos de hierro y de ferritina, y altos niveles de estrógenos durante el embarazo. Posiblemente, la deficiencia de vitamina D y sus efectos sobre el metabolismo del calcio también puede desempeñar un cierto papel

En cualquier caso, el SPI durante el embarazo se asocia con un incremento del riesgo de padecer algunas complicaciones, incluyendo preeclampsia y necesidad de cesáreas. Por otro lado, determinados fármacos con propiedades antidopaminérgicas de acción central pueden estar relacionados o incluso inducir una sintomatología similar al SPI; entre ellos, cabe citar a ciertos antieméticos (proclorperazina, metoclopramida), antiepilépticos (fenitoína, droperidol), antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos de tipo fenotiazínico (clorpromazina, etc.) y butirofenonas (haloperidol, etc.), así como algunos antihistamínicos (difenhidramina) y antidepresivos que aumentan la serotonina (sertralina, citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina. Fluoxetina se ha asociado con mayor frecuencia a SPI en mujeres. Citalopram, paroxetina y amitriptilina se han relacionado con SPI en hombres.)

Mirtazapina es un antidepresivo con el que se han reportado un alto número de casos. Por el contrario bupropión, que modula el sistema dopaminérgico, se asocia a reducción de los síntomas, por lo que puede considerarse una buena

alternativa como antidepresivo en aquellos pacientes que padecen de SPI.

Respecto a los antipsicóticos, se han reportado casos asociados a haloperidol, olanzapina, risperidona, quetiapina, aripiprazol y clozapina.

Asimismo, tóxicos o drogas como la cafeína, el alcohol y el tabaco pueden agravar o provocar los síntomas en los pacientes con predisposición a desarrollar el SPI, de forma que una reducción o la eliminación total de tales sustancias puede ayudar a aliviar los síntomas.

El SPI también se observa en pacientes con lesiones de la médula espinal y con neuropatías periféricas. En algunas ocasiones se ha observado en casos de osteoartrosis vertebral sin lesión neurológica conocida.

Habrá que tener en cuenta que procesos dolorosos como las neuropatías de fibra fina, las alteraciones medulares, la enfermedad de Parkinson, la fibromialgia o las alteraciones articulares, pueden imitar un SPI, pero en estos casos el proceso va a evolucionar como la enfermedad de base y el tratamiento debe ser el indicado para esta, mientras que obtendremos escaso beneficio con el tratamiento específico de SPI. Con lo cual se puede deducir que el SPI secundario no es una patología con una identidad real propia, sino un conjunto de síntomas derivados de las consecuencias o el curso de otras entidades patológicas conocidas, mientras que el SPI idiopático o primario si es una enfermedad en sí misma.

También se observa en el 50% de los pacientes con insuficiencia renal y uremia, si bien tiende a mejorar tras el trasplante renal. Es especialmente importante en pacientes en hemodiálisis. El trastorno por movimientos periódicos de las piernas es frecuente entre las personas con narcolepsia y trastorno de conducta del sueño REM.

Los factores de riesgo pueden incluir un estilo de vida sedentario, el tabaquismo y la obesidad:

- Insuficiencia venosa: la esclerosis de las varices mejora la clínica en los pacientes tratados.
- Otros: Neuropatía diabética, Esclerosis múltiple, Artritis reumatoide, Enfermedad de Sjögren, fibromialgia: estudios aislados han hallado una mayor prevalencia en estos pacientes.

CLÍNICA.

Las sensaciones desagradables son difíciles de describir, definiéndolas como hormigueo, quemazón, presión, dolor, tirantez, burbujeo, inquietud o de-

sasosiego, son experimentadas en el interior de la pierna, entre la rodilla y el tobillo, aunque pueden afectar a las extremidades inferiores completas, e incluso pueden darse también en los brazos, tronco y cara. Generalmente son bilaterales, aunque pueden ser unilaterales.

Los pacientes suelen negar punzadas, o rasgos de dolor neuropático, comúnmente encontradas en las neuropatías o atrapamiento nervioso, aunque puede coexistir con SPI. Además de lo anterior estas sensaciones son referidas como profundas y por debajo de las rodillas.

Estas sensaciones anormales (parestesias o disestesias) varían ampliamente en intensidad, pudiendo ir desde molestas a irritantes o, en caso extremos, dolorosas. La urgencia de mover las piernas se asemeja a una compulsión. El paciente consigue controlar durante un tiempo el impulso de mover la extremidad, pero cuanto más está sin moverse mayor es la necesidad de hacerlo. Las molestias se alivian o desaparecen cuando los sujetos se mueven, caminan o frotan sus piernas.

La necesidad de mover las piernas mejora al movimiento, empeora con el descanso (ya sea acostado o sentado). Presenta un empeoramiento a últimas horas de la tarde o por la noche y una pequeña mejoría en la mañana después de levantarse, y en muchos casos las molestias desaparecen o disminuyen notablemente durante el día. La intensidad se correlaciona de forma inversa con la curva de temperatura corporal.

La gravedad de los síntomas puede hacer que el paciente tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño porque la molestia en las piernas lo obliga a levantarse. Esta situación puede mantenerse hasta la madrugada, cuando finalmente la oscilación circadiana permite una disminución de la intensidad y le permita conciliar el sueño. Por consecuencia, el paciente va desarrollando un estado permanente de fatiga y desconcentración durante el día, afectando a su actividad laboral, a sus relaciones personales y al desarrollo de las actividades cotidianas.

En los casos más leves de SPI, los síntomas ocurren de forma episódica y la interrupción del sueño solo es temporal y generalmente al comienzo del sueño, produciendo una escasa incomodidad al paciente. En los casos moderadamente graves, los síntomas ocurren solamente una o dos veces a la semana, pero afectan de forma relevante a la conciliación del sueño, con alguna interrupción en el funcionamiento durante las horas del día. En los casos más graves, los síntomas ocurren más de dos veces a la semana y resultan en una interrupción sustancial

del sueño y en un deterioro del funcionamiento en las horas diurnas. Además de afectar a la calidad del sueño, el SPI puede ocasionar somnolencia durante el día y facilitar el desarrollo de cuadros de ansiedad y depresión.

Aunque el SPI suele ser continuo y progresivo, algunas personas pueden experimentar oscilaciones en cuanto a la intensidad de la clínica que puede durar semanas, meses o incluso algunos años. Estos altibajos suceden generalmente en las etapas tempranas del SPI; no obstante, los síntomas tienden a empeorar con el tiempo.

Además, más del 80 por ciento de las personas con Síndrome de Piernas Inquietas también sufren un trastorno de movimiento periódico de una extremidad (Periodic Limb Movement Disorder, PLMD), caracterizado por movimientos involuntarios bruscos de las piernas que ocurren durante el sueño, habitualmente cada 10 a 60 segundos, incluso durante toda la noche. Por lo general, los pacientes refieren un sueño nocturno fragmentado o una somnolencia diurna excesiva. Es típico que no sean conscientes de los movimientos y de los breves despertares que les siguen. Tampoco tienen sensaciones anormales en las extremidades. Estos movimientos son involuntarios, a diferencia del síndrome de piernas inquietas.

Los movimientos periódicos de las piernas también son llamados mioclonías nocturnas; se caracterizan por movimientos de flexión de las extremidades inferiores a la altura de la rodilla y el tobillo, con extensión del dedo grueso y relajación lenta. El movimiento tiene una duración de 0,5 a 5 s y aparecen a intervalos de 20 a 40 s.

Estos movimientos ocurren de manera organizada y repetitiva, al unísono o individualmente en ciclos de muchos minutos de duración. Aparecen predominantemente durante el sueño no REM ligero y disminuyen durante el sueño no REM profundo, desapareciendo durante el sueño REM.

Una de las complicaciones más importantes del Síndrome de Piernas Inquietas es el fenómeno de potenciación que puede afectar a entre 20 y 80% de los pacientes tratados. Consiste en un empeoramiento de la sintomatología, con un inicio más precoz de los síntomas, incluso ya en la tarde, con menor latencia de reposo, y con afectación de otros segmentos corporales como extremidades superiores y tronco, y una mayor severidad de síntomas y menor respuesta a la terapia. Un factor en su desarrollo es que el paciente tenga niveles bajos de ferritina al inicio de la terapia y sea tratado con dosis de dopaminérgicos mayores a lo recomendado.

La severidad del cuadro fue determinada con la escala de severidad del SPI propuesta por el GIEPII, que mide la severidad con 10 parámetros, como son: inten-

sidad de síntomas, necesidad de moverse, alivio obtenido, alteración del sueño, cansancio derivado de estas molestias, frecuencia semanal, duración diaria, interferencia con actividades diarias y consecuencias en el ánimo. Cada uno de estos ítems se cuantifica de 0 (nunca) a 4(muy severo), lo que estratifica cinco niveles de severidad: Muy severo: 31-40 puntos, severo 21- 30, moderado 11-20, leve: 1-10, ausente: 0.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica, donde se debe incluir descripción de las molestias por el paciente, la edad de inicio, el número de días con síntomas, hora de presentación y las zonas del cuerpo a las que afecta, si hay historia familiar y el impacto en la calidad de vida. Los criterios diagnósticos publicados en 1995 por el Grupo Estudio Internacional del Síndrome Piernas Inquietas, posteriormente fueron revisados en 2002 en el consenso del Instituto Nacional de Salud celebrada en Bethesda Estados Unidos.

Esenciales:

1. Urgencia o irresistible necesidad de mover las piernas, acompañada de sensación desagradable en ellas. Lo más común es que los síntomas se localicen entre el tobillo y la rodilla, unilateral o bilateralmente, pero pueden afectar a toda la extremidad.
2. Los síntomas ocurren o empeoran durante el sueño, el reposo o la inactividad. Los síntomas son más intensos cuanto más se prolonga el reposo.
3. Los síntomas mejoran total o parcialmente moviendo las piernas. El alivio, no siempre completo, aparece normalmente de forma inmediata y se mantiene, al menos, tanto tiempo como dura el movimiento, que consiste más frecuentemente en caminar, friccionar las piernas o flexionarlas y extenderlas.
4. Los síntomas empeoran o aparecen principalmente al atardecer o durante la noche. El sujeto sin tratamiento alcanza la máxima sintomatología entre las 12:00 de la noche y las 4:00 de la madrugada y el máximo alivio entre las 6:00 de la mañana y las 12:00 del mediodía. En los casos muy graves, los síntomas pueden ser constantes a lo largo de todo el día.

De apoyo

1. Movimientos periódicos de las extremidades (PMS) durante la vigilia o el sueño. El 85 % de los pacientes con SPI tienen PLMS durante la vigilia o el sueño, sin embargo no ocurren en todos los pacientes y no son suficientemente específicos para SPI ya que pueden ocurrir en una variedad de trastornos o aun en pacientes normales como los ancianos.
2. Antecedentes familiares.

3. Buena respuesta al tratamiento dopaminérgico. Una respuesta positiva a la terapia dopaminérgica es casi universal.

Criterios clínicos asociados

- Curso clínico variable pero típicamente crónico y, a menudo, progresivo. Hasta el 60 % de los pacientes refiere que sus síntomas son cada vez más graves pero pueden producirse remisiones temporales y, en casos leves, desaparecer permanentemente.
- Exploración física normal.
- Alteraciones del sueño. Con frecuencia son la principal causa de morbilidad y el motivo de consulta. Más del 90 % refiere dificultades para iniciar o mantener el sueño, lo que ocasiona una excesiva somnolencia diurna. Las alteraciones del sueño son caracterizadas por un incremento en la latencia del sueño, fragmentación del sueño, un tiempo total de sueño (TTS) marcadamente reducido y una disminución del sueño REM.

La principal diferencia en la calidad diagnóstica de los criterios clínicos del SPI de soporte y los esenciales es que los de soporte no ocurren en todos los pacientes, sin embargo son especialmente importantes en pacientes con diagnósticos complicados de SPI, la presencia de uno o más de estas características fundamentan el diagnóstico

Actualmente, se utiliza una escala específica para valorar y cuantificar los síntomas subjetivos del SPI, la escala IRLS (International Restless Legs Syndrom). Es válida tanto para un primer diagnóstico como para seguimiento en los pacientes ya diagnosticados. Consta de diez apartados puntuables, cada uno de ellos en una escala de 0 a 4, que reflejan los siguientes aspectos:

- Intensidad de las molestias en miembros inferiores y superiores.
- Necesidad de movimiento.
- Mejoría con el movimiento.
- Trastornos del sueño por SPI.
- Fatiga y somnolencia diurna debido al SPI.
- Valoración global del SPI.
- Frecuencia de síntomas.
- Duración de los síntomas a lo largo de un día habitual.
- Impacto de los síntomas sobre las actividades diurnas.
- Impacto de los síntomas sobre el estado de ánimo.

Mediante la suma de estos apartados se obtiene una puntuación total con un valor que oscila entre 0 y 40. Los sujetos cuya puntuación total es 0 no presentan

SPI, entre 1 a 10 sufren un SPI leve, de 11 a 20 presentan un SPI moderado, entre 21 y 30 padecen un SPI intenso y de 31 a 40 un SPI muy intenso. Habitualmente, en los ensayos clínicos realizados para establecer la eficacia de medicamento en esta indicación, se incluyen pacientes con una puntuación IRLS superior a 15.

Las limitaciones de esta escala son:

1. La puntuación obtenida depende excesivamente del recuerdo que tenga el paciente de la última semana y no del curso completo de la enfermedad.
2. No incluye ninguna evaluación de los síntomas motores y no se ajusta en relación con la actividad física realizada.
3. En los estudios clínicos se ha mostrado muy sensible al efecto placebo.

Con todo, la escala IRLS es la más ampliamente utilizada en clínica, habiéndose establecido por consenso que existe una mejoría clínicamente significativa cuando la puntuación en la escala IRLS disminuye en un paciente seis o más puntos con respecto a la basal.

Por su parte, la escala RLS-6 (SPI-6 en castellano) consta de seis subescalas, cada una de las cuales se puntúan entre 0 (“nada”) y 10 (“máximo”). Estas subescalas son muy sensibles para detectar cambios en la intensidad sintomática en estudios diseñados para cuantificar la respuesta a un fármaco y para diferenciar el tratamiento activo del placebo. La gravedad del SPI es valorada atendiendo a cuatro parámetros, relativos a la intensidad del SPI al inicio del sueño, a lo largo de la noche, durante el día en reposo y durante el día mientras se realizan actividades diurnas.

La exploración física generalmente es normal en pacientes con SPI y está destinada a identificar las causas secundarias y descartar otros trastornos. Incluirá: exploración neurológica centrada en la médula espinal y nervios periféricos, y exploración vascular para descartar trastornos circulatorios.

Exámenes de laboratorio

La ferritina sérica, las pruebas de función renal y la glucemia son pruebas de laboratorio que deben ser solicitadas una vez hemos diagnosticado SPI para encontrar posibles causas secundarias del SPI.

Ferritina sérica: los niveles menores de ferritina sérica han sido asociados con un incremento en la severidad del SPI. Si el nivel es menor de 45 a 50 ug/ml, debe de iniciarse reemplazo con hierro y realizar controles cada 3 a 4 meses, hasta que los niveles sean mayores 50 ug/ml, y el porcentaje de saturación de hierro este por encima del 20 % .

La polisomnografía no es necesaria. El diagnóstico se basa en la anamnesis del enfermo. Se reserva para casos con diagnóstico dudoso, insomnio grave y/o falta de eficacia del tratamiento dopaminérgico, en sujetos de menos de 30 años con SPI grave.

El diagnóstico de los PLM requiere la realización de una polisomnografía, que permite documentar los movimientos en las piernas. El trastorno por PLM está caracterizado por la presencia de un número significativo de PLM (≥ 5 por hora de sueño) y un trastorno clínico de sueño o fatiga diurna, en ausencia de otra causa que justifique estos síntomas. Aunque es un hallazgo inespecífico, el trastorno por PLM apoya el diagnóstico de SPI1.

Las velocidades de conducción nerviosa (VCN) y el electromiograma (EMG) se pueden realizar en pacientes sin historia familiar de SPI; presentaciones atípicas como las sensaciones en topografía diferente a los pies o dolor superficial, en los casos con predisposición para la neuropatía, por ejemplo: diabetes o cuando los síntomas físicos y signos son consistentes con la neuropatía periférica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Deben incluirse:

- Calambres nocturnos de las piernas: consisten en contracciones dolorosas, involuntarias, mantenidas y paroxísticas de los músculos de la pantorrilla o el pie, particularmente comunes en los ancianos y durante el embarazo. Puede conseguirse alivio manteniéndose en pie o con la dorsiflexión de los pies, pero este no es inmediato.
- Acatisia: inquietud motora sin sensación desagradable acompañante, que no presenta variaciones a lo largo del día. Suele aparecer en sujetos tratados con neurolépticos o sustancias antidopaminérgicas. Habitualmente no están presentes las parestesias ni existen MPP (movimientos periódicos de la extremidad).
- Neuropatías periféricas: disestesias que no causan una necesidad imperiosa de mover las piernas ni ceden con la actividad motora, ni empeoran al anochecer o antes de acostarse. Debe tenerse en cuenta que los pacientes con neuropatía periférica pueden sufrir SPI asociado.
- Síndrome de piernas dolorosas y movimientos de los dedos. Es un raro trastorno de dolor en los pies o las extremidades inferiores, que incluye movimientos involuntarios de los dedos, visibles en la exploración, que no se alivian con el movimiento y que desaparecen en el sueño. Este trastorno se ha observado en las lesiones radicales o de los nervios periféricos o con lesiones traumáticas mínimas en las piernas. Los movimientos mejoran con la marcha pero no hay

una clara relación con el sueño

-Mioclono del sueño. Debe diferenciarse del mioclono hipóxico o del inicio del sueño, del mioclono fragmentario y del mioclono de origen espinal.

-Insuficiencia arteriovenosa: presenta empeoramiento sintomatológico con el movimiento, mejoría de la clínica con el reposo, y existen cambios de coloración de la piel. Para aclarar el diagnóstico puede realizarse una Pletismografía y/o Doppler de miembros inferiores.

-Otros cuadros clínicos: el parkinsonismo con síntomas sensitivos, las disquinesias inducidas por fármacos, la artritis, la fibromialgia. Una historia clínica exhaustiva que incluya exploración neurológica detallada pueden descartar estos diagnósticos.

TRATAMIENTO.

El tratamiento es sintomático. Antes de comenzar es fundamental indagar comorbilidades, causas primarias o situaciones que pudieran estar empeorando los síntomas: deficiencia de hierro (ferritina < 75 ng/mL), mala higiene del sueño (deprivación), uso de alcohol y tabaco, y uso de fármacos (antagonistas dopaminérgicos, antihistamínicos, etc.).

El objetivo del tratamiento farmacológico es paliar los síntomas, pero no actúa sobre las causas de la enfermedad ni modifica su curso evolutivo. Dado que la fisiopatología del SPI idiopático se relaciona con defectos del sistema dopaminérgico, del metabolismo del hierro y con los mecanismos de control del dolor, las estrategias terapéuticas están diseñadas para reponer los trastornos del sistema dopaminérgico (agonistas dopaminérgicos) y los del metabolismo del hierro (suplementos del hierro), o para aliviar el dolor (moduladores $\alpha 2\delta$, opioides).

La terapia farmacológica debe limitarse a los pacientes que sufren síntomas clínicamente relevantes. Las formas de SPI crónico deben ser tratadas, ya sea con un agonista dopaminérgico no ergótico (pramipexol, ropinirol y rotigotina) o un ligando α -2- δ de los canales de calcio (gabapentina, gabapentina enacarbil, y pregabalina). Los agonistas dopaminérgicos representan el tratamiento más común para los síntomas del SPI. El uso de los ligandos α -2- δ de los canales de calcio debe ser considerado, por lo menos, para el tratamiento inicial de los pacientes con SPI con insomnio comórbido, ansiedad o dolor.

Agentes dopaminérgicos:

Su administración a largo plazo produce potenciación sintomática (augmentación), especialmente a dosis ≥ 200 mg, lo que es desencadenado por una estimulación dopaminérgica intensa y la probable sobreestimulación de receptores

D1. Se entiende que ocurre potenciación sintomática o aumentación cuando los síntomas co-miencen a ocurrir más temprano de lo habitual, su intensidad se incrementa, se comprometen partes del cuerpo que antes no estaban afectadas o ambas manifestaciones.

La levodopa es considerada efectiva tanto en SPI idiopático como en pacientes con SPI y en diálisis. Es precursor de la dopamina, no requiere titulación y su concentración plasmática máxima se alcanza entre 0,5 y 2 h. Por lo que respecta a la levodopa (asociada a un inhibidor de la dopa descarboxilasa, como la carbidopa), se trata del primer medicamento utilizado en esta indicación que demostró una eficacia objetiva.

El uso prolongado de la levodopa presenta dos problemas que limitan la utilidad: un fenómeno de rechazo y otro de aumento. El fenómeno de rechazo es consecuencia de la breve semivida de eliminación de la levodopa, ya que en mitad de la noche los pacientes experimentan una recurrencia de su sintomatología, debido a la reducción de los niveles de dopamina circulante proveniente de la levodopa. La adición de un preparado de liberación sostenida puede retrasar la aparición del rebote hasta la mañana, aunque la eficacia a largo plazo de esta estrategia no está bien establecida. Sin embargo, el fenómeno de aumento es un problema grave de la levodopa, ya que los síntomas se presentan más temprano durante el día; pueden ser más graves y tardar menos en aparecer tras el reposo y pueden aparecer en partes del cuerpo no involucradas anteriormente, como por ejemplo los brazos. Hasta más de un 80% de los pacientes tratados con levodopa pueden experimentarlo. Fue descubierto inicialmente durante el tratamiento con levodopa, pero posteriormente se ha descrito con todos los fármacos dopaminérgicos usados en SPI, aunque con una frecuencia considerablemente menor que con levodopa.

Con frecuencia, el fenómeno de aumento se inicia bajo la forma de tolerancia farmacológica, esto es, una disminución progresiva de la respuesta terapéutica al fármaco a medida que avanza el tratamiento, pero posteriormente se aprecia una respuesta paradójica de forma que cualquier incremento en su dosis ocasiona un empeoramiento de los síntomas mientras que la reducción de dosis conduce a su mejoría. El aumento puede llegar a constituir una complicación importante, obligar a cambiar de tratamiento y constituye la principal causa de fracaso terapéutico en el SPI.

Entre las medidas preventivas del fenómeno de aumento se encuentran el evitar los valores bajos de hierro y evitar en lo posible la coadministración de antidepre-

sivos, antidopaminérgicos y antihistamínicos. No obstante, una vez instaurado el fenómeno de aumento, es aconsejable reducir progresivamente la dosis del fármaco causal, ya que la interrupción brusca podría ser contraproducente. Si el fenómeno de aumento es aún leve se puede cambiar el agonista dopaminérgico inductor por otro de efecto más sostenido y, en casos más graves, será preferible introducir lentamente un medicamento con un mecanismo de acción diferente.

En definitiva, aunque la levodopa (100-200 mg, antes de acostarse) ha demostrado ser eficaz para el tratamiento a corto y medio plazo (12-30 semanas) del SPI y continúa siendo útil para los pacientes que tienen síntomas intermitentes graves y en cortos periodos de tiempo sin superar una dosis de 100-200 mg como máximo 2 días por semana, aunque tal indicación no ha sido oficialmente reconocida en España.

Además, tras la progresiva incorporación de los agonistas dopaminérgicos en clínica, varios ensayos clínicos controlados que compararon la levodopa con la cabergolina, la pergolida y el pramipexol mostraron un mejor perfil de estos últimos.

Los agonistas dopaminérgicos sintéticos se administran en compuestos sintéticos de estructura parecida a la dopamina, con vida media más larga que Levodopa clínica.

Se dividen en:

1. No derivados de ergolina (lisurida, pramipexol, ropinirol, y rotigotina). La incidencia de potenciación sintomática es mayor con los agentes de vida media más corta (pramipexol, ropinirol).

Han sido oficialmente autorizados para esta indicación en España pramipexol (EFG, Mirapexin), rotigotina (Neupro) y ropinirol (EFG, Adartrel, Requip).

Su fundamento científico es potenciar la actividad de los circuitos neuronales interconectados con dopamina, supuestamente deficientes en el SPI, como ocurre en la enfermedad de Parkinson; de hecho, su utilización deriva de su empleo terapéutico en esta última.

Se han comunicado también buenos resultados con tratamientos cortos con levodopa asociada a carbidopa (EFG, Sinemet), aunque muchos de los pacientes pueden desarrollar lo que se conoce como aumento o acrecentamiento, y por tanto los síntomas del SPI se reducen por la noche pero comienzan cada vez más temprano durante el día, suele ser más graves e incluso pueden aparecer en extremidades antes no afectadas, como los brazos.

- Ropinirol es el de más rápido comienzo de acción. Se administra 0,25 mg de

ropinirol VO 1 a 3 horas antes del inicio de los síntomas y se aumenta, según sea necesario, en 0,25 mg cada noche (dosis máxima 4 mg). En general, puede afirmarse que el pramipexol, con dosis de 0,25 a 0,75 mg/d, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento a corto y largo plazo del SPI. Se asocia a un riesgo moderado de inducir fenómeno de Potenciación o Aumento. En cualquier caso, los porcentajes de estos fenómenos son inferiores a los que se observan en pacientes tratados con levodopa ($\geq 80\%$) y, de hecho, parecen más proclives a ocurrir en pacientes que los habían presentado anteriormente con la levodopa. Su tolerabilidad es buena, siendo los efectos adversos observados son los propios de los agentes dopaminérgicos (náuseas, vértigo, hipotensión y somnolencia diurna, a veces repentina).

- El pramipexol es un estimulante D2 y D3. A dosis de entre 0,25 y 0,75 mg/día ha demostrado ser eficaz en el tratamiento a corto plazo. Se administran 0,125 mg de pramipexol VO 2 horas antes del inicio de los síntomas moderados a graves y se aumentan, según las circunstancias, 0,125 mg cada 2 noches hasta remediar los síntomas (dosis máxima de 0,5 mg). Disminuye los PLMS y por su vida media corta presenta alto riesgo de potenciación sintomática.

- La rotigotina, agonista D1, D2 y D3, se usa en parche transdérmico de 24 h de duración de baja dosis (2-3 mg), los efectos benéficos persisten hasta por 6 meses, sin signos de potenciación sintomática. El parche de rotigotina (1 mg//4 h) se aplica inicialmente en cualquier momento durante el día; la dosificación se incrementa según sea necesario por 1 mg/24 h a intervalos semanales, hasta 3 mg/24 h. Facilita la adherencia al tratamiento y limita la incidencia de algunos de los efectos adversos atribuibles al fármaco. Dada su forma de administración, el efecto secundario más frecuente es la irritación cutánea local, mientras que la frecuencia de efectos secundarios típicamente dopaminérgicos, como las náuseas, parece ser inferior a la observada con otros agonistas.

2. Derivados de ergolina (pergolide, cabergolina). Pergolide y cabergolina no debieran recomendarse debido a su asociación con fibrosis valvular. Un problema importante con los agonistas de la dopamina es el trastorno del control de los impulsos. Varios de esos trastornos han sido descritos luego del uso de los agonistas de la dopamina en la enfermedad de Parkinson, como el temblor patológico, las compras compulsivas, la hipersexualidad y la comida compulsiva.

Esos problemas también son comunes en los pacientes con SPI tratados con estos fármacos a dosis elevadas, con antecedente del uso experimental de fármacos, sexo femenino y el antecedente familiar de juego compulsivo. El trastorno de control de los impulsos afecta a casi 1 de cada 5 pacientes con SPI que reciben agonistas de la dopamina

En la actualidad, las guías basadas en la evidencia no indican un agonista de la dopamina en particular, aunque el EURLSSG recomienda la rotigotina, la cual se administra en forma de parches y brinda concentraciones plasmáticas durante las 24 horas para los pacientes con síntomas diurnos graves.

Agentes no dopaminérgicos.

1. Moduladores $\alpha 2\delta$: Disminuyen el flujo de Ca^{++} en la terminal presináptica, reduciendo la actividad glutamatérgica.

La gabapentina se usa en SPI leve en combinación con neuropatía dolorosa o asociado a desordenes neurodegenerativos como Parkinson o demencia. La gabapentina puede ayudar a aliviar los síntomas del síndrome de las piernas inquietas y se utiliza cuando se acompaña de dolor. La dosificación comienza con 300 mg al acostarse y se puede incrementar 300 mg a la semana (hasta una dosis máxima de 900 mg VO 3 veces al día). Sin embargo, este fármaco no está aprobado para el tratamiento del síndrome de las piernas inquietas. La incidencia e intensidad de los efectos adversos, tales como mareos, vértigo, fatiga, confusión, somnolencia y edema periférico, puede reducirse significativamente con un escalado lento y paulatino de la dosis.

El enacarbilo de gabapentina, un profármaco de la gabapentina, pueden ayudar a aliviar los síntomas del síndrome de las piernas inquietas y está aprobado para esta indicación. La dosis recomendada es de 600 mg 1 vez al día, tomados con las comidas aproximadamente a las 5 PM. Sus efectos adversos más frecuentes incluyen somnolencia y mareos.

La pregabalina en dosis de 150 a 450 mg, 1-3 h antes de acostarse, ha demostrado ser efectiva en SPI idiopático moderado a severo. Es eficaz para tratar el SPI a corto (12semanas) y largo plazo (1 año), con una eficacia similar al pramipexol y una menor incidencia de aumento que éste. Sus efectos adversos son similares a los de la gabapentina, especialmente somnolencia y mareo, sobre todo al inicio del tratamiento.

2. Opioides:

Su utilidad se debe a su implicación en la modulación de la transmisión dopaminérgica, así como a la activación del propio sistema opioide endógeno, ya que en el SPI se ha encontrado una disminución de beta-endorfinas y metencefalinas a nivel talámico. Deben considerarse cuando hubo potenciación sintomática grave con agonistas dopaminérgicos o en quienes presentan síntomas de casi 24 h de duración. Se consideran fármacos útiles en pacientes con SPI que presentan neuropatía o disestesias dolorosas.

La combinación oxycodona-naloxona de liberación retardada (Targin®) se considera efectiva en pacientes con SPI grave o resistente. Ha mostrado ser útil para la mejora sintomática y la reducción del trastorno de movimiento periódico de una extremidad durante el sueño. Ha sido autorizado oficialmente para el tratamiento sintomático de segunda línea de los pacientes con síndrome idiopático de piernas inquietas grave a muy grave tras fracaso con terapia dopaminérgica. Su perfil de efectos adversos es el típico en los opioides, siendo los más frecuentes fatiga, estreñimiento, náuseas, dolor de cabeza, hiperhidrosis, somnolencia, sequedad de boca y prurito, y no se han descrito casos de Aumento.

La metadona a dosis de entre 10 y 20 mg/día ha demostrado ser eficaz en el tratamiento a largo plazo. Por su potencial toxicidad y riesgo de dependencia, solo debería considerarse su uso en pacientes refractarios.

El uso de vitamina C (200 mg) y E (400 mg) podría ser eficaz en pacientes urémicos con SPI.

Terapia con hierro en adultos.

Si los niveles de ferritina sérica son $< 50-75 \mu\text{g/l}$ o la saturación de transferrina es menor a 20%, debería considerarse indicar hierro. La administración endovenosa de carboximaltosa férrica (100 mg), es considerada eficaz.

La evidencia es insuficiente sobre la efectividad del sulfato ferroso oral en SPI; podría ser útil en pacientes con niveles bajos de ferritina, aunque no están estandarizados los criterios para identificar los mejores respondedores y, por otro lado, se necesitan seleccionar las formulaciones y la duración del tratamiento óptimos. El sulfato ferroso con vitamina C dado entre las comidas es el régimen recomendado, si es tolerado se da 325 mg tres veces al día con 100 a 200 mg de Vitamina C, con el estómago vacío. No debe darse empíricamente por el riesgo de sobrecarga, con especial cuidado en pacientes en quienes se sospecha hemocromatosis.

Relajantes musculares.

Las benzodiacepinas no eliminan la sensación en las piernas y pueden causar somnolencia durante el día. Un sedante comúnmente utilizado para el síndrome de las piernas inquietas es el clonazepam (Klonopin). Generalmente, sólo se administran si ningún otro tratamiento proporciona alivio.

Tratamiento no farmacológico.

Para aquellos con síntomas leves a moderados, la prevención es la clave. Las medidas sobre el estilo de vida son muy importantes. Es importante mantener un horario regular de sueño, realizar ejercicio físico moderado, principalmente a

última hora de la tarde y de tipo aeróbico, y reducir el consumo de café, tabaco y alcohol. También es importante evitar ciertos fármacos que pueden empeorar los síntomas, por sus efectos antidopaminérgicos.

Tomar un baño caliente, darse masajes en las piernas o aplicarse una bolsa de agua caliente – o, por el contrario, con hielo, puede ayudar a aliviar los síntomas en algunos pacientes.

Embarazo y lactancia.

El SPI suele aparecer al tercer trimestre y desaparece tras el parto. Se recomienda intentar primero el tratamiento no farmacológico, mantener suplementos de hierro durante el embarazo, y si es necesario puede administrarse hierro parenteral. Todos los fármacos usados para el SPI son de riesgo C o D. Si es necesario el tratamiento, se pueden dar opiáceos en el segundo o tercer trimestre, a la dosis mínima eficaz y el mínimo de tiempo. También hay que evitar fármacos durante la lactancia. En caso de necesidad se puede usar codeína o propoxifeno con precaución.

PRONÓSTICO.

La evolución del proceso suele ser crónica y lentamente progresiva (aumento de intensidad con el tiempo). Al principio, se manifiesta de forma esporádica, con molestias leves que no interfieren de forma significativa con la vida de los sujetos que lo padecen y con el paso del tiempo la intensidad de síntomas es cada vez mayor y más frecuente

El insomnio es la principal consecuencia del Síndrome de Piernas Inquietas. El deterioro crónico del descanso nocturno produce un efecto negativo en la capacidad de concentración durante el día, que puede afectar a su capacidad de trabajo y de participar en actividades sociales y de ocio. Asimismo, puede causarle trastornos del estado de ánimo como cuadros de ansiedad y depresión que repercuten de manera importante sobre la calidad de vida de los pacientes.

Además, parece que hay evidencias que indican que el SPI se asocia con una disregulación metabólica, disfunción autonómica y riesgo de enfermedad cardiovascular, y probablemente esté asociado a la diabetes y la intolerancia a la glucosa, y puede estar escasamente asociado con el índice de masa corporal y la dislipidemia. El SPI durante el embarazo se asocia con un incremento del riesgo de padecer algunas complicaciones, incluyendo preeclampsia y necesidad de cesáreas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Willis-Ekbom, también conocida como Síndrome de las Piernas Inquietas, es un trastorno neurológico sensitivo-motor primario, con una prevalencia no despreciable, que a día de hoy esta infradiagnosticada, y que tiene un cuadro clínico bien definido, un diagnóstico en su mayoría clínico, y para el que disponemos de un arsenal terapéutico sobre el que se sigue investigando y que permite la mejoría del cuadro clínico y sus consecuencias en gran número de paciente. El primer paso para mejorar su diagnóstico y manejo radica en su conocimiento, y con ese fin hemos desarrollado este capítulo.

6 Bibliografía

- Poza Aldea JJ, Sansa Fayos S, Pujol Sabaté M, Puertas Cuesta FJ, Iranzo de Riquer A, García Borreguero D. Sociedad Española de Neurología. Sociedad Española del Sueño. Síndrome de piernas inquietas (2013).
- Rubí G Patricia. Síndrome de piernas inquietas/Willis Ekbom desde la mirada del psiquiatra. Rev Med Chile 2018; 146: 1041-1049
- Trotti LM, Becker LA; Iron for the treatment of restless legs syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD007834. DOI:10.1002/14651858.CD007834.pub3.
- Montes Gaviria Isabel. Restless leg syndrome: diagnostic and therapeutical approach. Acta Neurol Colomb 2009; 25:84-90).
- Pérez-Romero T, Comas-Fuentes A, Debán-Fernández M, González-Nuevo Quiñones JP, Maujo-Fernández J. Prevalencia del síndrome de piernas inquietas en las consultas de atención primaria. Rev Neurol. 2007; 44: 647-51.
- A. Alcántara-Montero A., González-Curado A. Opioides para el síndrome de piernas inquietas. Revista de la Sociedad Española del Dolor versión impresa ISSN 1134-8046. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.24 no.3. Madrid. may. /jun. 2017
- Miranda C. Marcelo, Hudson A. Lorena. Síndrome de piernas inquietas (enfermedad de Willis-Ekbom): seguimiento a largo plazo de una serie de pacientes. Rev Med Chile 2016; 144: 1561-1566.
- P. Boned Blas P, Gonzalo Alfaro M.T. Síndrome de las piernas inquietas. Med Integral 2002; 40(3):118-21
- Allen y cols. Síndrome de las piernas inquietas. Sleep Medicine 2003, 4(2):101-119).
- Asociación Española de Síndrome de Piernas Inquietas.
- Restless Legs Syndrome Foundation.

- European Alliance for Restless Legs Syndrome.
- International RLS Study Group.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Síndrome de las piernas inquietas.
- www.ses.org.es › docs › guias-spi
- <https://www.mayoclinic.org>
- <https://scielo.conicyt.cl> ›
- <http://www.elsevier.es>
- <http://www.iis.es>
- <http://cfnavarra.es>
- <https://www.medigraphic.com/pdfs>
- <https://medlineplus.gov/spanish/restlesslegs.html>

Capítulo 10

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO POR LIPOMA RECTAL.

ANA MILENA MUÑOZ

1 Introducción

La invaginación intestinal es una causa importante de abdomen agudo, que hasta en un 95% de los casos ocurre en niños. En adultos es una entidad infrecuente, generalmente causada por una lesión focal que actúa como punto invaginante.

2 Objetivos

El objetivo principal es dar a conocer lo inusual de esta patología en adultos y la dificultad de su diagnóstico clínico. Reconocer las imágenes típicas de invaginación es imprescindible para detectar precozmente esta entidad.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 61 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias con dolor abdominal, fiebre y sensación de prolapso rectal. A la exploración presentaba abdomen blando y depresible, con defensa voluntaria a la palpación en hipogastrio. Se realizó tomografía computarizada (TC) urgente que mostró gran invaginación colo-colónica con lipoma rectal como cabeza de la invaginación.

4 Resultados

La paciente fue sometida a resección colónica parcial donde se confirmaron los hallazgos con la existencia de un segmento de colon de 27 centímetros de longitud plegado sobre sí mismo y lipoma como lesión subyacente. La evolución fue satisfactoria sin complicaciones y con alta hospitalaria temprana.

5 Discusión-Conclusión

La invaginación intestinal en adultos se considera una condición rara, que representa el 5% de todos los casos de invaginaciones y entre el 1-5% de obstrucciones intestinales.

La TC es la prueba de elección para valorar la invaginación como causa de obstrucción intestinal y detectar complicaciones asociadas. El signo típico es la imagen en diana o escarpela, en la que las capas de la pared invaginada e invaginante forman anillos concéntricos en el plano axial o bandas de tejidos blandos en la imagen longitudinal, quedando la grasa y los vasos en el centro de la invaginación.

El mecanismo etiopatológico por alteraciones en el peristaltismo conlleva que un segmento de intestino se introduzca junto a su mesenterio en otro más distal. El prolapso del mesenterio condiciona restricción del retorno venoso pudiendo comprometer el aporte arterial, evento potencialmente mortal que requiere intervención quirúrgica inmediata.

En la mayoría de los casos hay una lesión que actúa como cabeza invaginante. El diagnóstico diferencial atiende a la causa de invaginación e incluye tumores malignos y benignos (lipomas, adenomas y pólipos).

6 Bibliografía

1. Athanasios Marinis, Anneza Yiallourou, Lazaros Samanides, Nikolaos Dafnios, Georgios Anastasopoulos, Ioannis Vassiliou, and Theodosios Theodosopoulos. Intussusception of the bowel in adults: A review. *World J Gastroenterol.* 2009 Jan 28; 15(4): 407–411.
2. Young H. Kim, MD, et al Adult Intestinal Intussusception: CT Appearances and Identification of a Causative Lead Point. *RadioGraphics* 2006; 26:733–744.
3. Jorhe Ahualli, MD The target sign: Bowel wall. *Radiology* 2005; 234:549-550.

Capítulo 11

SARNA

MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO

SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ

1 Introducción

La sarna es una enfermedad causada por parásitos microscópicos llamados ácaros, capaces de infestar la piel de los animales o de los humanos. Constituye un problema frecuente de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, con una mayor prevalencia en las comunidades pobres de los países en vías de desarrollo, aunque puede afectar a cualquier raza, edad y clase socioeconómica. No se considera una enfermedad de declaración obligatoria individual, pero sí lo son sus brotes epidémicos, que pueden afectar a comunidades como geriátricos, hospitales, colegios, etc.

Historia.

La sarna es una enfermedad causada por parásitos microscópicos llamados ácaros. Estos organismos infestan la piel de los animales o los humanos. La infestación también se denomina acariosis. En general, escabiosis es el término utilizado con mayor frecuencia para referirse a casos en humanos, mientras que sarna se utiliza más comúnmente para animales. La Escabiosis es un tipo de sarna generada por una familia en particular de ácaros. La palabra escabiosis proviene del término del latín scabies, cuyo significado es “rugosidad, sarna, lepra, que a su vez deriva del término verbal scabere que significa “rascar, arañar”. En ciencias de la salud el término “Escabiosis” hace referencia a una ectoparasitosis producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, que ha afectado al hombre desde la antigüedad, y cuya principal característica de forma histórica ha sido un intenso prurito.

Hay escritos desde tiempos antiguos sobre enfermedades de la piel cuyas características clínicas coinciden con las de estas parasitosis, pero quien realizó y publicó los primeros dibujos del ácaro fue el médico Giovanni Cosimo Bonomo, en 1687, en colaboración con el biólogo Diacinto Cestoni, en su obra: "Observaciones concernientes a gusanos de la carne del cuerpo humano". El parásito que la produce es un artrópodo de la clase Arachnida, subclase Acari, orden Astigmata y familia Sarcoptidae. Su nombre científico es *Sarcoptes scabiei* var *humanus*: ya que hay variantes de la especie que parasitan a otros animales. Algunos ejemplos serían: var *bovis*, parasita ganando bovino, var *canis* parasita a los perros, var *suis* parasita cerdos y var *ovis* a las ovejas.

Epidemiología.

La sarna es un problema frecuente de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional, con una mayor prevalencia en las comunidades pobres de los países en vías de desarrollo, aunque puede afectar a cualquier raza, edad y clase socioeconómica. Los más afectados por sarna clásica o sarna común suelen ser adultos jóvenes y sobre todo niños menores de dos años. La incidencia de sexos es muy similar y no existen diferencias raciales significativas. Es una parasitosis de la piel producida por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, de distribución universal y afecta a todas las razas y clases sociales. La sarna se ha mantenido en forma endémica en diferentes países, y su epidemiología se ve influenciada por cambios en las condiciones socioeconómicas, y culturales en general, así como migraciones, y situaciones de desastres naturales, que conllevan condiciones de hacinamiento, dificultades de tratamiento y posibles cambios del estado inmunitario de las personas.

Se sostiene que los ciclos epidémicos se producen cada 7 a 15 años aproximadamente y el término "prurito de siete años" transmite la naturaleza periódica de la escabiosis, si no es tratada, aunque dependiendo de la fuente consultada dicha periodicidad se estima en 20-30 años. La prevalencia a nivel mundial se estima en unos 300 millones de casos.

Además, la incidencia de escabiosis en una comunidad también se verá influenciada con la intervención de los equipos de salud, en términos de prevención, diagnóstico, tratamiento precoz y efectivo de los casos y sus contactos. No se considera una enfermedad de declaración obligatoria individual, pero sí lo son sus brotes epidémicos, que pueden afectar a comunidades como geriátricos, hospitales, colegios, etc. Los adultos mayores dependientes, encamados o institucionalizados, y los pacientes con infección por VIH/SIDA y otros pacientes in-

munodeprimidos, son más propensos a la infestación por el *Sarcoptes Scabiei*, presentando además un alto recuento de ácaros en las lesiones de la piel, que origina mayor contagiosidad, con características clínicas definidas y que constituyen en sí mismas un cuadro bien definido denominado “Sarna Costrosa o Noruega”, al que dedicaremos os un apartado específico más adelante. Aunque la infestación por los ácaros de la sarna no es una enfermedad potencialmente mortal, el prurito es persistente y tan intenso que es capaz de alterar la calidad de vida de los pacientes.

Etiología.

Agente. La sarna o escabiosis está causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad hominis, que pertenece a la clase Arachnida, conocido vulgarmente como «arador de la sarna». Este ácaro es un parásito obligado, que penetra la piel humana, vive y se reproduce en ella, siendo incapaz de sobrevivir más de 4 días en el medio ambiente. Es decir, necesita un huésped humano para su supervivencia. *Sarcoptes scabiei* es un ácaro de tamaño pequeño, forma ovoide o redondeada, aplanado dorsoventralmente y no segmentado, con su región dorsal cubierta de cerdas y espinas quitinosas. Posee 4 pares de patas cortas, las 2 anteriores y 2 posteriores están provistas de órganos a modo de ventosas, uñas o carúnculos; las otras patas terminan en unas cerdas largas, que es característico de la especie. En su extremo anterior posee un aparato bucal prominente, con aspecto de cabeza, que le sirve para alimentarse del estrato córneo de la epidermis.

Los ácaros son de color blanquecino, las hembras miden entre 0.3- 0.5 mm por 0.2-0.4 mm de largo y el macho entre 0.2-0.4 mm de ancho y 0.1-0.2 mm de largo, por el color y tamaño se dificulta la visión a simple vista. El ciclo se realiza en el estrato córneo de la epidermis, donde las hembras son fecundadas, en la superficie de la piel o en galerías del estrato córneo que es capaz de labrar con su mandíbula y patas. Tras la cópula el macho muere en poco tiempo. La hembra una vez fecundada excava túneles de 1-3 mm, avanzando de 0,5-5 mm por día, en ellos coloca de dos a tres huevos al día, así como deposiciones y sustancias capaces de desencadenar reacciones alérgicas que provocan un prurito intenso de predominio nocturno. Los túneles que los ácaros excavan son difíciles de ver. Son surcos muy estrechos, de 5 a 15 mm de longitud. Los huevos son ovalados, con un diámetro mayor de 160 μm . La hembra coloca huevos durante 4-6 semanas y después muere. Después de 3-8 días eclosionan las larvas y emergen a la superficie de la piel. Son parecidas a los adultos, pero les falta el cuarto par de patas. En 2-3 días se transforman en ninfas octópodas. Las ninfas salen a la

superficie donde maduran y reinician el ciclo, excavando túneles en las capas externas de la piel luego de aproximadamente 15 días desde la oviposición. Mudan en 2 oportunidades en un plazo de 3-6 días, antes de transformarse en hembras y machos adultos. Alcanzarán el estado adulto en 14-17 días.

Todas las formas juveniles excavan túneles en la epidermis, donde se alimentan de detritus celulares. El ciclo completo dura de 14 a 23 días. Si el ácaro es expulsado de la piel por el rascado, es incapaz de sobrevivir si permanece más de 4 días en el medio ambiente. En un paciente inmunológicamente competente, con sarna clásica o común, lo esperable es encontrar menos de 100 ácaros vivos, siendo lo habitual unas 10-12 hembras, pero en inmunocomprometidos el número es muchísimo mayor.

Periodo de incubación y clínico.

El período de incubación es de 2 a 6 semanas, y posteriormente el paciente desarrollaría el prurito, en las personas sin exposición previa al ácaro.

Cuando se trata de personas que han estado infestadas anteriormente, los síntomas pueden manifestarse mucho antes, apareciendo síntomas ya desde los primeros días, de 1 a 4 días después de la nueva exposición.

Transmisión.

La transmisión de los parásitos se produce por contacto cutáneo directo con la piel infestada, pudiendo también adquirirse por relaciones sexuales. Es poco frecuente la transmisión por el uso de objetos personales o a través de la ropa, pero hay que considerarlo ya que hay desplazamiento de ácaros que son capaces de sobrevivir e incluso infestar a otra persona después de horas fuera de su hospedador. Los ácaros pueden perforar la superficie de la piel en 2,5 minutos. Se dice que las personas que han estado infestadas con anterioridad logran asentarse menos ácaros que en las personas que no han sufrido exposición previa.

Reservorio.

El reservorio del *Sarcoptes Scabiei* es el ser humano. Hay otras especies de *Sarcoptes* y otros ácaros de los animales que pueden vivir en humanos pero no se reproducen en ellos. (Aunque en algunas fuentes consultadas refieren que en algunos casos se puede adquirir por contacto con animales infestados, sobre todo perros (*S. scabiei* var. *canis*)).

Clínica.

La clínica es polimorfa: el prurito es el síntoma cardinal y característicamente se exacerba durante la noche al verse favorecido cuando aumenta la temperatura corporal o después de hacer ejercicio o darse una ducha o baño caliente. Inicialmente se manifiesta donde se localizan los túneles subcutáneos elaborados por el parásito y posteriormente se generaliza, llegando a abarcar todo el cuerpo, y siendo menos frecuente en la cabeza y la espalda. Sin embargo, esto puede variar en el paciente inmunocomprometido.

En el caso de que se trate de una primoinfección puede tardar 6 semanas en aparecer prurito desde la infestación, y en el caso de que se trate de una reinfección se desarrollará mucho más precozmente, incluso a las 48 horas, debido a que ya existiría una sensibilización inmunitaria al ácaro. El origen del prurito se ha relacionado con la sensibilización a antígenos de la saliva y partes del ácaro. Lo habitual es que el prurito desaparezca en poco tiempo con el tratamiento, aunque a veces tanto las pápulas como el prurito persisten durante semanas después por tratarse de una respuesta de hipersensibilidad, y no significa que no se haya curado.

En personas inmunodeprimidos/as y personas mayores, la infestación puede presentarse como una dermatitis generalizada, con descamación extensa, vesículas y costras (“sarna noruega”) en la que el prurito puede ser menor o no existir. Se abordará más adelante. En lactantes menores de 2 ó 3 meses, el prurito puede estar ausente, y a diferencia de los adultos, en los niños pequeños las lesiones predominan en el cuero cabelludo, en el cuello, en la cara, en los pliegues, en las palmas y en las plantas.

Se describen dos tipos de lesiones:

1. Lesiones directas o primarias: son las lesiones patognomónicas. a. Perla escabiosa o vesícula perlada de Bazin. Son lesiones vesiculares de 1 mm de diámetro. Se localizan en el sitio donde anida la hembra al final del túnel, generando una reacción inflamatoria. b. Surcos acarinos. La lesión patognomónica es el surco o galería. Es un trayecto lineal de color grisáceo, serpiginoso, y parecido a un hilo de 1 a 10 mm de longitud, capaz de desplazarse unos 5 mm cada día. Son la manifestación externa de los túneles que realiza la hembra en la epidermis. Su número es variable y en pacientes con buena higiene personal pueden ser escasos y difíciles de ver. Utilizando el dermatoscopio se puede ver el surco con mayor detalle y, en uno de sus extremos, el signo del “ala delta”, que corresponde al cuerpo del ácaro. Pueden ubicarse desde el cuello a los pies, sobretodo en zona de pliegues flexores corporales. Los sitios más comunes son: manos, especialmente espacios

interdigitales, areola mamaria, muñecas, axilas, cara interna de brazos y antebrazos. Esta distribución anatómica hace pensar que el ácaro prefiere zonas con baja concentración de glándulas sebáceas y de estrato córneo delgado. Si la sarna se transmite a través del contacto sexual, los ácaros suelen excavar en la piel de la parte inferior del cuerpo: región periumbilical, abdomen, nalgas, muslos o el área genital, vulva en la mujer, pene o escroto en el hombre. En niños menores de dos años, dado que la piel es delgada, es frecuente el compromiso de palmas, plantas, cara y cuero cabelludo, localizaciones atípicas en el adulto, salvo en inmunosuprimidos y ancianos. La cabeza y el cuello no suelen estar afectados, y en el caso de que existan lesiones, no suelen estar habitadas.

2. Lesiones indirectas o secundarias. Las lesiones secundarias aparecen como consecuencia de la sensibilización, rascado o infecciones sobreañadidas.

- Pápulas: Son lesiones eritematosas, ligeramente elevadas, de distribución bilateral, simétrica y generalizada.

- Escamas, vesículas y bullas. En los lactantes la clínica puede tener localizaciones y características especiales, siendo llamativo el compromiso palmo-plantar con vesículas, o vesículo-pústulas, y lesiones nodulares en tórax.

- Nódulos acarinos o escabióticos: Son nódulos inflamatorios, eritematosos, de color marrón rojizo, no dolorosos, de 5-10 mm de diámetro. Suelen localizarse en genitales, pliegues axilares e inguinales, parte superior de la espalda y en los niños en el borde lateral del pie. Pueden persistir durante meses o un año después del tratamiento, requiriendo en algunos casos de técnicas quirúrgicas para su eliminación. Corresponden generalmente a una reacción de hipersensibilidad retardada a la presencia del ácaro, aunque también se han encontrado ácaros vivos y huevos en ellos. Se ven con mayor frecuencia en los pacientes atópicos.

- Costras y signos de rascado en tronco y extremidades: Tanto túneles como pápulas pueden estar modificadas por el rascado y/o presentar infecciones secundarias. Se producen lesiones por rascado con excoriaciones. Las marcas de la piel se curan en 1 o 2 semanas en los adultos. En los niños pueden tardar más en resolverse.

Complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes son las de origen infeccioso por el rascado: foliculitis, forunculosis, eccema, ectima, impétigo, celulitis, linfangitis y sepsis.

La presencia de lesiones exudativas y costrosas es debida a la impetiginización por *Staphylococcus Aureus* y, con menor frecuencia, por *Streptococcus pyogenes*. Este último puede producir Glomerulonefritis aguda. Otras complica-

ciones serían la dermatitis del pezón, la urticaria, y el eritema polimorfo. Si se tratase de un caso de infestación crónica podría haber un engrosamiento de la dermis con liquenificación y lesiones nodulares granulomatosas. La falta de diagnóstico precoz favorece su progresión y, por lo tanto, el desarrollo de formas graves como la sarna noruega o eritodérmica. A nivel de salud mental, algunos pacientes desarrollan escarofobia. En estos pacientes persiste durante un tiempo la idea de que continúan presentando la infestación, aunque se haya resuelto, y siguen demandando tratamientos.

Criterios de derivación.

Los criterios para derivar a atención especializada son:

- Dificultad o duda diagnóstica.
- Dificultad para la realización del tratamiento: en ocasiones hay que ingresar a personas con malas condiciones higiénicas que sean susceptibles de originar un brote epidémico, veáse un albergue de vagabundos o residentes de geriátricos, para que cumplan el tratamiento, o bien, ingresar a lactantes para vigilar los efectos secundarios de la medicación.

Diagnóstico.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, diagnóstico de presunción, basado en la presencia de prurito de predominio nocturno, antecedente de algún contacto familiar y por el tipo y distribución de las lesiones. Se puede realizar el Ácarotest, examen directo que consiste en demostrar la presencia de *Sarcoptes scabiei* hembra, restos de ácaro, huevos o deyecciones. El método consiste en poner una cinta adhesiva transparente en una zona escarificada y luego observar al microscopio. Su rendimiento diagnóstico es bajo.

Los surcos pueden evidenciarse aplicando una gotita de tinta china en un extremo y después se limpia la superficie, con un algodón humedecido con alcohol. Al lavar con alcohol, se marca el surco, evidenciándolo clínicamente, ya que la tinta que penetra en el túnel ayuda a su visualización, y así nos facilita el raspado o escarificado del túnel con el bisturí del número 15. También puede utilizarse la técnica del Aceite de Müller Aceite de Müller: se aplica una gota de aceite sobre la lesión, se abre el surco con aguja y se procede a recoger la muestra.

Los restos se colocan en un portaobjetos, y se les agrega KOH al 10%. Posteriormente se coloca un cubreobjeto y se procede a la observación al microscopio óptico.

Con esta técnica pueden observarse los ácaros adultos de 8 patas, huevos, e in-

cluso elementos redondeados que corresponden a materia fecal (escíbalos), y entonces ya podríamos hacer un diagnóstico de confirmación. En la sarna noruega, el examen parasitológico muestra gran cantidad de ácaros en la muestra y coexistencia de diferentes estados del ciclo de *Sarcoptes* en el mismo campo microscópico. Otro método es utilizar microscopía de epiluminiscencia, utilizando un dermatoscopio para visualizar las hembras de *Sarcoptes Scabiei*, en aquellas zonas sospechosas.

La biopsia cutánea de las pápulas acarinas puede poner de manifiesto la presencia del túnel subcórneo con el parásito en su interior, así como una dermatitis espongíotica con abundantes eosinófilos. El estudio microscópico de la lesión característica muestra en la capa córnea el surco con huevos, excretas, larvas e incluso el ácaro completo, así como una dermatitis perivascular, superficial y profunda, con polimorfonucleares eosinófilos y aumento de mastocitos intersticiales; En los casos de escabiosis nodular persistente no se encuentra habitualmente el ácaro y la reacción inflamatoria es más densa adoptando ocasionalmente el aspecto de pseudolinfoma. En los casos de sarna costrosa o sarna noruega, puede verse hiperortokeratosis y múltiples surcos con un gran número de ácaros intracórneos, en diversas fases del desarrollo, hecho que es típico de esta variedad. Sin embargo, estos estudios no son necesarios para iniciar el tratamiento en caso de que la clínica y la epidemiología sean típicas, y además ninguno de los métodos descarta la enfermedad aun siendo negativo. Ante la sospecha de una enfermedad de transmisión sexual (ETS), se deberán solicitar las pruebas serológicas para sífilis y gonococia.

Diagnóstico diferencial.

Existe una forma de presentación llamada “Sarna de la gente limpia”, que se manifiesta por prurito con escasas lesiones en la piel. Otra forma es la denominada “Sarna incógnita”, que es una variante de sarna en que el tratamiento empírico con cremas de esteroides ha modificado las lesiones al desaparecer el componente inflamatorio. La sarna en niños puede presentarse en forma similar a la del adulto, o diferente, principalmente en los lactantes, que tiende a ser generalizada, afectando a cabeza, cuello, palmas y plantas. El prurito en lactantes de menos de 3 meses puede estar ausente. Las lesiones bullosas de los niños pueden simular otras infecciones como impétigo, pénfigo, dermatitis herpetiforme, eritema multiforme, etc. En ocasiones Las lesiones vesículo-pustulosas en niños pequeños pueden confundirse con foliculitis estafilocócicas, A cropustulosis infantil, Histiocitosis de células de Langerhans o varicela. La escabiosis del cuero cabelludo

ocurre en lactantes y personas inmunocomprometidas y puede ser muy similar a una dermatitis, sobre todo las dermatitis atópicas o seborreicas. Existen otras enfermedades dermatológicas comunes que por su distribución afectan al tronco y podrían eventualmente causar confusión: pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor, liquen plano, pediculosis corporal, Psoriasis, Dermatitis exfoliativas, Enfermedad de Darier, Dermatitis de contacto. Debemos tener en cuenta para su diferenciación la historia personal y familiar, la clínica y la distribución de las lesiones.

Así, en la Dermatitis Herpetiforme el prurito es episódico y hay diferentes lesiones como eccema urticarial, placas de eccema, lesiones vesiculosas y pápulas urticariales; en las Dermatitis por fibra de vidrio, níquel o platino, existirá el antecedente de la exposición. Las lesiones pápulo-nodulares eritemato-parduzcas pueden sugerir una mastocitosis (urticaria pigmentosa). En el caso de eccema en la areola mamaria descartar además Enfermedad de Paget. En personas de raza negra y en aquellas con piel oscura, la escabiosis puede presentarse con nódulos granulomatosos. Aunque la escabiosis ampollosa es más frecuente en niños, cuando afecta a ancianos, puede ser muy parecida al penfigoide ampolloso. En mayores de 65 años y pacientes inmunodeficientes se puede presentar la denominada Sarna Noruega o costrosa, que puede simular una psoriasis. A continuación hablaremos de ella.

Sarna Noruega.

La aparición del SIDA a partir de los años 80, incrementó la incidencia de sarna y a partir de entonces se presenta con bastante frecuencia, considerándose infección oportunista en estos pacientes. Cuando el paciente presenta alguna condición de inmunosupresión, puede aparecer:

1. Placas hiperqueratósicas o costrosas, que pueden o no ser pruriginosas en función de la capacidad que presente el huésped de desarrollar una respuesta inmunitaria, y que pueden extenderse hasta llegar a la eritrodermia. La hiperqueratosis subungueal es característica de la sarna noruega. Sería la forma anérgica de costra noruega. En estas masas hiperqueratósicas se pueden encontrar miles de parásitos y huevos por lo que es altamente contagiosa.
2. Nódulos posecabiotóxicos, eritemato-violáceos, de 3 a 5 mm, muy pruriginosos y que suelen aparecer incluso después del tratamiento. Sería la forma hiperérgica, debida a una reacción de hipersensibilidad al ácaro. Estas lesiones son deshabitadas, y los pacientes requieren tratamiento con corticoides locales u orales o ambos, y antihistamínicos.

La sarna noruega comienza a manifestarse como la sarna vulgar pero con disminución o ausencia de prurito. La ausencia inicial de este síntoma clínico conlleva en muchas ocasiones un retraso diagnóstico, el número de ácaros va aumentando y pueden alcanzarse cifras de 1.400 ácaros/cm². El enfermo presenta erupción generalizada eritematodescamativa con zonas hiperqueratósicas en zonas de flexión de las extremidades, codos y nalgas que recuerdan a lesiones psoriasiformes. Los surcos de palmas y plantas se vuelven hiperqueratósicos. Bajo las uñas se acumulan restos córneos llegando a producirse escamas psoriaformes. También aparece eritema, infiltración y descamación en cara, cuello, cuero cabelludo y tronco que pueden generalizarse. En ocasiones puede aparecer linfadenopatía generalizada y eosinofilia en sangre. Las recurrencias son bastante frecuentes debido al elevado número de ácaros y huevos presentes y a que los tratamientos tienen menor efectividad que en la sarna clásica.

Prevención.

1. Se recomienda un aislamiento sanitario estricto del caso índice hasta 24 horas después de iniciar el tratamiento. Pasado ese tiempo la posibilidad de contagio es improbable.
2. Se administrará tratamiento profiláctico a los contactos próximos, convivientes y personal sanitario. El personal que aplique el tratamiento tópico debe usar guantes y en los/las pacientes con sarna noruega también bata y calzas desechables.
3. Debe evitarse el rascado de la piel ya que pueden infectarse. Se recomienda tratar primero las infecciones cutáneas piodérmicas (estafilocócicas o estreptocócicas) con antibióticos sistémicos y después tratar la sarna.
4. La ropa usada los días anteriores al tratamiento, incluyendo ropa de calle, peluches, ropa de cama y de aseo, debe lavarse a altas temperaturas (50-60°C). Si estas prendas no pudiesen ser lavadas se las debe introducir en una bolsa durante 7 días para garantizar que los parásitos no sobrevivan. El lavado en seco también mata al parásito.

Para el tratamiento sobre colchones, tiendas de campaña e interior de los vehículos, o superficies donde se haya dormido, se puede utilizar benzoato de bencilo, y deben permanecer inutilizados al menos 48 horas.

5. Se debe recordar al paciente que el prurito se produce por hipersensibilidad al ácaro ya restos que del mismo que puedan permanecer en la epidermis, y que puede persistir hasta un mes posterior a un tratamiento efectivo, o hasta tres o cuatro meses en el caso de que hubiese desarrollado nódulos reactivos y no se debe a fallo del tratamiento si no hay presencia de nuevas lesiones. Se pueden

valorar su tratamiento con antihistamínicos vía oral y/o corticoides tópicos

6. Antes de considerar que un agente escabicida no es válido, deberemos tener un diagnóstico de certeza (observación de los ácaros, huevos o heces) y la seguridad de que el tratamiento ha sido debidamente administrado. Sólo entonces pensaremos en una posible resistencia del ácaro al tratamiento.

2 Objetivos

Difundir información de la sarna, para los profesionales sanitarios, tanto de su etiología, clínica, tratamiento y posibles complicaciones, puesto que la sarna constituye un problema frecuente de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, y sus brotes epidémicos se consideran Enfermedad de Declaración Obligatoria.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recurrido a la revisión bibliográfica de artículos científicos y revistas especializadas, así como ensayos clínicos publicados y revisiones previas, en diversas bases de datos tales como Pubmed, Cochrane, Fisterra, Google Shoolar y DynaMed plus, usando como términos de búsqueda los siguientes: Sarna, Escabiosis, Sarna Noruega, junto con los siguientes apartados expuestos en este capítulo: historia, prevalencia, definición, etiopatogenia, cuadro clínico, tratamiento y prevención.

4 Resultados

Tratamiento de primera línea.

1. Permetrina al 5% vía tópica.

Es una piretrina sintética. Las piretrinas proceden de las hojas secas de la flor *Chrysanthemum cinerariaefolium*, son ésteres del ácido crisantémico. Actualmente se obtienen por síntesis química. La permetrina es la primera piretrina fotoestable. Ha sido ampliamente utilizada en agricultura como insecticida y pesticida, presenta muy baja toxicidad para los mamíferos. El grado de absorción cutánea es inferior al 2%. Es hidrolizada rápidamente por las esterasas sanguíneas en la mayoría de los tejidos incluyendo la piel, por lo que no se produce acumulación y los metabolitos se excretan por la orina al cabo de 72 horas. Se

pueden administrar varios tratamientos consecutivos al mes sin riesgo de toxicidad. La dosis letal estimada en humanos es de 1-2 g/kg. El principal efecto adverso de la permetrina tópica es la dermatitis de contacto: aumento del prurito, sensación de quemazón, o irritación. Mejora al cabo de una hora. Para prevenir irritaciones es aconsejable utilizar cremas hidratantes tras el tratamiento. La permetrina está aprobada para su uso en mayores de 2 meses. Podría usarse en embarazadas (categoría B) y en niños menores de 2 meses reduciendo el tiempo de exposición a sólo 2 horas, aunque en general en estos pacientes se prefiere el empleo de azufre precipitado al 6% en lanolina-vaselina, que se aplica de la misma manera, durante 3 noches consecutivas, y cuya aplicación resulta desagradable y maloliente, y puede igualmente producir irritación local. No hay estudios que arrojen evidencia sobre su efectividad.

Es aconsejable proceder a recortar uñas y pelo previamente al tratamiento. Aplicar el tratamiento tras un baño y secado correcto de la piel, cuando esta haya alcanzado la temperatura normal de cuerpo (pasados aproximadamente 60 minutos del baño). Si tras la aplicación de la pomada se lavan las manos, se deberá aplicar de nuevo el tratamiento en estas.

El tratamiento tópico se realiza con lociones o cremas que se dejan actuar sobre la piel limpia durante toda la noche, unas 8-10 horas, incluyendo la superficie corporal desde el cuello hasta dedos de los pies, siendo de especial importancia las muñecas, codos, axilas, genitales, mamas y superficie bajo de las uñas. A la mañana siguiente se retirará la crema o loción con una ducha. En menores de 3 años, en casos de sarna noruega y en inmunocomprometidos/as, debe tratarse el cuero cabelludo y cara, dejando libres las zonas perioculares y perioral. Es aconsejable repetir el tratamiento pasada 1 semana, para evitar reinfestación por fómites y/o eliminar ninfas que hubiesen sobrevivido teniendo en cuenta que la eclosión de los huevos ocurre a las 72 horas, aunque no está bien demostrada la efectividad de esta medida.

2. Ivermectina oral.

Pertenece a la familia de las Avermectinas, que son unas sustancias procedentes de la fermentación del *Streptomyces avermitilis*, aislado de la tierra del Japón. Su estructura es similar a los antibióticos macrólidos pero no tienen actividad antibacteriana. Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan al cabo de cuatro horas, se metaboliza y se excreta exclusivamente por heces en 12 días. La semivida plasmática es 12 horas y la de sus metabolitos tres días. La Ivermectina se utiliza en dosis de 200 µg/kg, vía oral en ayunas, en dos dosis separadas una o dos semanas. La eficacia de dos dosis es igual a la de Permetrina, pero tiene

la ventaja de una mayor adherencia al tratamiento y no causar dermatitis, así como la rápida desaparición de prurito al cabo de 48 horas de la administración incluso en pacientes con gran afectación. Estaría indicado para el tratamiento de la sarna costrosa(o sarna noruega) y para aquellos casos donde el tratamiento local empeoraría una enfermedad subyacente, como psoriasis generalizada, eczema atópico severo o epidermólisis ampollar. También podría considerarse su uso en pacientes con prótesis, yesos que cubran grandes porcentajes del cuerpo y en aquellas situaciones donde el baño posterior es dificultoso. Está contraindicada en pacientes con antecedente de convulsiones, pacientes anticoagulados, embarazadas o mujeres en lactancia materna, y niños de menos de 15 kg de peso por la inmadurez de la barrera hematoencefálica. Los efectos secundarios observados en el tratamiento de la Escabiosis son: astenia, mialgias, artralgias, edema, aumento de prurito, dolor de cabeza de corta duración. Por su cómoda administración, se considera de primera elección para el tratamiento de los brotes de escabiosis en comunidades cerradas como centros penitenciarios o geriátricos. No está comercializado actualmente en España.

Tratamientos de segunda línea.

Otro escabicida tópico que fue ampliamente utilizado es el lindano al 1%. Se aplica de igual forma que la Permetrina y se deja actuar durante 12 a 24 horas en todo el cuerpo, con una repetición semanal. Tiene un alto potencial de toxicidad sistémica y neurotoxicidad, más común en los niños y ancianos, y en aquellos individuos con un peso inferior a 50 kilogramos.

No debe emplearse en pacientes con defectos de la barrera epidérmica, prematuros y condiciones que aumenten la absorción percutánea y tampoco en embarazadas. También está contraindicada en pacientes epilépticos o con alto riesgo de convulsión (personas con tratamiento antiretroviral, antipsicóticos, antipalúdicos, corticoides sistémicos, quinolonas, abuso de alcohol o benzodiazepinas).

Consideraciones del tratamiento.

1. En el caso de la sarna noruega pueden usarse agentes queratolíticos (como la vaselina salicílica, con ácido salicílico al 15%,) de forma previa al tratamiento tópico, para eliminar la hiperqueratosis y ayudar a la penetración del mismo. En el caso de que no se consiga eliminar esta capa costrosa tras varios días de aplicación, se recomienda la administración por vía oral de Etreinato a dosis de 1 mg/kg/día durante tres a cuatro semanas.
2. En las lesiones nodulares que no responden al tratamiento habitual podemos

usar inyección intralesional de corticosteroides tópicos, o la fotoquimioterapia con PUVA.

3. En pacientes con escarofobia puede ser útil administrar ansiolíticos o antipsicóticos tipo pimozida.

4. Las personas pueden contraer los ácaros de personas o animales infestados por contacto directo. Algunas especies de ácaros provenientes de animales también pueden transferirse a los humanos tras un contacto prolongado, y pueden vivir en la piel humana pero sin reproducirse.

La especie de ácaro específico del humano (escabiosis) necesitará tratamiento pero aunque los ácaros provenientes de animales causan una reacción alérgica en la piel, que genera enrojecimiento, irritación y prurito intenso, no necesita recibir ningún tratamiento con medicamentos especiales para matar los ácaros. Sin embargo, hasta que su mascota no complete el tratamiento contra los ácaros, y sea efectivo, sus cuidadores pueden reinfectarse y continuar con los síntomas.

Sarna por animales.

Existe sólo una especie altamente variable de *Sarcoptes*, los ácaros animales no difieren morfológicamente de los ácaros humanos. Según el huésped se identifican las variedades:

Sarcoptes scabiei var *bovis*, *S. scabiei* var *suis*, *S. scabiei* var *equi*, *Sarcoptes scabiei* var *aucheniae*, *Sarcoptes scabiei* var *cuniculi* y *S. scabiei* var *canis*. Parasitan respectivamente al bovino, cerdo, caballo, llamas y alpacas, conejos y perro, según sea la especie parasitada, ya que tanto los animales domésticos como salvajes pueden padecer sarna y en ocasiones pueden contagiar al hombre. Cuando hablamos de animales de compañía, la denominamos sarna sarcóptica.

El ácaro más frecuente de los animales es la variedad *canis* que infesta a los perros y especialmente a los cachorros. El ácaro del perro, produce una infestación frustrada en el ser humano que constituye un huésped accidental al no poder completar el parásito su ciclo biológico. *Sarcoptes scabiei* var *canis* puede introducirse en la epidermis, después de un contacto prolongado con el animal, habitualmente después de dormir con ellos.

Se diferencia de la sarna común por presentar un período de incubación más corto, mayor facilidad de transmisión y ausencia de surcos acarinos. La localización más frecuente en el perro es el oído externo, y origina frecuentemente lesiones en las manos del cuidador adulto, y lesiones faciales en los niños. Las lesiones aparecen a las 24- 96 horas en áreas de contacto con el perro, generalmente

después de dormir con él, y son de tipo pápuloeritematosas y de tipo eczematoso. Pueden presentar vesículas, y costras. Si realizásemos un ácaro test en su mayoría el resultado sería negativo. Se trata de un cuadro clínico autolimitado que puede durar 2 a 3 meses, y por tanto se creía que únicamente se debía pautar un tratamiento sintomático. No obstante, en el caso de lesiones persistentes, o muy sintomáticas, puede ser necesario tratar con acaricidas.

5 Discusión-Conclusión

La Sarna es una enfermedad contagiosa, que constituye un problema frecuente de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, pudiendo afectar a cualquier raza, edad y clase socioeconómica. Sus brotes epidémicos pueden afectar a comunidades como geriátricos, hospitales, y colegios, por lo que es de obligado conocimiento para el personal sanitario que atiende a dichos colectivos.

6 Bibliografía

1. Muñoz D-M. Sarna y sarna noruega: diagnóstico, prevención y tratamientos actuales. *Farm Hosp* 1998; 22 (1): 1-9.
2. Guía Práctica de la Salud. Unidad 12. Enfermedades de la piel y el pelo. SEMFYC. Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria. Revisión 2013.
3. Bollea Garlati M. L. et al. Iconografía Dermatológica. Serie parasitosis en dermatología. Escabiosis. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires* 2016; 36(2): 75-78.
4. JOAN DALMAU ARIAS Joan, VILA ANTONIA T., PERAMIQUEL Laura, PUIG SANZ. Lluís. Escabiosis .Clínica y tratamiento .Farmacia Profesional. VOL 18 NÚM 11 DICIEMBRE 2004.
5. García-Patos Briones V. Escabiosis. 2004.
6. Protocolo de Vigilancia de Escabiosis. Departamento de Salud del País Vasco. Febrero 2019.
7. Infestación por ectoparásitos. Escabiosis (Sarna). Información general. Gobierno extremeño de salud. Junio 2018.
8. Protocolo de actuación frente a la Sarna. Red de vigilancia epidemiológica de la comunidad de Madrid. Dirección general de salud pública .Consejería de Sanidad. Enero 2018.
9. Flinders D. De Schwelnitz P. Pediculosis and scabies. *Am Family Physician* 2004; 69: 341-348
10. British Association for Sexual Health and HIV. National Guideline on the Management of Scabies. 2002
11. Bigby M. A systematic review of the treatment of scabies. *Arch Dermatol.* 2000 Mar; 136(3):387-9 [Medline]

12. Flinders D. De Schwelnitz P. Pediculosis and scabies. *Am Family Physician* 2004; 69: 341-348 [Medline] [Texto completo]
13. Roberts RJ . Clinical practice. Head lice. *N Engl J Med.* 2002 May 23; 346(21):1645-50 [Medline]
14. Walker GJA, Johnstone PW. Interventions for treating scabies (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
15. Walker G, Johnstone P. *Clin Evid.* 2003 Jun;(9):1854-61.
16. Dinulos James G.H. Sarna. Septiembre 2018.
17. <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/>.
- 18 .Campos H.Blanca. Jofré Leonor.; Neira O. Patricia; Noemi H.Isabel.Guía clínica Sarna y Pediculosis. Ministerio de Salud Gobierno de Chile.2007.
19. <https://www.comunidad.madrid>
20. <https://www.sap.org.ar>
21. <http://www.cfsph.iastate.edu>
22. <https://medicina.uc.cl>
23. <http://www.sociedad-iih.cl/>
24. <https://www.msdmanuals.com>
25. <https://saludextremadura.ses.es>
26. <https://www.cdc.gov/>
27. <https://www.mayoclinic.org>
28. <http://aedv.es/enfermedades/pdf/escabiosis.pdf>.

Capítulo 12

OSTEONECROSIS DEL 2º METATARSIANO COMO CAUSA DE METATARSALGIA.

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

CLARA QUINTERO LÓPEZ

MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La enfermedad de Freiberg, también conocida como Köhler II u osteonecrosis del segundo metatarsiano, es una patología de relativa frecuencia en la práctica diaria.

Se describió en 1914 como una osteocondritis/osteocondrosis que se presenta en los metatarsianos, principalmente en la zona central del arco transversal y más frecuentemente en el segundo metatarsiano. La etiología de esta afección es multifactorial y no existe consenso en la bibliografía que señale a una causa concreta. Es una patología prevalente en la adolescencia y en deportistas, lo que señala a un origen de sobrecarga sobre los metatarsianos centrales del arco plantar, ya que, al hundirse, son los que soportan mayor peso, provocando la característica pérdida de flujo sanguíneo que desencadena la necrosis avascular u osteonecrosis, observando un colapso del hueso subcondral con zonas de fisuras óseas. Esta falta de consenso etiológico y evolutivo, nos hace indagar sobre su clasificación, diagnóstico y manejo terapéutico de esta patología no tan infrecuente.

En cuanto al diagnóstico de la patología, es importante conocer los estadios descritos por Smile:

- Fase I: En esta fase es característico la aparición de una fisura de la epífisis subcondral, no visible con un estudio radiográfico convencional. En los estudios histopatológicos se observa esclerosis del hueso esponjoso adyacente a la línea de fractura y ausencia de aporte sanguíneo a la epífisis
- Fase II o fase de resorción ósea: Al comenzar la revascularización se produce el inicio del colapso en la zona central y dorsal de la zona afectada. En las radiografías oblicuas se evidencia de manera más clara el aumento del espacio articular, aplastamiento de la cabeza del metatarsiano, esclerosis leve de la epífisis y edema en los tejidos blandos.
- Fase III: En esta fase pueden observarse pequeñas imágenes líticas alrededor de la fractura y un aumento de la esclerosis epifisiaria, que conllevan un aumento del aplanamiento y superficie en las regiones lateral y medial de la cabeza metatarsal con pérdida del espacio intraarticular.
- Fase IV: En esta fase se hace visible el hundimiento del fragmento central, con una pérdida de la superficie plantar, apareciendo cuerpos libres intraarticulares.
- Fase V: se concluye la degeneración total de la articulación con eliminación del espacio articular.

En estadios iniciales el método diagnóstico más temprano es la gammagrafía ósea que hace visible la fragmentación subcondral y puede ser positiva hasta 6 meses antes de observarse alteraciones radiográficas²¹. Posteriormente, el diagnóstico se realiza mediante radiografía simple y resonancia magnética.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la osteonecrosis del 2º metatarsiano, también conocida como enfermedad de Köhler II, así como su etiología, manejo diagnóstico y terapéutico.

3 Caso clínico

Se valora en la consulta un paciente de 42 años que acude a consulta por metatarsalgia central derecha de larga data. No lo relaciona con traumatismo ni con esfuerzos. Resistente a tratamiento conservador por médico de cabecera. Ya consultó en una ocasión con Traumatología hace años, iniciando tratamiento ortoprotésico, aunque con los mismos, no presentó mejoría clínica.

Exploración física y pruebas complementarias: metatarsalgia central derecha sin hiperqueratosis localizadas ni difusas en región plantar dolorosa. Test de Mulder -. Se realizan radiografías simples en carga dorsoplantar y lateral objetivando imagen de aplanamiento de la cabeza del segundo metatarsiano que tras realización de resonancia magnética nuclear se confirma el diagnóstico de Enfermedad de Freiberg.

Diagnóstico diferencial: fractura de estrés metatarsianos centrales, neuroma de Morton, metatarsalgia mecánica.

Plan de cuidados: tras diagnóstico se intenta tratamiento conservador con plantilla de apoyo plantar a medida semirrígida con descarga selectiva del segundo metatarsiano.

4 Resultados

Tras 6 meses de evolución el paciente no encuentra mejoría indicándose cirugía de descarga articular con buen resultado. Se confirma diagnóstico una vez que se remiten muestras intraoperatorias al laboratorio de Anatomía Patológica.

5 Discusión-Conclusión

La osteonecrosis de la cabeza del segundo metatarsiano o enfermedad de Köhler II es una de las causas de metatarsalgia central a tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de esta patología tan frecuente en nuestra práctica diaria, ya que, aunque el descubrimiento de la enfermedad de Freiberg data del siglo pasado, la falta de consenso conlleva a que muchos clínicos no están familiarizados con el diagnóstico y, por tanto, con el correcto manejo terapéutico.

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor en la zona del metatarso que aumenta con la bipedestación y la deambulación, tumefacción, cojera y limitación de la movilidad de la articulación metatarsofalángica.

El diagnóstico es clínico y se confirma con la radiografía convencional, aunque en fases iniciales puede ser útil la gammagrafía ósea. Los hallazgos radiológicos son patognomónicos. Inicialmente se produce un aplanamiento de la cabeza del metatarsiano, seguido de esclerosis y aparición de lesiones quísticas radioluscentes con ensanchamiento de la cabeza metatarsiana. Cuando la lesión avanza se

reduce el espacio articular, pudiendo fragmentarse el hueso subcondral y dando lugar a cuerpos libres intraarticulares.

El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con fracturas por estrés, tumores o diversos tipos de artritis. Además hay que tener en cuenta que algunas enfermedades sistémicas pueden producir una necrosis ósea de una cabeza metatarsiana como el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide, la diabetes mellitus o la gota.

El objetivo del tratamiento debe ser aliviar los síntomas y prevenir en la medida de lo posible la deformidad ósea. En la mayoría de las ocasiones suele ser suficiente con tratamientos conservadores que incluyen antiinflamatorios, reposo relativo, ortesis plantares con almohadilla metatarsal de descarga, modificaciones del calzado (ancho, con suela gruesa y poco tacón), inmovilización con férula e infiltración con corticoides. En los casos en los que estos tratamientos son insuficientes hay que recurrir a la cirugía para realizar una exéresis de la zona.

La evolución habitual de la enfermedad es a la remisión clínica de los síntomas en meses o semanas sin que existan modificaciones en las alteraciones radiológicas

En general suele ser suficiente con el tratamiento conservador pero hay casos en los que hay que indicar actitud quirúrgica con limpieza articular, curetaje de lesión e injerto, osteotomías o incluso con resección artroplastia de la articulación.

6 Bibliografía

- Beito S. Lavery L.: Freiberg's Disease and Dislocation of the Second Metatarsophalangeal Joint: Etiology and Treatment. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*. 1990, 7 (4).
- Carmont MR. Current concepts review: Freiberg's disease. *Foot Ankle Int* 2009, 30:167.
- Chun KA, Oh HK, Wang KH, Suh JS. Freiberg's disease: quantitative assessment of osteonecrosis on three-dimensional CT. *J Am Podiatr Med Assoc* 2011, 101 (4), 335-40.
- Contreras MA. Osteocondrosis de la cabeza del segundo metatarsiano o enfermedad de Freiberg. *Rev Esp Enferm Metab Oseas*. 2003; 12 (1): 12:40.
- Gauthier C., Elbaz R.: Freiberg's Infraction: A subcondral bone fatigue fracture. *Clin. Orthop*. 1979, 124 (92).

- Gómez M, Santamaría, E. Enfermedad de Freiberg. Rev Esp Podol 2006, 17 (5): 226-233.
- López López, D. Palomo López, P. Pérez García. Aproximación al manejo de la enfermedad de Freiberg. Rev Int Cienc Pod 2013, 7, (1)33-40.
- Mann R, Coughlin M., Surgery of the Foot & Ankle, 6th Edition (1993).
- Maresca G., Adriani E., Falez F. Y Mariani P., Arthroscopic Treatment of Bilateral Freiberg's Infracion. J. Arthroscopic and Related Surg.Vol. 12 No. 1, 1996.
- Melé J, Villanueva M, Villalba L. Enfermedad de Freiberg bilateral: a propósito de un caso. Form Med Contin Aten Prim. 2007; 14 (5): 275-6
- Smillie I., Freiberg's Infracion (Koehler's Second Disease). J. Bone Joint Surg. Br., 1957; 39:580.
- Smith D., Rowley D., Treatment of Freiberg's Disease, J.B.J.S. Br. 73 B1, 1991.
- Sproul J., Klaaren H., Mannarino F.: Surgical Treatment of Freiberg's Infracion in Athletes: Am. J. Sports Medicine 21, No. 3, 1993.

Capítulo 13

ENFERMEDAD DE LEDDERHOSE: UNA PATOLOGÍA PREVALENTE Y POCO CONOCIDAD

CLARA QUINTERO LÓPEZ

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La enfermedad de Ledderhose es una distrofia caracterizada por una proliferación fibroblástica y de colágeno, benigna, a nivel de la aponeurosis plantar superficial, descrita por Ledderhose en 1987. Aunque su incidencia no está claramente definida, la lesión es una 10 veces más frecuente en varones que en mujeres, puede afectar a uno o ambos pies y asociarse a la enfermedad de Dupuytren o a la de Peyronie.

Aunque casi todos los casos se han descrito en edad media de la vida, está descrita en niños. En las formas de presentación débiles, aparecen unos nódulos indoloros, que no llegan a producir molestias en el paciente. Sin embargo, en función de su tamaño y su localización, los nódulos pueden ser de gran tamaño y producir dolor que dificulta e incluso imposibilita la marcha.

En la enfermedad de Ledderhose, a diferencia de lo que ocurre en la mano en la enfermedad de Dupuytren, la fibrosis plantar no suele generar una flexión de los dedos del pie. La ecografía permite observar los nódulos encastrados en

la aponeurosis plantar, que casi siempre se localizan en la zona superficial de ésta y respetan las fibras profundas. Cuando persiste alguna duda respecto al origen de la tumefacción plantar, después de la ecografía el mejor examen es la resonancia magnética. Tras la exéresis quirúrgica, el estudio patológico y el análisis inmunohistoquímico son útiles para confirmar el diagnóstico si fuera necesario. Las características histológicas son poco específicas, pero con ayuda de la inmunohistoquímica es posible descartar los diagnósticos diferenciales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer una enfermedad con una prevalencia relevante en la población y poco conocida, lo que no permite su correcto manejo terapéutico ni su asociación con otras patologías.

3 Caso clínico

Paciente de 25 años, trabajador agrícola, que acude por dolor en planta del pie derecho de meses de evolución y, desde el inicio, imposibilidad para la deambulación y bipedestación progresivas. Niega antecedentes familiares similares y nódulos en otra localización.

A la exploración se palpa un nódulo duro, adherido a planos profundos, indoloro, aunque molesto y se intuye otro nódulo de menor tamaño adyacente. Se realiza ecografía que se informa como sospecha de Enfermedad de Ledderhose. Dada la dificultad para la actividad laboral que refiere se plantea al paciente la exéresis quirúrgica.

En quirófano, con el equipo quirúrgico y la enfermera instrumentista, se procede a la exéresis de dos nódulos que, macroscópicamente impresionan de fibromas. Se envía la muestra a anatomía patológica, quien lo informa como fibromatosis plantar o enfermedad de Ledderhose.

4 Resultados

Tras el reposo postquirúrgico necesario y una vez resuelta la herida, el paciente retoma su actividad diaria y laboral sin complicaciones. Aunque se indica seguimiento anual o bianual por el elevado riesgo de recidivas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Ledderhose puede aparecer como una masa infiltrante o en épocas más precoces, como un nódulo fusiforme o fibroma, ya sea único o múltiple. Suelen aparecer como nódulos en el centro de la fascia plantar, pudiendo, los casos más profundos, afectar al músculo.

Generalmente el paciente describe una sensación de cuerpo extraño en el zapato, que va aumentando de forma gradual llegando a imposibilitar la bipedestación y la marcha. El diagnóstico de elección es la resonancia magnética, aunque la ecografía es una técnica más sencilla y asequible, y nos permite valorar la extensión y naturaleza de la misma. La cirugía se indica cuando la masa es dolorosa y no se ha podido controlar con tratamiento médico, importante tamaño, dificultad para calzarse o aumento en la velocidad de crecimiento. Hay altas incidencias de recidivas tras el tratamiento quirúrgico. La enfermedad de Ledderhose es considerada como enfermedad rara, siendo aún más infrecuentes los casos familiares. Es importante, sin embargo, estar familiarizado con la patología para su correcto diagnóstico y tratamiento, así como para valorar el carácter hereditario-familiar del mismo.

6 Bibliografía

- Banerjee S, Muhammad M, Chinmoy N, Kumar D. Plantar fibromatosis: a case report. *Foot Ankle Online J.* 2009; 2 (12): 3
- Chokshi FH, Jose J, Clifford PD. Plantar fibromatosis. *Am J Orthop* 2009; 38 (9): 475-9.
- Fausto de Souza D, Micaelo L, Cuzzi T, Ramos-e-Silva M. Ledderhose disease: an unusual presentation. *J Clin Aesthet Dermatol* 2010; 3 (9): 45-7
- Graells Estrada J, García Fernández D, Badia Torroella F. Familiar plantar fibromatosis. *Clin Exp Dermatol.* 2003; 28 (6): 666-70
- Hans R et al. Fibromatosis of the plantar fascia: diagnosis and indications for surgical treatment. *Foot & Ankle International* 1999; 20: 13-17
- Lee TH, Wapner KL, Hecht PJ. Plantar fibromatosis. *J Bone Joint Surg Am.* 1993; 75 (7): 1080-4
- Sammarco GJ, Mangone MG. Classification and treatment of plantar fibromatosis. *Foot Ankle Int.* 2000; 21 (7): 563-9
- Van der Bauwhede J. Ledderhose disease: plantar fibromatosis. *Wheeless' Textbook of Orthopaedics* 2007

Capítulo 14

PIE DE CHARCOT. MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO EN UN CASO EN ESTADIO AVANZADO

MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ

CLARA QUINTERO LÓPEZ

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

1 Introducción

El pie de Charcot se puede definir como una neuroartropatía que conduce a una deformidad y, con frecuencia, a una degeneración progresiva de las articulaciones del pie. Se caracteriza por luxaciones, fracturas, inestabilidad y, que con gran frecuencia conduce generalmente grandes deformidades y ulceraciones.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es mostrar la importancia de conocer una patología sumamente incapacitante y los avances en su tratamiento obtenidos debido a la experiencia de los cirujanos ortopedicos

3 Caso clínico

Anamnesis

Hombre de 54 años de edad, obeso y diabético insulino dependiente, con graves alteraciones vasculares en los miembros inferiores, que es derivado por Cia. Vascular para la valoración de una úlcera submaleolar en el tobillo derecho que ha evolucionado mal.

Examen físico

A la exploración, el paciente presenta marcha inestable, con ayuda de estabilizadores de tobillos en ambos pies.

En el pie derecho, se observan una grave deformidad en valgo de retropie, ulceración profunda de aspecto séptico de unos 5 cm en el borde submaleolar interno e inestabilidad global del tobillo y del pie.

Pruebas complementarias

- Rx simple de ambos pies: osteoporosis y reabsorción generalizadas; en el pie derecho se observan gran destrucción del retropie y del tarso.
- TAC: valgo de retropie, destrucción de articulaciones subastragalina y del tobillo

Diagnóstico

Neuropatía de Charcot en ambos pies y úlcera submaleolar en el pie derecho.

Tratamiento

Se realizó una artrodesis del tobillo derecho con clavo retrógrado con injerto de banco y se limpia la úlcera.

4 Resultados

Tras 2 meses de curas postoperatorias y antibioterapia, con una evolución inicialmente tórpida pero más tarde favorable, el paciente recibe el alta con buena evolución de la úlcera 5 meses después, el paciente se encuentra asintomático, con la úlcera submaleolar cerrada, presentando la artrodesis signos de consolidación.

5 Discusión-Conclusión

La osteoartropatía neurógena es una artropatía destructiva y deformante grave que afecta a personas con trastornos del sistema nervioso sensitivo. Habitualmente, se utiliza el término articulación de Charcot como sinónimo de articulación neuropática.

Actualmente, la diabetes es la principal causa y, en ella, las articulaciones más afectadas son el pie y el tobillo.

Se considera que son dos los mecanismos subyacentes implicados: los microtraumatismos facilitados por el desequilibrio muscular y la falta de percepción dolorosa, y la desmineralización propiciada por la hiperemia secundaria a un defecto del sistema nervioso autónomo.

Para limitar las secuelas y complicaciones como las de nuestro caso, el diagnóstico debe ser precoz. Los pies de Charcot diabéticos pueden complicarse (6% en alguna serie) con ulceraciones cutáneas por las deformidades y el calzado inadecuado.

Las indicaciones para la cirugía son:

- Fractura y luxación aguda, úlcera recurrente
- Inestabilidad secundaria
- Prominencia ósea intratable de forma conservadora
- Deformidad o inestabilidad grave o incontrolada que puede causar úlcera o imposibilita la adaptación de calzado o dispositivo ortopédico.

Puede ser necesario realizar gestos quirúrgicos de exéresis, osteotomías, artrodesis, alargamientos tendinosos, amputaciones, etc.

El tratamiento quirúrgico ha consistido tradicionalmente en la amputación por debajo de la rodilla, pero gracias a una mayor experiencia y conocimiento en la cirugía del pie y del tobillo es posible la reconstrucción en muchos casos.

Estaría indicada cuando pueden aparecer o existen ulceraciones, si el pie es inestable, o cuando su morfología impide el uso de un calzado normal. En la mayoría de los casos, el realineamiento y la fusión del tobillo, la articulación subastragalina, astragaloescafoidea y posiblemente de otras articulaciones de la columna medial es lo más adecuado.

A esto hay que añadir el alargamiento del gemelo o del tendón de Aquiles, ya que una excesiva flexión plantar es con frecuencia la causa que inicia la desestructuración de la parte media del pie, que es el área más afectada. Puede ser necesaria la resección de las prominencias plantares para prevenir la ulceración por una excesiva presión.

6 Bibliografía

- Biomet Trauma. Phoenix Ankle Arthrodesis nail System, surgical guide Disponible en: <http://www.biomet.com/templates/>
- Lafforgue P, Trijau S. Osteoartropatías nerviosas. EMC Aparato Locomotor. 2012; 45: 1-11 (artículo E-14-339).
- Langford CA, Gilliland BC. Arthritis associated with systemic disease and other arthritides. En: Fauci AS, editor. Harrison's Rheumatology. Nueva York: McGraw-Hill; 2010. p. 263-5.
- Carranza Bencano A. Enfermedades sistémicas en el pie. En: Forriol Campos F, coordinador.
- Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Tomo 2. 2.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 1500-2.

Capítulo 15

PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO PARA OCTOGENARIOS: ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN EN SALUD SOBRE UN GRUPO DE PACIENTES.

ELENA BAZTARRICA ECHARTE

IRENE LOSADA ÁLVAREZ

LAURA CALVO BARRENA

MARIA BARBER ANSÓN

1 Introducción

La salud es uno de los principales motivos de preocupación en las personas mayores, en concreto, el concepto de salud en la vejez se relaciona tan estrechamente con la capacidad funcional, que su mantenimiento o pérdida determina la condición de enfermo o sano por encima incluso de la existencia de enfermedades. Para las personas mayores la condición de autónomo, en lo referente a las actividades básicas de la vida diaria, es uno de los aspectos prioritarios, no sólo a nivel físico, sino también a nivel psicológico.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Mantener o mejorar la capacidad funcional y retrasar la discapacidad.

Objetivos secundarios:

-Incluir el ejercicio físico en el estilo de vida, mejorando la autonomía para llevar a cabo las ABVD.

-Disminuir la incidencia de caídas.

-Mejorar el contacto social.

3 Metodología

Se elabora un programa de 12 semanas de duración de una hora al día y un día a la semana. Cada sesión se estructura de la siguiente manera: calentamiento, ejercicios de equilibrio, ejercicios de resistencia, ejercicios de flexibilidad, ejercicios de fuerza y estiramientos. Los criterios de inclusión son: población mayor de 80 años del centro de salud. Los criterios de exclusión absolutos son: valvulopatías cardíacas severas, insuficiencia cardíaca congestiva, angina inestable, IAM reciente, embolia pulmonar o sistémica reciente, arritmias cardíacas no controladas, enfermedad infecciosa aguda, HTA no controlada (TAS > 180 mmHg y TAD > 110 mmHg), miocarditis activa o reciente, disección aórtica, arritmias ventriculares malignas, diabetes no controlada. Los criterios de exclusión relativos son: FA reciente, Hipertensión no controlada (TAS > 160 y TAD > 100 mmHg), limitaciones músculo-esqueléticas, portadores de marcapasos o DAI, tromboflebitis, incapacidad de andar sin ayuda de personas.

Se incluye un total de 10 pacientes para una primera sesión. El primer día de inicio de las sesiones se miden unos test previos que se reevalúan al finalizar las sesiones. Los test son los siguientes: test de equilibrio que incluye pies juntos, semitándem, tándem y equilibrio sobre un pie, test de fuerza de miembro inferior y de miembro superior, test de agilidad y podómetro.

4 Resultados

Se realiza un análisis no paramétrico para datos aparejados, prueba de Wilcoxon, para cada uno de los datos. El análisis de los datos indica que, a pesar de que en general se consigue mejorías en las medias antes y después del entrenamiento, las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas para los distintos test medidos, con excepción del test del podómetro en el que sí se aprecian diferencias estadísticamente significativas.

5 Discusión-Conclusión

A pesar del escaso tamaño muestral, de asumir sesgos como el del efecto Hawthorne, y de que solo hayamos encontrado diferencias estadísticamente significativas para el test del podómetro, consideramos que el programa diseñado ha resultado satisfactorio puesto que ha supuesto un incremento en el nivel de actividad de los pacientes, les ha permitido sociabilizar y les ha animado a apuntarse a otras actividades físicas que se realizan fuera del centro de salud. Además la percepción de los pacientes respecto al mismo ha resultado satisfactoria. Con todo, se trata por tanto de un programa piloto que consideramos interesante y que pensamos ofrecer de manera habitual en nuestro centro de salud.

6 Bibliografía

- Gonzalo Elena, Pasarín M. Isabel. La salud de las persona mayores. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):69-80.
- Muñoz-Arribas Alberto, Vila-Maldonado Sara, Pedrero-Chamizo Raquel, Espino Luis, Gusi Narcis, Villa Gerardo et al . Evolución de los niveles de condición física en población octogenaria y su relación con un estilo de vida sedentario. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2014 Abr [citado 2020 Ene 05] ; 29(4): 894-900.
- Garatachea Vallejo, Nuria; Val Ferrer, Raquel; Calvo Jimena, Itziar; De Paz Fernández, José Antonio. Valoración de la condición física funcional, mediante el Senior Fitness Test, de un grupo de personas mayores que realizan un programa de actividad física. *Apunts. Educación física y deportes*, [en línea], 2004, Vol. 2, Núm. 76, p. 22-26,

Capítulo 16

LIPODISTROFIAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO

SARA MACIAS POSADA

1 Introducción

Las lipodistrofias constituyen una de las complicaciones cutáneas más frecuentes en los pacientes diabéticos tratados con insulina. Pudiéndose clasificar en lipoa-trofias o lipohipertrofias, son éstas ultimas las que los diabéticos se presentan con más frecuencia.

Las lipohipertrofias constituyen un engrosamiento del tejido subcutáneo que implica una absorción errónea de insulina, y, por tanto, un mal manejo terapéu-tico de la diabetes. En la gran mayoría de las ocasiones, es necesario aumentar considerablemente la dosis de insulina a inyectar, pudiendo llegar hasta un 50% más (1,2,3). La presencia de lipodistrofias es una consecuencia directa de una técnica de inyección incorrecta. Se sabe que un gran porcentaje de pacientes en tratamiento con insulina no realiza correctamente la técnica de inyección (4,5,6,7,8).

Por otro lado, según diversos estudios la preferencia de lipodistrofias puede lle-gar hasta un 56% (9,10,11,12). Todo esto, conduce a un manejo inadecuado de la medicación, pudiendo producir hipo/hiperglucemias innecesarias, y, por tanto, un mal manejo terapéutico. Es necesario, por tanto, llevar a cabo una revisión bibliográfica que recoja las últimas recomendaciones y las evidencias científicas disponibles acerca de una correcta técnica de inyección, y que hacer en caso de que aparezcan lipodistrofias en el paciente diabético.

2 Objetivos

Principales:

- Dar a conocer la evidencia científica disponible en cuanto a técnicas de inyección y manejo de lipodistrofias.
- Recoger las recomendaciones más importantes que conlleven un buen manejo de la diabetes.

Específicos:

- Establecer unas pautas que recojan como evitar las lipodistrofias y qué hacer si éstas aparecen.
- Fomentar el autocuidado y el empoderamiento del paciente con su patología.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica. Para ello se utilizan diferentes bases de datos online (Pubmed, Dialnet). A través de las palabras clave establecidas, diabetes, lipodistrofias, insulina, se encuentran una serie de revisiones bibliográficas, así como estudios de investigación, utilizados para recoger las evidencias más importantes.

4 Resultados

La evidencia científica más reciente, se encuentra en el Estudio Fitter 13, desarrollado a partir de los resultados del cuestionario de técnica de inyección (ITQ), una de las encuestas más grandes jamás realizadas en diabetes. Dicha encuesta incluyó a 13289 pacientes en tratamiento con insulina, en 432 centros de 42 países:

- En cuanto a la inyección subcutánea de insulina, se recomienda el uso de aquellas de entre 4 y 6 mm. Proporcionan mayor seguridad y menor dolor. Por ejemplo, una aguja de 4mm insertada perpendicularmente es capaz de atravesar el tejido celular subcutáneo, proporcionando un riesgo muy bajo de alcanzar el tejido transdermico o el intramuscular.
- De esta manera, la aguja de 4mm se considera la más segura en adultos y en niños, independientemente del IMC o sexo, aunque en pacientes obesos, podría considerarse utilizar una de 5mm. La aguja de 4mm debe ser inyectada en un ángulo de 90°, se utilice o no la técnica del pellizco para conseguir pliegue cutáneo.
- Las zonas de inyección deben de ser inspeccionadas por el propio paciente y debe llevarse a cabo en un entorno limpio y con las manos limpias.

- Únicamente será necesario desinfectar la piel si el paciente se encuentra en un entorno donde pueda existir mayor riesgo de existir proliferación de microorganismos.
- Nunca se llevará a cabo la inyección en una zona con lipohipertrofias, cicatrices, hematoma, eccema, heridas, etc.
- Es necesario colocar la aguja siguiendo el mismo eje de la pluma.
- Una vez se inyecte la insulina, será necesario contar hasta 10 con el émbolo pulsado hasta el fondo para que se administre la dosis completa.
- Puede ser factible el reparto de dosis cuando las insulinas superen las 100 UI.
- En el caso de existir fuga a través de la zona de punción una vez finalizada la inyección, será necesario inspeccionar todo el procedimiento en la siguiente ocasión por si existe alguna anomalía.
- Se debe purgar la pluma previamente a la inyección, Una vez se visualice una pequeña gota en la punta de la aguja, se seleccionará dosis correspondiente.
- El botón de la pluma no se presionará hasta que
- Nunca se compartirán plumas entre pacientes, dado el riesgo de transmisión de material biológico.
- Cada paciente tendrá su propia pluma.
- Únicamente se utilizará una pluma por inyección.
- Desechar la aguja inmediatamente después de su uso.
- En cuanto al lugar de punción, la insulina rápida no ve modificada su velocidad de absorción según la zona de punción. Por tanto, puede ser inyectada en cualquier zona.

En cuanto al manejo de las lipodistrofias, en el mismo estudio podemos encontrar las últimas evidencias recogidas por el grupo de expertos:

- La causa principal es la inyección repetida en el mismo lugar, así como una inadecuada rotación dentro de la zona.
- Existe una relación no causal entre la aparición de lipohipertrofias y la reutilización de agujas
- La absorción de insulina en zonas con lipohipertrofias puede llegar a ser errática, pudiendo producir diversas complicaciones como hiperglucemia, hipoglucemia o descontrol del perfil glucémico.

Las recomendaciones para el personal y pacientes para el manejo de lipohipertrofias (LHP) son las siguientes:

- Las zonas de inyección deberán ser inspeccionadas por el profesional al menos una vez al año, y en el caso de que existan antecedentes de LHP, se realizarán con mayor frecuencia.

- Será necesario educar a los pacientes en técnicas de autoexploración, correcta técnica de inyección.
- Enseñar al paciente cómo prevenir y sobre todo, detectar las LHP.
- Es muy importante evitar inyectar en la zona de LHP y no reutilizar las agujas.
- Probablemente, al inyectar en una zona virgen, sea necesario reajustar la dosis de insulina, disminuyéndola. Cuando esto ocurra, será necesario monitorizar la glucosa más a menudo, y prestar atención a la tendencia y a cualquier alteración.
- En ocasiones es necesario disminuir considerablemente la dosis.

Recomendaciones para la rotación de las zonas de inyección:

- Desde el momento de inicio de la terapia con insulina, debemos enseñar al paciente la forma de rotar las zonas de inyección de una forma fácil y comprensible.
- Se deberá verificar que el paciente sabe llevará cabo el esquema de rotación.
- El esquema más efectivo hasta el momento consiste en dividir la zona de punción en cuadrantes.
- Se utilizará un cuadrante por semana y se cambiará de cuadrante siempre en la misma dirección.
- Se debe rotar la zona de inyección sistemáticamente, dejando 1 cm de separación entre las zonas.

Reutilización de agujas:

- Existe una relación entre la presencia de LPH con la reutilización de agujas.
- Es deber del profesional informar al paciente de los riesgos que conlleva reutilizar las agujas, puesto que, además, existe mayor riesgo de sangrado y dolor en la punción.

Por otro lado, analizamos los resultados de otro gran estudio, denominado Titan 14. Dicho documento presenta las nuevas recomendaciones en técnicas de Inyección para pacientes con diabetes y está basado en los últimos estudios y publicaciones existentes en este campo, a un grupo internacional de expertos en técnicas de inyección se reunieron regularmente durante un periodo de 18 meses. Las recomendaciones generales que el estudio Titán 14, determina son las siguientes:

- Los niños y adolescentes deben usar una aguja de 4, 5 ó 6 mm. No hay ninguna razón médica para recomendar agujas de más de 6 mm.
- Cualquier paciente adulto puede utilizar agujas de 4, 5 y 6 mm, incluso los obesos. No existe fundamento científico para recomendar agujas de más de 8 mm en adultos☒

Lipodistrofias.

5 Discusión-Conclusión

Las lipodistrofias constituyen una complicación de la terapia con insulina en pacientes con DM Insulinodependientes. La presencia de lipodistrofias está causada por una técnica de inyección incorrecta.

Gran cantidad de estudios desvelan que un porcentaje importante de pacientes no realizan correctamente dicha técnica, lo que puede conducir a que aparezcan lipodistrofias y, por tanto, a un mal manejo terapéutico de la diabetes.

Se ha evidenciado, que escoger un buen tamaño de aguja (4-6 mm) previene la aparición de lipodistrofias y aporta beneficios al paciente, como menor dolor en la punción. En resumen, una correcta técnica de inyección evitará gran cantidad de efectos adversos. De esta manera, es crucial que el paciente reciba una correcta educación diabetológica por parte del profesional sanitario, lo que potenciará el autocontrol de su patología, así como empoderamiento terapéutico, convirtiéndolo en un agente activo de su salud. Por otro lado, es importante que periódicamente se verifiquen las habilidades y conocimientos del paciente a través de un proceso feed- back entre paciente y sanitario.

6 Bibliografía

1. Young RJ, Hannan WJ, Frier BM, Steel JM, Duncan LJ. Diabetes Care. Diabetic lipohypertrophy delays insulin absorption. 1984; 7(5): 479-80.
2. Chowdhury TA, Escudier V. Poor glycaemic control caused by insulin induced lipohypertrophy. BMJ. 2003; 327(7411): 383-384.
3. Heinemann L. Insulin Absorption from Lipodystrophic Areas: A (Neglected) Source of Trouble for Insulin Therapy?. J Diabetes Sci Technol. 2010; 4(3): 750-753
4. Frid A, Hirsch L, Gaspar R, Hicks D, Kreugel G, Liersch J, et al. New injection recommendations for patients with diabetes. Scientific Advisory Board for the Third Injection Technique Workshop. 2010; 36 Suppl 2:3-18.
5. Saez de Ibarra L, Gallego B. Factors related to lipohypertrophy in insulin-treated diabetic patients: role of educational intervention. Practical Diabetes International 2005; 15 (1): 9-11
6. Kordonouri O, Lauterborn R, Deiss D. Lipohypertrophy in young patients with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2002; 25(3):634
7. Hauner H, Stockamp B, Haastert B. Prevalence of lipohypertrophy in insulin-treated diabetic patients and predisposing factors. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 1996;104(2):106- 10.

8. Strauss K, Nuevas recomendaciones en técnicas de inyección para pacientes con diabetes. BD Medical – Diabetes Care.
9. Richardson T, Kerr D. Skin-related complications of insulin therapy: epidemiology and emerging management strategies. *Am J Clin Dermatol.* 2003; 4(10): 661-7
10. Vardar B, Kizilci S. Incidence of lipohypertrophy in diabetic patients and a study of influencing factors. *Diabetes Res Clin Pract.* 2007; 77(2):231-6
11. Jansá M, Colunga C, Vidal M. Actualización sobre técnicas y sistemas de administración de la insulina. *Av Diabetol.* 2008; 24(4): 347-354
12. Alzubaidi MA. Cutaneous complications of insulin therapy in patients with Type 1 diabetes mellitus. *Fac Med Baghdad,* 2009; 51 (4): 353-356.
13. Frid A, Kreugel G et al. Mayo Clinic. New Insulin Delivery Recommendations. Sept. 2016.
14. Frid A, Hirsch L, Gaspar R, Hicks D, Kreugel G, Liersch J, et al. Nuevas recomendaciones en Técnicas de Inyección [Internet]. 2017. 36 p.
15. De Meijer PHEM, Lutterman JA, van Lier HJJ, van't Laar A. The variability of the absorption of subcutaneously injected insulin; effect of injection technique and relation with brittleness. *Diabetic Medicine* 1990;7: 499-505
16. Frid A Linde B. Clinically important differences in insulin absorption from the abdomen in IDDM. *Diabetes Research and Clinical Practice* 1993;21:137-141.
17. Espelt A, Escolar-pujolar A, Arriola L. Avances en diabetología. 2011;27(3):78–87.
18. Álvarez SC, Sabugo CS De. Una Zona Básica De Salud. *EnfermComun.* 2016;4:23–9.

Capítulo 17

ATENCIÓN AL PACIENTE SOMETIDO A EXTRACCIÓN DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS DE PUNCIÓN DIRECTA DE MEDULA OSEA.

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

SUSANA MARTIN LORENTE

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ

1 Introducción

La médula ósea es la fuente original de los progenitores hematopoyéticos, su extracción se realiza en quirófano bajo anestesia general, o epidural dando múltiples punciones en la cresta iliaca posterior preferentemente, pudiendose también extraer de cresta iliaca anterior, esternón o meseta tibial.

2 Objetivos

Identificar los cuidados de enfermería que se llevan a cabo en el paciente adulto que se somete a extracción de médula ósea.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura sobre los cuidados de enfermería que se realizan en el paciente adulto que se somete a extracción de progenitores hematopoyéticos de medula ósea.

4 Resultados

Actos a realizar y comprobar:

Pre-extracción

Recepción del paciente

Revisión de historia clínica

Canalizar acceso venoso periférico

Comprobar la disponibilidad de la bolsa de autotransfusión

Preparación del paciente para quirófano

Control analítico

Durante la extracción (QUIROFANO)

Ayudar en la anestesia (general o epidural)

Preparar equipo necesario para la extracción

Monitorizar al paciente

Posición del paciente decubito prono

Administrar autotransfusión

Vigilar posibles complicaciones de la anestesia y procedimiento

Post-extracción (UNIDAD DE REANIMACIÓN)

Control del dolor en la zona de punción

Control de constantes vitales

Vigilar reacciones adversas a la anestesia

Reposo en cama

Vigilar sangrado en la zona de punción

Vigilar signos de infección en la zona de punción

Control analítico

Cumplimentar historia clínica el procedimiento y las incidencias si las hubiere

5 Discusión-Conclusión

Con este trabajo se pretende dar a conocer el procedimiento de extracción de medula ósea mediante punción directa para extracción de progenitores hematopoyéticos en quirófano, con el fin de proporcionar unos de cuidados de

enfermería, seguros y de calidad antes, durante y después de este procedimiento sencillo, pero no exento de riesgo

6 Bibliografía

- Guía del donante de médula ósea. Donación de medula ósea. Dona vida. Fundación Josep Carreras contra la leucemia. REDMO, registro de donantes de medula ósea
- La donación de medula ósea, progenitores hematopoyéticos. Centro de transfusión comunidad de Madrid. Edición octubre 2015
- Astheha. Asociación de Trasplantados hematopoyéticos y enfermos hematológicos de Asturias. Manual del donante. Ed. 2013

Capítulo 18

LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

LUCIA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Está claro que el envejecimiento demográfico es un fenómeno muy importante en los países desarrollados. A medida que la población envejece, los problemas sociales y de salud van en aumento, lo que supone a su vez un aumento de la demanda y del coste de los servicios sanitarios.

Las caídas son un síndrome geriátrico a tener en cuenta por su alta incidencia y su elevada morbimortalidad. Las caídas en el anciano tienen como consecuencias una disminución de la calidad de vida, además de un gasto en recursos socio-sanitarios. Suponen una disminución de la movilidad e independencia de los mayores, y un aumento del riesgo de fallecimiento.

2 Objetivos

- Realizar un análisis de las medidas y factores para prevenir las caídas en el anciano, así como identificar la importancia de la enfermera en la prevención e informar sobre posibles acciones más específicas para dicha prevención.

3 Metodología

Mediante un trabajo de revisión bibliográfica en distintas bases de datos, usando como palabras clave: anciano, consecuencias, caída y prevención; seleccionando los textos más específicos sobre los factores de riesgo de las caídas y sus consecuencias; además de determinar las intervenciones de enfermería para su prevención.

4 Resultados

Las caídas están motivadas por la suma de varios factores:

- Intrínsecos: alteraciones fisiológicas, factores socio-demográficos, deterioro cognitivo, polifarmacia.
- Extrínsecos: se incluyen todos los factores ambientales.

Todos estos factores se pueden eliminar o modificar realizando una correcta prevención, la cual se puede hacer a distintos niveles: primaria, secundaria o terciaria.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que todas las acciones para modificar los factores de riesgo están encaminadas a la prevención de caídas en el anciano. Las intervenciones de enfermería más adecuadas serán:

- Valoración de los riesgos existentes.
- Promoción de la salud.
- Limitación del daño.
- Rehabilitación temprana.

6 Bibliografía

1. Qida.es/blog/caídas.
2. Revista Medica Electrónica Portales Médicos. 24/08/17 ISSN 1886-8924.
3. Stannah.es/recursos/prevencción -caídas-ancianos 30/01/17.
4. Grupo de trabajo de enfermería de la Sociedad Española de hospitalización a domicilio: Guía del cuidados. SEHAD, 2013 ISBN 978-84695-9719-4.

Capítulo 19

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS DE CADERA

LUCIA MARTINEZ MARTINEZ

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La fractura de cadera es la lesión incapacitante más común y causa de muerte en ancianos, presentando una alta incidencia de ingresos hospitalarios.

2 Objetivos

Conocer las pautas de educación sanitaria en pacientes intervenidos de PTC y sus necesidades de auto-cuidado.

3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica, usando las palabras clave auto-cuidado, prevención, rehabilitación, ejercicios, prótesis y cadera. Además se han hecho uso de diferentes bases de datos como Dialnet, Scielo y PubMed.

4 Resultados

La intervención de PTC es muy frecuente. El éxito de la recuperación dependerá de la educación sanitaria para que el paciente colabore y evitar complicaciones.

Las principales RECOMENDACIONES se podrían resumir:

- No doblar la pierna operada, no sentarse en sillas bajas
- No girar sobre la pierna operada.
- Usar calzado adecuado, usar calzador de mango largo.
- Evitar el sobrepeso.
- Prevención de caídas.
- Caminar con ayuda de un andador o dos muletas (cuando y hasta que lo indique el médico).
- Subir escaleras: primero apoyar la pierna sana en el escalón al subir, después la operada y por último las muletas.
- Bajar escaleras: primero poner las muletas en el escalón, después la pierna operada y por último la sana.
- Prevención de trombosis venosa profunda: utilizar medias de compresión normal elástica hasta el mes de la intervención.
- Ejercicios para el domicilio: isométricos del cuádriceps, flexo-extensión del tobillo, flexo-extensión de rodilla y cadera, movilización de la cadera.
- Evitar doblarse más de 80° (evitar coger cosas del suelo, tocarse los pies...)
- Al sentarse, mantener las rodillas suficientemente separadas. No cruzar las piernas.
- Colocar un alza en el inodoro.
- Dormir boca arriba con almohada entre las piernas, no tumbarse de lado.
- Acosarse y levantarse de la cama: ir siempre de espaldas en los últimos pasos, para que la pierna operada esté apoyada. Igual pero a la inversa para salir de la cama.

5 Discusión-Conclusión

Dar al paciente una serie de recomendaciones en el informe de continuidad de cuidados de enfermería posibilita una mayor autonomía en el auto-cuidado. Con la educación sanitaria el paciente y la familia afrontan con más seguridad los cuidados en el domicilio.

6 Bibliografía

- Ten Gil, A. Campos Adrián, E. Casan Benito, A. Gonzalez Sánchez, E. 2007. Cuidados de enfermería en los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el CHGUV. Enfermería Digital. Hospital General Universitario de Valencia.
- Campos, F. Girbes, I. Canto, M. González, E. 2005. Fractura de Cadera: un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. Enfermería Integral.
- Traumatologíahellin.wordpress.com
- Delgado Torné, E.J 2018. delgadotrauma.com 28/04/18
- Beitia Ruíz A. Recomendaciones para pacientes con cirugía de reemplazo de cadera por artrosis. 12/06/09. eFisioterapia.net

Capítulo 20

LA LISTERIOSIS

LEONOR FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La listeriosis es una enfermedad con frecuencia no diagnosticada, que suele aparecer en forma de casos esporádicos, y cuyo interés epidemiológico radica en la posibilidad de transmisión vertical humana y en la aparición, en los últimos años, de algunos brotes importantes de transmisión alimentaria.

Está causada por el bacilo Gram positivo *Listeria monocytogenes*. Las características de esta bacteria son diferentes de las de otras, relativamente resistente al medio ácido (rango de pH de 4'3 a 9'6) y a altas concentraciones de sal (25'5% de ClNa), crece a bajas temperaturas, incluso por debajo de la temperatura de refrigeración (rango -1'5 a 50°C).

2 Objetivos

- Conocer y describir el patrón de presentación de la listeriosis en la población.
- Detectar precozmente, controlar y prevenir brotes.

3 Metodología

Criterio clínico: persona que presenta, al menos, una de las siguientes manifestaciones:

- Listeriosis neonatal: caracterizada por mortinato o al menos, uno de los siguientes cinco signos en el primer mes de vida.

- Granulomatosis infantis ptica.
- Meningitis o meningoencefalitis.
- Septicemia.
- Disnea.
- Lesiones cutáneas, mucosas o conjuntivales.

Listeriosis en el embarazo, caracterizada por al menos una de las tres siguientes manifestaciones:

- Aborto, provocado o espontáneo, mortinato o parto prematuro.
- Fiebre.
- Síndrome seudogripal.

- Otras formas de listeriosis, caracterizada por al menos una de las cuatro siguientes manifestaciones:

- Fiebre.
- Meningitis o meningoencefalitis.
- Septicemia.
- Infecciones localizadas como artritis, endocarditis y abscesos.

Criterio de laboratorio.

Al menos uno de los dos criterios siguientes:

- Aislamiento de *Listeria monocytogenes* en una ubicación normalmente estéril.
- Aislamiento de *Listeria monocytogenes* en una ubicación normalmente no estéril en un feto, mortinato, recién nacido o en la madre antes de transcurridas 24 horas del parto.

Criterio epidemiológico.

Al menos una de las tres relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona.
- Exposición a una fuente común.
- Exposición a alimentos contaminados.

Clasificación de los casos:

- Caso sospechoso: No procede.
- Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos y con una relación epidemiológica.
- Caso confirmado: Persona que satisface los criterios de laboratorio madre cuyo feto, mortinato o recién nacido presenta listeriosis confirmada por el laboratorio.

4 Resultados

Investigación de antecedentes.

Principalmente se centrará en:

- La encuesta alimentaria: tipo de alimento, marca, distribución y lugar de compra.
- Hábitos de manipulación de alimentos (análisis de la contaminación cruzada).
- Hábitos de higiene en la manipulación y elaboración de alimentos.
- Convivencia con animales y su manipulación.
- Garantía de higienización de los alimentos (fundamentalmente de la temperatura).
- En el hospital: tanto de los alimentos ingeridos como de las prácticas, uso de equipos o materiales que pudieran contaminarse.

El caso debe recibir tratamiento antimicrobiano, para los contactos sólo es necesaria la vigilancia clínica. Puede ser razonable administrar cotrimoxazol o ampicilina durante varios días a aquellas personas asintomáticas con alto riesgo de listeriosis que se sabe que han ingerido alimentos implicados en un brote epidémico.

En caso de brote de listeriosis debe iniciarse una investigación epidemiológica para determinar la fuente de infección y el modo de transmisión y deben iniciarse medidas preventivas o de control.

En caso de brotes se procederá a la búsqueda activa de otros casos relacionados con la misma fuente de infección, sobre todo entre la población más susceptible de padecer la infección: embarazadas, neonatos, ancianos e inmunodeprimidos. En ellos, la sintomatología puede manifestarse con todas sus características. Fuera de estos huéspedes, la listeriosis puede presentar síntomas parecidos a la gripe, o incluso puede ser asintomática.

En casos de listeriosis esporádica en los que se confirme el aislamiento del germen en el alimento, se hará también búsqueda de otros casos que hubieran podido consumirlo, con especial interés en aquellos huéspedes de riesgo antes mencionados.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres embarazadas y las personas con deficiencias inmunitarias deben consumir sólo carnes perfectamente cocinadas y productos lácteos pasteurizados y calentar las sobras de comidas. Además deben evitar alimentos preparados listos

para consumir, y el contacto con materiales que puedan ser infectantes, como fetos abortados de animales de granja.

Debe garantizarse que los alimentos de origen animal cumplen las regulaciones en materia de higiene y seguridad alimentaria. No conviene usar estiércol no tratado para fertilizar productos hortenses, y hay que lavar y desinfectar adecuadamente las hortalizas de consumo en crudo o poco cocinado antes del consumo. Los veterinarios y granjeros deben tomar precauciones adecuadas al manipular fetos abortados y animales enfermos o muertos, especialmente ovejas que hayan fallecido de encefalitis.

6 Bibliografía

1. Listeriosis. En: Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 19 Edición. Washington: American Public Health Association, 2008, p357-361.
2. Human *Listeria monocytogenes* infections in Europe - an opportunity for improved.
3. European surveillance. J Denny, J McLauchlin. Eurosurveillance Vol 13:13, 27-05-2008.
4. CDC frequently asked questions about listeriosis.
5. Decisión de la Comisión de 28/IV/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
6. SB. Barbuddhe, T Maier, G. Schwarz, M Kostrzewa, H. Hof, E. Domann, T. Chakraborty, T. Hain. Rapid identification and typing of listeria species by matrix-assisted laser desorption ionization-time of flight mass spectrometry. Appl Environ Microbiol. 2008 Sep;74(17):5402-7.
7. Sperry KE, Kathariou S, Edwards JS, Wolf LA. Multiple-locus variable-number tandem-repeat analysis as a tool for subtyping *Listeria monocytogenes* strains. 2008; 46(4):1435-50.
8. B. Sawaminathan, P. Gerner-Smidt. The epidemiology of human listeriosis. Microbes and Infection. 2007; 9:1236-1243.
9. Bennett Lorber. *Listeria monocytogenes*. En: Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Elsevier, 6ª edición. Madrid, 2006; pag. 2478-2484.
10. A Working Group of the former PHLS Advisory Committee on Gastrointestinal Infections. Preventing person-to-person spread following gastrointestinal in-

fections: guidelines for public health physicians and environmental health officers. *Commun Dis Public Health*. 2004;7:362-84.

11. Orden de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Capítulo 21

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA (ESTUDIO DE CASOS).

MIRIAM DE LA RIVA LARIO

1 Introducción

El dispositivo portátil de Terapia de Presión Negativa (TPN) es un sistema para el tratamiento no invasivo de heridas, utiliza una presión activa, controlada y localizada y de un único uso. Actúa de forma activa en la cicatrización de las heridas. Se pretende reducir la herida mediante un control del exudado, mejora del aporte sanguíneo y facilitar la formación de tejido de granulación.

2 Objetivos

Mejorar la calidad de vida de los pacientes, evitando su ingreso en el hospital y permitiéndole a la vez, conservar su movilidad y autonomía personal.

3 Metodología

Estudio descriptivo de una serie de casos recogidos durante el periodo de un año, que han precisado de esta terapia. El estudio se realizó con 17 pacientes afectados por diferentes lesiones.

4 Resultados

De los 17 pacientes, 13 evolucionaron satisfactoriamente (76.47%) y 4 de ellos precisaron su retirada por diferentes motivos como dolor, mala evolución, incompatibilidad con la persona, etc.

Las 3/4 partes de los pacientes con indicación para el empleo de esta técnica (TPN) han tenido una evolución satisfactoria.

5 Discusión-Conclusión

Beneficios y ventajas de la TPN en las heridas. El uso de la presión negativa estimula la proliferación del tejido de granulación, acelerando la cicatrización de la herida:

- Mejora la circulación sanguínea en el lecho de la herida.
- Promueve la contracción de la herida.
- Previene infecciones cruzadas gracias al sistema cerrado.
- Elimina toxinas y reduce la infestación de gérmenes.
- Reduce el edema de la herida.

6 Bibliografía

1. Miró R, Rodríguez MA, Amorós S, García P. Tema 2. La piel y la cura de heridas. 21612 Fundamentos Clínicos y Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos. Palma de Mallorca: Campus Extens. UIB virtual; Tercera ed:12-8.
2. Henderson V, Timmons J, Hurd T, Deroo K, Maloney S, Sabo S. La TPN en la práctica diaria. *Wounds Int* [Internet]. 2010;1(5):1-5.
3. Ensenyat Colomer X. Cicatrización de heridas de piernas catastróficas mediante Terapia de Presión Negativa. *Paraninfo Digit*. 2013;19:10.
4. Aranton Areosa L, Capillas Pérez R, Fornes Pujalte B, Palomar Llatas F, Ruiz Hontangas A. Gestión de los cuidados enfermeros en úlceras y heridas. Madrid: Ediciones DAE grupo paradigma; 2009. p. 303-9.
5. Tejada domínguez FJ. Cierre asistido por vacío. *Hygia de enfermería* 2013;82:13-8. <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia82.pdf>
6. Vowden K, Téot L, Vowden P. Topical negative pressure in wound management. *Eur Wound Manag Assoc*.
7. Sarabia Cobo C, Castanedo Pfeiffer C. ¿En qué consiste la presión tópica negativa? ¿Es eficaz/ eficiente en el cierre de heridas complejas? Revisión del tema. Helcos <http://scielo.isciii.es>.

8. Rodríguez Cancio C. Seguretat del malalt: ultimes novetats en cures d'úlceres per pressió i ferides. Palma de Mallorca; 2012.
9. Huang C, Leavitt T, Bayer L, Orgill D. Effect of negative pressure wound therapy on wound healing. *Curr Probl Surg*.
10. Ortega-león LH, Vargas-domínguez A, Ramírez-tapia D, Zaldívar-ramírez FR, Rodríguez-báez A, Montalvo-javé E. Empleo de la presión negativa en el tratamiento de heridas complicadas . Reporte de seis casos.

Capítulo 22

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ANCIANOS CON INCONTINENCIA URINARIA

HELENA RICO BLANCO

ROMINA GONZALEZ PÉREZ

SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA

ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Al hablar de cuidados de enfermería en el anciano con patología urológica, no se puede enfocar solamente sobre los aspectos concretos referidos a la patología urológica y a las técnicas específicas a realizar como profesionales de enfermería, ya que las características que definen al paciente geriátrico, como los cambios asociados a la edad y la pluripatología, hacen que la actuación, como enfermeros, tomando como referencia a Virginia Henderson, completa al paciente en toda su dimensión.

”La función propia de la Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que este realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.”

Por tanto el trabajo del enfermero se centra en las 14 necesidades básicas del individuo, descritos por Virginia Henderson siguiendo para ello un proceso dinámico que se conoce con el nombre de Proceso de Atención de Enfermería, que consta de 5 pasos: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

En la valoración, la agrupación de los datos según el esquema propuesto por Maslow parece adecuada en lo referente al paciente geriátrico, al permitir el establecimiento de prioridades . Desarrollaremos primero los aspectos generales de los cuidados de enfermería por aparatos y sistemas, para llegar finalmente al estudio de las actuaciones mas específicas en el anciano con patología urinaria.

2 Objetivos

Exponer y analizar los cuidados que precisan los ancianos con incontinencia urinaria desde la perspectiva la práctica enferma.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura sobre los cuidados que precisan los pacientes ancianos con incontinencia urinaria.

4 Resultados

El proceso de eliminación en el anciano se caracteriza por la aparición de cambios morfológicos, funcionales, psicológicos y sociales que producen potencialmente una menor efectividad de los mecanismos de eliminación. Para valorar las necesidades de eliminación del anciano, deberemos tener en cuenta la frecuencia, molestias y alteraciones posibles, tanto en la defecación como la diuresis.

Las enfermedades diagnosticadas durante la vejez son las mismas que pueden afectar al adulto, pero la frecuencia, los síntomas clínicos y la evolución, son muy distintos.

La incontinencia urinaria se define por la emisión de manera repetida e independiente de la voluntad de la persona. Es el resultado de una presión vesical que excede la resistencia uretral. La debilidad o el deterioro estructural o de la musculatura aumentan el riesgo de incontinencia.

La incontinencia puede ser debida tanto a alteraciones del tracto urinario, como

a problemas cerebrales / demencia, ACV... Aunque la incontinencia no amenaza la vida de los ancianos, provoca disminución de la calidad de vida.

Afecta al 15% de los ancianos integrados en la comunidad y hasta el 50% de los ingresados en una institución geriátrica. El 35% de los hombres y el 15% de los hombres mayores de 60 años tienen incontinencia urinaria variable.

Los cambios relacionados con el envejecimiento no afectan por igual en la regulación de la función evacuatoria de la orina, pero sí justifican los casos de incontinencia. Son:

- Aumento de emisión nocturna de orina o nicturia
- Elevación del residuo de orina posmiccional
- Aparición de contracciones involuntarias de la vejiga
- Reducción del flujo renal y del control sobre el esfínter uretral
- Disminución de la capacidad de almacenar orina

La incontinencia provoca en el anciano, a menudo, aislamiento, depresión, actitudes encaminadas a ocultar los episodios de incontinencia, disminución del autoestima, pérdida de las relaciones sociales, problemas en el funcionamiento familiar y la alteración de las relaciones de pareja, sentimientos de incomprensión, y miedo a las reacciones del entorno ante su incontinencia.

Por tanto, los objetivos en la incontinencia urinaria en ancianos se basan, mayoritariamente, en conseguir un manejo de la incontinencia a través de diversos tratamientos para poder conseguir el mayor nivel de autonomía posible y de independencia sobre todo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

Administrar los cuidados de Enfermería en estas patologías crónicas tan importantes, incapacitantes y habituales en las personas mayores, desde el punto de vista de un Plan de Cuidados de Enfermería, nos garantiza un índice de éxito en el manejo de las patológicas y las posibles soluciones podrán ser valoradas, evaluadas y contrastadas siguiendo un proceso objetivo, continuo y estandarizado, beneficioso tanto para todos los profesionales sanitarios como para los propios usuarios.

El profesional de enfermería, siguiendo el plan de cuidados estandarizado, podrá conseguir en el anciano una autonomía en sus actividades básicas que repercu-

tirán tanto en la dimensión física como psicológica y emocional del paciente, así como en sus relaciones en el entorno que le rodea. Será muy importante la educación para la salud dependiendo del grado de independencia del paciente, para el automanejo de la propia incontinencia y la remisión parcial o total de esta.

6 Bibliografía

- Temario de oposiciones de Enfermería ofrecido por el sindicato de Comisiones Obreras
- Distintas páginas web de internet sobre el tema.

Capítulo 23

EL PELIGRO ACTUAL DE LOS AZUCARES AÑADIDOS. ELIMINAR EL AZUCAR, SUMA VIDA

CARLA PÉREZ MORÁN

MARTA RAMOS GARCÍA

ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Un punto importante en enfermería, centrándonos en la figura de la enfermera escolar y relacionada con el ámbito nutricional, es el tema del azúcar añadido. El organismo necesita glucosa no sólo para realizar sus funciones vitales sino también porque es el alimento principal del cerebro. Dicha glucosa puede localizarse de forma intrínseca o añadida en los alimentos (sacarosa, fructosa o glucosa). Según explica el Dr. Francesco Branca, director del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS, el azúcar no es necesario desde el punto de vista nutricional. El organismo no precisa azúcar extra, tan sólo basta con el intrínseco localizado en alimentos saludables como fruta, verdura y lácteos (fructosa y lactosa). La Dra. Saavedra indica sobre el azúcar refinado que debe evitarse al máximo y que nuestros genes no están adaptados a metabolizarlo, por lo que lo convierten rápidamente en grasa y favoreciendo así la aparición de sobrepeso y obesidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer el marco legislativo actual para regularizar el consumo de azúcar.

Objetivos secundarios:

- Concienciar sobre la importancia de mantener una dieta saludable desde la infancia.
- Conocer los efectos derivados del consumo excesivo de azúcar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Para elaborarlo se realizó una lectura comprensiva de la literatura encontrada destacando lo más importante y centrándonos sobre todo en lo referente al marco legal relacionado con: el control del azúcar, problemas derivados del consumo en exceso y educación para la salud.

4 Resultados

Estudios avalan los efectos del exceso de azúcar, uno de ellos es el llamado “Glucose induced b-catenin acetylation enhances wnt signaling in cáncer”, realizado en la Universidad Rey Juan Carlos, explica como la obesidad y la diabetes predisponen a padecer cánceres.

Según cifras estadísticas en el Estudio Aladino 2015, España presenta cifras de sobrepeso y obesidad entre las más altas de los países de Europa en niños de 6 a 9 años de ambos sexos. A pesar de esto, las cifras de sobrepeso han disminuido a partir de 2011. Pese a que la gente cada vez es más consciente de la importancia de una alimentación sana desde la niñez, España tiene todavía un gran trabajo en cuanto a educación para la salud en la infancia, no sólo enfocado a la alimentación saludable para disminuir las enfermedades con las que se relaciona su consumo en exceso (obesidad o diabetes), sino también a la hora de disminuir otro gran gasto sanitario, las caries.

5 Discusión-Conclusión

Al centrar este trabajo en la enfermera escolar, la escuela se debe focalizar como la segunda institución para realizar una educación saludable, siendo la primera el hogar. Ambas instituciones deben de complementarse, de ahí la importancia que juega el papel de los padres, ya sea por comenzar con esta educación, como apoyando y continuando esta educación impartida en las campañas que aparecen cada vez más en las guarderías y colegios. Iniciar esta educación en alimentación y nutrición en edades tempranas es una de las armas más potentes con las que podemos contar para corregir el estado nutricional presente y futuro.

Aunque las cifras de sobrepeso y obesidad hayan disminuido, según estadísticas desde el 2011, hay que seguir fomentando la alimentación saludable y equilibrada, y potenciar la investigación para así conocer más a fondo la repercusión del azúcar en nuestro organismo. Uno de los mayores gastos en los países desarrollados relacionado con el azúcar son las caries, de ahí la importancia de inculcar una correcta higiene dental, crear un hábito desde la infancia y realizar visitas frecuentes al dentista.

6 Bibliografía

1. OMS. La OMS recomienda aplicar medidas en todo el mundo para reducir el consumo de bebidas azucaradas y sus consecuencias para la salud [sede web]. Ginebra: OMS; 11 de Octubre de 2016 [acceso el 15 de Diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int>.
2. OMS. Nota informativa sobre la ingesta de azúcares recomendada en la directriz de la OMS para adultos y niños [sede web]. Ginebra: Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo; 2015 [Acceso el 20 de Diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int>.
3. OMS. Programa de trabajo para el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, 2016-2025 [sede web]. OMS; 27 de Enero de 2017 [acceso el 8 de Enero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int>.
4. OMS. La OMS y la FAO publican un informe de expertos independientes sobre dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas <https://www.who.int>.
5. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Plan de colaboración para la mejora de la composición de los alimentos y bebidas y otras medidas 2020[Sede web].Madrid: AECOSAN; 5 de Febrero de 2018 [acceso 9 de Enero de 2019]. Disponible en:

<http://www.aecosan.msssi.gob.es>.

6. Ruiz E. y Varela-Moreiras G. Adecuación de la ingesta de azúcares totales y añadidos en la dieta española a las recomendaciones: estudio ANIBES. *Nutrición Hospitalaria* [revista en Internet] 2017 [Acceso 9 de Enero de 2019]; 34(4). Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.

7. Boletín Oficial del Estado. Resolución de 26 de marzo de 2018, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Convenio entre la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, para el fomento de la alimentación saludable y de la actividad física en el ámbito de atención primaria. [Sede Web]. Madrid: BOE; 13 de Abril de 2018. [acceso 20 de Enero de 2019]. Disponible en: <https://www.aepap.org>.

Capítulo 24

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE APLASIA MEDULAR

JOSÉ ARCIOLES FERNÁNDEZ

JESUS RUIZ VERA

LUCÍA SÁNCHEZ CARRO

1 Introducción

La Aplasia Medular (AM) o Anemia Aplásica es la desaparición de las células encargadas de la producción de la sangre en la médula ósea. Como consecuencia, aparece una disminución de los hematíes (glóbulos rojos), de los leucocitos (glóbulos blancos) y de las plaquetas en la sangre periférica.

Como consecuencia de estos resultados que se producen, es necesario realizar un estudio de la médula ósea (biopsia), en el que se observará una ausencia total o parcial de las células encargadas de producir los elementos de la sangre.

Además, este estudio nos proporcionará información sobre otros procesos hematológicos que pueden cursar también con anemia, leucopenia y/o trombopenia, como es el caso de las leucemias agudas.

2 Objetivos

General: Elaborar un plan de cuidados de enfermería para nuestro paciente con aplasia medular con el objetivo de paliar su sufrimiento.

Específicos:

- Marcar las pautas a seguir por parte la enfermería para realizar una correcta prevención de las posibles complicaciones que puedan desarrollarse.
- Detectar con prontitud los signos y síntomas.
- Actuar de manera correcta ante la aparición de posibles complicaciones.
- Conseguir una calidad en los cuidados, buscando la satisfacción del paciente.
- Cubrir todas las necesidades del paciente, tanto las percibidas por él como las observadas por los profesionales de enfermería.
- Conseguir un ambiente de confort, seguridad y apoyo durante la hospitalización.

3 Caso clínico

Paciente de 53 años que está casado y su mujer es la cuidadora principal. Tiene una hija de 34 años que vive en el extranjero y está casada, otra hija menor de 30 años que vive fuera por trabajo, pero pasa los fines de semana en casa de sus padres, y un hijo de 21 años que es estudiante, vive en casa y ayuda a la madre en los cuidados del paciente.

El paciente trabajaba de agricultor, siendo propietario de terrenos de olivos, obteniendo el sustento económico para la familia. Vive en la zona céntrica de Triana (Sevilla), en una casa cómoda. Ha estado recibiendo asistencia de su médico de cabecera una vez por semana. El paciente tiene en su casa varias estatuillas e imágenes de santos y vírgenes.

El paciente es remitido a nuestra consulta en agosto en el Hospital virgen del Rocío de Sevilla a raíz de pruebas de alergia a medicamentos, se detectó leucotrombopenia leve e hipoplasia de médula ósea.

Se realiza inmunofenotipo, compatible con linfocitosis NK, desde entonces mantiene cifras hematimétricas estables hasta octubre de 2013, a partir de entonces descenso paulatino de las tres series, con neutropenia intensa.

Clínicamente sintomático, con infecciones y astenia. El paciente ha sido cuidado en casa con asistencia sanitaria una vez por semana. La mujer ha claudicado en este año por padecimiento de fibromialgia.

4 Resultados

El manejo del paciente con Aplasia medular en tratamiento, ha demandado en el personal de salud y en el campo de la enfermería un análisis de los factores que pueden contribuir a disminuir las complicaciones que se presentan.

Con este paciente vamos a realizar cuidados de enfermería con el objetivo de intentar conseguir una rápida recuperación en su vida estableciendo lazos tanto con el cómo con su familia debido al prolongado tratamiento que va a padecer, con la finalidad de que pueda llevar a cabo un estilo de vida acorde a sus necesidades, a pesar de tener que convivir con esta enfermedad.

Para ello le facilitaremos todo tipo de información que esté a nuestro alcance.

5 Discusión-Conclusión

La aplasia medular es una insuficiencia medular caracterizada por la desaparición total o parcial de los precursores hematopoyéticos en médula ósea, lo que da lugar a una pancitopenia en sangre periférica. El pronóstico y tratamiento depende del grado de aplasia frente a la que nos encontremos. En este tema también incluimos la insuficiencia medular selectiva de precursores de la serie roja (eritroblastopenia) que puede ser: congénita o adquirida.

La realización de un plan de cuidados en pacientes con aplasia medular nos permite una evolución del paciente desde todas sus dimensiones (bio-psico-social).

6 Bibliografía

- <http://www.nanda.es/>
- http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/enfermeria/cuidados_enfermeria/nanda_nic.pdf.
- <https://www.geth.es/pacientes/hemopatias/aplasia-medular>.
- Brodsky RA, Jones RJ. Aplastic anaemia. *Lancet* 2005; 356:1647-56.
- Nakao S. Immune mechanism of aplastic anemia. *Intern J. Hematol* 1997;66:127-34.

Capítulo 25

CONCEPCIÓN INTRAUTERINA-DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ

1 Introducción

El DIU es un pequeño dispositivo de plástico en forma de T, utilizado como anti-conceptivo. Este se inserta en el útero donde permanece para evitar un embarazo.

Existen 2 tipos:

- DIU que libera cobre.
- DIU que libera progestina.

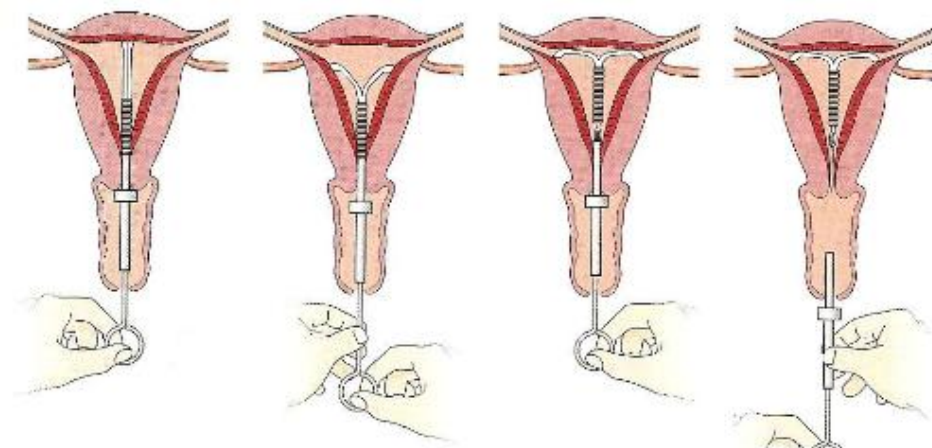
2 Objetivos

- Exponer el funcionamiento del dispositivo intrauterino (DIU)

3 Metodología

Para colocar el DIU, se introduce un espéculo en la vagina y después se utiliza un colador especial para introducir el dispositivo en el útero a través de la abertura del cuello uterino. Normalmente el procedimiento no dura más de cinco minutos.

Se puede colocar en cualquier momento del ciclo menstrual aunque es preferible realizarlo con la menstruación ya que el cuello uterino está más abierto. Generalmente también es posible colocarlo inmediatamente después de un parto e incluso un aborto.



4 Resultados

Evitar que el espermatozoide fertilice un óvulo.

El DIU de cobre empieza a funcionar de inmediato después de insertarlo, liberando iones de cobre que son tóxicos para los espermatozoides y la forma de T también los bloquea evitando su llegada al óvulo.

El DIU que libera progestina empieza a funcionar 7 días después de insertarlo. La progestina evita que los ovarios liberen el óvulo. La forma de T hace la misma función que en el de cobre.

- Más del 99% de efectividad.
- Duración de 3 a 10 años.
- Disminución riesgo de cáncer cervical.

5 Discusión-Conclusión

Este método anticonceptivo es uno de los más usados en el mundo y con más efectividad. En España el índice de uso es muy bajo respecto al resto de países

desarrollados

No previenen las ETS, por lo cual es un método recomendable para mujeres con pareja estable.

6 Bibliografía

- Glaser A. Contraception. In:Jameson JL, De Groot LJ, de Krester DM, et al, Ed's. Endocrinology:Adult and Pediatric. 7th Ed. Philadelphia, PA: El Sevier Saunders, 2016:chap 134.
- Harper DM, Wilding Le, Blanner CF. Contraception. In:Rakel RE Textbook of family Medicine, 9th Ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016:chap 26.
- Jatlaoui T, Burstein GR. Contraception. In:Kliegman RM, Stanton BF, St. Gene JW, Schor NF, Ed's. Nelson textbook of pediatrics. 20th ed. Philadelphia, PA:Elsevier, 2016:chap 117.
- Rivlin K, Westhoff C. Family planning 7th Ed. Philadelphia, PA:Elsever:2017: chap 13.

Capítulo 26

MEDIDORES CONTINUOS DE GLUCOSA

CRISTINA RODRIGUEZ ABAD

1 Introducción

Son dispositivos que miden la glucosa de manera continua, ofreciendo lecturas cada 5 minutos aproximadamente. Se componen de un sensor que posee un filamento flexible que insertado bajo la piel y que tiene una vida que va desde los 6 días a los 14, dependiendo del modelo, y un transmisor que envía la señal a un dispositivo receptor que ofrece la lectura en pantalla.

A diferencia de los medidores de glucosa capilar, lo que miden es glucosa en el líquido intersticial, es decir, entre las células, y no glucosa en sangre.

2 Objetivos

- Proporcionar información global sobre el perfil de glucosa.
- Permitir un ajuste inmediato de la terapia no solo basado en el valor de glucosa sino también en la tendencia.
- Permitir conocer los valores de glucosa durante el sueño.
- Permitir identificar hipoglucemias asintomáticas no detectadas.
- Permitir identificar excursiones glucémicas en distintos momentos del día.
- Poder reducir el número de mediciones de glucosa capilar.
- Permitir guiar la titulación de distintos fármacos para la diabetes.
- Facilitar la adaptación de la tasa basal de las bombas de insulina al perfil de glucosa del paciente.

- Permitir cuantificar la variabilidad glucémica.
- Permitir estimar el valor de HbA1c.
- Proporcionar seguridad al paciente, mejorando su calidad de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El sensor que se implanta en el brazo del paciente es redondo, aproximadamente del tamaño de una moneda de dos euros, mide la glucemia cuatro veces por minuto y realiza una media de esos índices.

El sistema consta a su vez de un lector que, al pasarlo sobre el sensor, recibe los datos de las mediciones, transmitidos de forma inalámbrica. El sistema dispone de un software que permite visualizar en la pantalla del lector los índices de glucosa del paciente. El programa informático presenta además una gráfica comparativa de la tendencia con las lecturas anteriores y tiene capacidad para almacenar los datos durante 90 días. Cada análisis muestra un resultado de glucosa en tiempo real, una tendencia histórica y la tendencia de la glucosa en sangre. Ofrece una visualización directa de los niveles de glucosa en cualquier momento que el paciente quiera conocerlos. El dispositivo lector permite su conexión a un ordenador para descargar las mediciones y analizarlas, lo mismo que las gráficas. Además de las ya descritas, otra de las ventajas que ofrece este nuevo sistema es que presenta una forma de colocación muy sencilla, mediante un kit que permite que el propio paciente pueda colocárselo en el brazo. El paciente 'encaja' el sensor en la piel ejerciendo una ligera presión de forma que quedará adherido gracias a la almohadilla adhesiva.

Registros técnicamente satisfactorios en el 92 % de los estudios (poco más del 80 % los primeros dos años, más del 95 % en los últimos). Hipoglucemias nocturnas no detectadas en el 36% de los días y en el 29 % de los pacientes (19 pacientes

sufrieron hipoglucemia las tres noches del estudio)

Duración media de las hipoglucemias nocturnas de 110 minutos.

Lecturas nocturnas de 40 mg/dL o menos en el 28 % de los días estudiados y en el 20 % de los pacientes con diabetes tipo 1.

Picos postprandiales de más de 100 mg/dL de diferencial en la práctica totalidad de los pacientes tratados con insulina regular y en cerca de la mitad de los tratados con análogos de acción corta.

En 151 estudios se registró la HbA1c inmediatamente antes de la prueba y tres meses después. El resultado fue una mejoría tan solo modesta en el control metabólico.

5 Discusión-Conclusión

Posiblemente la mayor utilidad resida en favorecer la toma de decisiones terapéuticas compartidas con el paciente. Colocar los gráficos frente al mismo, ayudarle a comprender lo que representan y darle unos minutos para la reflexión, permite que el individuo descubra qué es lo que anda mal y empiece a buscar soluciones con ayuda del profesional. Este procedimiento es especialmente eficaz en el caso de hipoglucemias nocturnas no reconocidas. Sin duda es un hallazgo que genera ansiedad en el paciente, pero tiene la contrapartida de que se le pueden ofrecer inmediatamente soluciones para tratar de minimizar el problema (modificación de pautas, utilización de análogos de acción prolongada en lugar de NPH nocturna, infusor continuo de insulina, etc).

Los sensores continuos de glucosa se están mostrando especialmente útiles en usuarios de bomba de insulina para comprobar la mejora de los picos postprandiales, para el cálculo de los “bolus” extendidos de insulina para determinados alimentos (p.e.: han permitido demostrar que frente a hidratos de carbono de absorción lenta, los “bolus” no deberían aplicarse instantáneos sino expandidos), para la comprobación de las mejoras logradas con el ejercicio, la utilización de “bolus” bimodales y la mejoría de la glucemia nocturna en embarazadas.

6 Bibliografía

- Buckingham BA, Kollman C, Beck R, et al. Evaluation of factors affecting CGMS calibration. *Diabetes Technol Ther* 2006; 8 (3):318-325.
- Lagarde WH, Barrows FD, Davenport ML, Kang M, Guess HA, Calikoglu AS. Continuous subcutaneous glucose monitoring in children with type 1 diabetes mellitus: a single-blind, randomised, controlled trial. *Pediatric Diabetes* 2006; 7: 159-164.
- Weiss R, Yegorchikov Y, Shusterman A, Raz I. Non-invasive continuous glucose monitoring from the first 62 subjects. *ADA Annual Meeting*; 2006: P-408.
- Clarke WL, Anderson S, Farhy L, et al. Evaluating the clinical accuracy of two continuous glucose sensors using continuous glucose-error grid analysis. *Diabetes Care* 2005; 28 (10): 2412-2417.
- Tanenberg R, Bode B, Lane W, et al. Use of Continuous Glucose Monitoring System to guide therapy in patients with insulin-treated diabetes: a randomized controlled trial. *MayoClin Proc* 2004; 79:1521-1526.

Capítulo 27

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ANCIANOS CON ESTREÑIMIENTO

HELENA RICO BLANCO

ROMINA GONZALEZ PÉREZ

SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA

ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En los ancianos, todas las patologías y enfermedades que se presentan pueden expresarse con signos y síntomas peculiares y específicos de este grupo de edad. La evolución de la enfermedad también presenta sus peculiaridades: la resolución de los procesos suele ser más lenta, son más frecuentes las complicaciones y es habitual la descompensación de otras patologías coexistentes. El deterioro funcional tiende a estar siempre presente. A veces los estudios y procedimientos diagnósticos se multiplican y se alargan en el tiempo. Con dificultad para llegar a conclusiones claras; mientras tanto, el deterioro funcional físico y mental puede ser devastador, sobre todo en ancianos hospitalizados.

Igualmente, con problemas relacionados con la eliminación tanto intestinal como urinaria, los síntomas presentados en este colectivo son específicos y peculiares, por lo que hay que tratarlos como tal y realizar un abordaje integral, para ello utilizaremos el Plan de Cuidados de Enfermería, que es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de Enfermería, compuesto de 5 pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

2 Objetivos

Abordar el problema del estreñimiento en ancianos y explicar las principales medidas y recursos para ayudar a estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Consiste en la reducción de la frecuencia de las deposiciones y/o la evacuación dificultosa de las heces. Se considera anormal una frecuencia menor de tres deposiciones semanales. Otras características como la consistencia dura de las heces y la presencia de síntomas en la evacuación como el tenesmo o el dolor, definen también el estreñimiento.

Es muy común entre los ancianos, pero es difícil precisar su prevalencia real porque muchos ancianos se consideran estreñidos sin serlo, y toman laxantes indebidamente. Hay muchos que creen que lo normal es hacer una deposición diaria. Un estudio reciente afirma que un 12% de los ancianos viven en la comunidad son estreñidos, un 41% de los hospitalizados, y hasta un 80% de los ancianos institucionalizados.

El envejecimiento produce alteraciones en el tubo digestivo, pero eso no es la causa del estreñimiento. Con el envejecimiento hay una mayor presencia de sustancias favorecedoras del estreñimiento como las dietas pobres en fibra, la vida

sedentaria, el consumo de fármacos, y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes.

Los criterios definitorios del estreñimiento son:

- Evacuación de heces secas, duras, escasas e infrecuentes
- Defecación dolorosa o tenesmo
- Esfuerzo excesivo al defecar
- Sensación de evacuación del recto incompleto

La variación de la consistencia de las heces se explica por el hecho de que, al pasar por el intestino grueso los desechos de la digestión se diluyen mediante el agua que se va absorbiendo. La consistencia de las heces, depende del tiempo que permanezcan en el conducto gastrointestinal. El estreñimiento se relaciona con la obstrucción mecánica en colon o en recto, la hipermotilidad intestinal, la obstrucción funcional del tracto de salida del intestino grueso (ano-recto) por anomalía en el reflejo de defecación y/o la debilidad de los músculos de la pared abdominal y del suelo pélvico, que actúan en la expulsión de las heces al aumentar la presión intraabdominal y participan en el reflejo defecatorio.

En la mayoría de los casos, el estreñimiento crónico es consecuencia de la disminución de la motilidad intestinal por una pérdida del control neurológico de la misma, de una alteración en el reflejo de la defecación o en algunas ocasiones, de la inmovilidad o de la inhibición voluntaria repetida de la evacuación.

Los objetivos en los que nos basaremos en el plan de cuidados en relación con este tipo de pacientes, irán encaminados a mantener la autonomía lo máximo posible y la independencia del anciano, dentro de sus posibilidades y de su situación basal, y poder realizar actividades de enfermería individualizadas a la situación actual del anciano para llegar a una calidad de vida digna.

Los profesionales de Enfermería, siguiendo paso a paso el Plan de Cuidados de Enfermería, serán capaces de identificar las causas del estreñimiento y a partir de ahí, clasificar los objetivos y definir las intervenciones y los cuidados de enfermería, que serán revisados continuamente durante el plan de cuidados y evaluadas posteriormente, puesto que la situación del anciano puede cambiar y puede ser posible que las actividades tengan que ser cambiadas, añadir unas nuevas o eliminar otras que no dan los resultados deseados.

Es importante dar énfasis en la educación para la salud, tanto para el propio paciente como su entorno familiar y comunitario, puesto que la educación en

esta patología es clave para conseguir una independencia y manejo del propio paciente y de su entorno cercano.

CAUSAS

Pueden ser:

- Obstructivas: Bridas intestinales, tumores, hernias, fecalomas...
- No obstructivas: Fármacos (laxantes, psicofármacos, antiácidos...), metabólicas (Diabetes Mellitus, hipopotasemia, hiper o hipotiroidismo, hipocalcemia...), neurológicas (Parkinson, ACV...) o idiopático.
- Lo esencial es diferenciar las causas obstructivas de las no obstructivas para valorar el tipo de tratamiento que requiere. Por ejemplo, ante un antecedente de cirugía abdominal, con estreñimiento de reciente aparición, que va acompañado de dolor abdominal agudo y con fiebre y distensión abdominal, se sospechara de una obstrucción intestinal, por ejemplo, por bridas. Si además presenta anorexia, pérdida de peso y deterioro del estado general, habrá que sospechar la presencia de un tumor.

VALORACION

En la valoración de enfermería del anciano con estreñimiento, hay que conocer los siguientes aspectos:

- Hábitos intestinales previos y de características de las heces: Se pregunta por el tiempo de evolución del estreñimiento (en la mayoría serán años de evolución), el número de deposiciones semanales, la consistencia y el aspecto de las mismas y si refiere dificultad para evacuar.
- Factores predisponentes: Datos sobre el estilo de vida, haciendo énfasis en la actividad física, el tipo de dieta y si esta es rica en fibra.
- Antecedentes médicos: Enfermedades crónicas asociadas o cirugías previas
- Farmacología: Todos los medicamentos que está consumiendo, aunque sea de forma esporádica, y sobre todo la automedicación de laxantes.
- Signos y síntomas acompañantes: Con frecuencia, se asocia a molestias leves abdominales y meteorismo.
- Exploración de la región anal: Hay que inspeccionar la presencia de fisuras, úlceras o hemorroides.
- Tato rectal: Para descartar fecalomas y proceder a su evacuación. En el anciano, los fecalomas son debidos a la acumulación de heces blandas.

COMPLICACIONES

- Impactación fecal o fecaloma: Es la más frecuente de las complicaciones. Su prevalencia es cercana al 60% en los mayores de 60 años. Se debe a una exposición prolongada de las heces acumuladas en colon y recto, de forma que se compactan y que ni el reflejo evacuatorio ni la musculatura abdominal pueden expulsarlas. Las heces pueden hacerse muy duras, sobre todo en el recto, y causar úlceras estercoráceas, prolapso rectal, obstrucción intestinal, incontinencia fecal o perforación. Son frecuentes los retortijones en la parte inferior del abdomen y dolor en la parte baja de la espalda. Conlleva por tanto una importante morbilidad y tiene una mortalidad asociada de hasta el 16%.
- Fisuras anales. Son heridas producidas en la piel que circunda el ano por las presiones intraabdominales, que las heces duras agravan. Los esfuerzos extremos pueden causar prolapso de la mucosa anal y hemorroides.
- Megacolon: Normalmente es idiopático en los ancianos, aunque el uso crónico de los laxantes puede dar lugar a una degeneración del plexo mientérico del colon. Se caracteriza por distensión y timpanismo abdominal, asociándose frecuentemente a incontinencia.
- Vólvulo: Afecta especialmente a sigma, y a ancianos encamados con patología neuropsiquiátrica o tomadores de anticolinérgicos. Tiene una alta mortalidad, ya que el inicio suele ser intermitente o insidioso. Se caracteriza por distensión abdominal variable, dolor cólico abdominal o estreñimiento
- Hernias: Hemorroides internas y/o externas.
- Riesgo de cáncer: Hay algunos estudios que sugieren que el estreñimiento crónico puede ser un factor de riesgo de cáncer de colon o recto, especialmente en mujeres, por el aumento del tiempo de exposición de la mucosa a sustancias cancerígenas.
- Prolapso rectal: Es una complicación que aparece fundamentalmente en mujeres y consiste en un descenso del suelo de la musculatura pélvica. La clínica consiste en molestias anales con profusión del tejido que puede llevar a la evacuación incompleta o a la emisión de sangre.
- Incontinencia fecal: Es la pérdida de capacidad de retener líquidos, gases o heces. Su prevalencia es elevada, siendo más frecuente en mujeres y múltiples. Aunque su etiología es múltiple, su causa más frecuente es el estreñimiento, que por medio de la impactación fecal provoca diarrea por rebosamiento.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Existe un diagnóstico de Enfermería recogido en la NANDA específico para el estreñimiento. Definición: Reducción de la frecuencia normal de la evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivas.

vamente duras y secas.

Características definitorias:

- Cambios en el patrón intestinal
- Aumento de presión abdominal
- Dolor durante la defecación
- Disminución del volumen de heces
- Eliminación de heces duras, secas y formadas

Objetivos NOC:

- 208 Nivel de movilidad
- 501: Eliminación intestinal
- 1008: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

Intervenciones NIC:

- Manejo intestinal
- Entrenamiento intestinal
- Manejo de estreñimiento / impactación

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA / TRATAMIENTO

- Tratamiento primario. Consiste en medidas higiénicas que se pueden mantener en el caso de estreñimiento no secundario a otra enfermedad y como refuerzo a cualquier otra medida: o Aporte de fibra en la dieta o Aumento de consumo de líquidos: ingerir al menos 1.5L de líquidos al día, incrementando esta cantidad en el verano. o Ejercicio físico regular: en caso de que los pacientes tengan limitación en su movilidad, puede ser útil el mantener una posición erecta. o Masticación correcta: Es esencial para un correcto tránsito intestinal y repercute en los hábitos de evacuación. o Hábito regular: programar las evacuaciones a una hora concreta o Realización de ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal o Masaje para favorecer la motilidad intestinal
- Tratamiento secundario: o Laxantes: Muchos profesionales utilizan los fármacos laxantes como medida primaria, sin embargo, estos fármacos únicamente pueden utilizarse en casos necesarios y con precaución, tanto por sus efectos adversos como por sus interacciones con la absorción de diversos fármacos. Dentro de ellos los clasificamos en: Agentes formadores de masa (como el salvado, metilcelulosa o goma karaya), agentes emolientes y lubricantes (docusato sódico, parafina líquida), agentes osmóticos (hidróxido de magnesio, lactilol, lactulosa), agentes estimulantes (cáscara sagrada, ruibarbo, bisacodilo). Existen también los enemas de limpieza, que están indicados en la impactación fecal, no siendo recomendable

el uso de laxantes orales hasta que ésta no se resuelva al menos parcialmente.

5 Discusión-Conclusión

Administrar los cuidados de Enfermería en estas patologías crónicas tan importantes, incapacitantes y habituales en las personas mayores, desde el punto de vista de un Plan de Cuidados de Enfermería, nos garantiza un índice de éxito en el manejo de las patologías y las posibles soluciones podrán ser valoradas, evaluadas y contrastadas siguiendo un proceso objetivo, continuo y estandarizado, beneficioso tanto para todos los profesionales sanitarios como para los propios usuarios.

6 Bibliografía

- Temario de oposiciones de Enfermería ofrecido por el sindicato de Comisiones Obreras
- Distintas páginas web de internet sobre el tema.
- Clasificación NANDA

Capítulo 28

EDUCACION EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

MONTSERRAT PIÑERA MATA

1 Introducción

El proyecto de intervención educativa en el paciente hipertenso con tratamiento farmacológico tiene su fundamento principal en la necesidad de abordar las patologías crónicas y silentes desde lo multidisciplinar como sucede con la hipertensión arterial.

(HTA). La ausencia de signos y síntomas en la HTA hace difícil el diagnóstico precoz en la población general, pero lo más llamativo sucede que en los pacientes diagnosticados y tratados con fármacos correctamente no se les añade el tratamiento educativo y psicológico además del social, según sus circunstancias, para que su patología no se complique en el futuro.

La hipertensión Arterial se define como un aumento de la tensión arterial por encima de 140/90 mm/Hg, si bien se proponen cifras por encima de 130/85 mm/Hg como normal-alta, ya que una medición normal en una persona sana debería estar por debajo de 120/80 mm/Hg. En cualquier caso, es necesario destacar que no existe un valor concreto por encima del cual comience el riesgo o que por debajo del mismo desaparezca, hay que tener en cuenta la edad y la presencia de factores de riesgo cardiovascular u otras enfermedades antes de poner un tratamiento antihipertensivo.

Existen dos tipos de Hipertensión arterial: La hipertensión arterial primaria o esencial, desconocemos su verdadero mecanismo, pero sí sabemos que hay una serie de factores que están implicados en su desarrollo (sedentarismo, sobrepeso,

estrés, tabaquismo, consumo excesivo de sal entre otros). La hipertensión arterial secundaria es menos frecuente, se produce como consecuencia de una sustancia tóxica o bien una enfermedad; en estos casos el paciente no suele responder a los fármacos antihipertensivos ni a las medidas higiénicodietéticas.

2 Objetivos

- Sensibilizar y movilizar a la sociedad para generar una cultura de prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante el control de los principales factores de riesgo.
- Promover los hábitos de vida saludables y el control de los factores de riesgo para reducir de forma significativa la incidencia de enfermedades cardiovasculares en la población general, tanto en personas sanas como en aquellas que ya han sufrido algún tipo de enfermedad cardiovascular.
- Sensibilizar a la población con enfermedad cardiovascular y población con factores de riesgo (como la Hipertensión) de la importancia que tiene su implicación y responsabilidad en el control de su enfermedad, siguiendo las recomendaciones y controles planteados por los profesionales sanitarios y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos.
- Impulsar una cultura de hábitos saludables: ejercicio físico y alimentación baja en grasas, sal y colesterol; no fumar, etc.
- Conocer los factores que hacen fracasar la adherencia.
- Analizar psicológica y socialmente la causa del fracaso en la adherencia.
- Diseñar módulos de intervención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

No basta con hacer una receta y dar al paciente una serie de recomendaciones y prescripciones a modo imperativo. Debemos informar, escuchar, acompañar y ayudar, es imprescindible educar al paciente, y poner a su alcance todas las estrategias posibles para que conozca, afronte, y maneje su enfermedad, y en algunos casos, como en la Hipertensión, que acepte que es un enfermo crónico, y que seguir el régimen terapéutico y un estilo de vida saludable es fundamental para un buen control de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Hay que señalar la necesidad de atender el aspecto psicopedagógico en el tratamiento de la hipertensión, ya que el modelo médico tradicional revela una carencia fundamental: educar al paciente.

Una vez que tenemos un conjunto de pacientes con una mala adherencia al tratamiento, o bien con valores de TA descontrolada debemos adoptar estrategias que se refieran a:

- El paciente: en primer lugar es necesario informar al paciente, resolver sus dudas y hacerle partícipe desde el inicio de su enfermedad. Así las cosas, los profesionales sanitarios deben asegurar un asesoramiento continuo y supervisión del régimen terapéutico. No es suficiente enmarcar la comunicación en un canal unidireccional, tanto el profesional, como el paciente tienen y deben tener cosas que decir. De otra manera nunca será posible que el paciente adopte un papel activo y se corresponsabilice de su proceso de enfermedad, que como sabemos es uno de los principales factores que determinan la adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas.
- El personal médico: con una adecuada especialización y actualización acerca de los tratamientos de la HTA y el cálculo del riesgo cardiovascular total con el objetivo de adaptar al paciente individual las estrategias y políticas de actuación comúnmente establecidas. Siempre a través de una relación con el paciente cercana, abierta y auténtica, que es necesaria también por parte del resto de profesionales sanitarios.
- El tipo de tratamiento: es necesario plantear objetivos realistas, que puedan ser alcanzados verdaderamente por el paciente, y guiar en el proceso de adaptación a la enfermedad. Para eso, es necesario salir de la teoría (lo que las guías y los documentos de consenso nos aportan) y acercarse al paciente como persona dentro

de un contexto determinado. Es decir plantear y replantear las posibles estrategias en cuanto al tipo de tratamiento farmacológico, las recomendaciones que se refieren a la dieta, ejercicio, etc.

6 Bibliografía

- ARRIVILLAGA, M et al. (2007) Psicología de la Salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Bogotá: Manual Moderno.
- Castro-Beiras, A. (Coordinador científico) Estrategias en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones.
- GARCÍA FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. (1993) Hipertensión: Intervención psicológica. Madrid: Eudema.
- GARCÍA FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. (1994) Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- IBÁÑEZ, E. (1990) Psicología de la Salud y estilos de vida. Valencia: Promolibro.
- MEICHEMBAUM, D. y TURK, D. (1991) Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- SIMON, M.A. (1999) Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Switzerland: WHO Library Cataloguing.

Capítulo 29

ESTREÑIMIENTO

CRISTINA RODRIGUEZ ABAD

1 Introducción

El estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad; una de las causas más comunes de consulta en Atención Primaria y Especializada.

Afecta al 12-20% de la población española.

Es el doble de frecuente en mujeres y el triple en sujetos mayores de 65 años frente a sujetos jóvenes.

Hablamos con propiedad de estreñimiento para referirnos a aquella circunstancia en la que hay menos de tres deposiciones semanales, siendo las heces escasas, duras y secas, asociada a una falta de deseo o necesidad de defecar.

2 Objetivos

Instruir a la población general, desde su niñez y temprana juventud, en las normas preventivas generales adecuadas: combinar una alimentación correcta y un adecuado ejercicio físico, según la edad de la persona, con una correcta hidratación. Teniendo presente que en el tratamiento del estreñimiento habitual no hay una solución rápida, no hay «tratamientos milagro». La solución es a largo plazo e individualizada; pero una vez conseguida, las normas son para toda la vida.

Evitar el sobrepeso y, sobre todo, la obesidad, ya que favorecen el enlentecimiento de la motilidad colónica y dificultan el vaciado rectal, por lo que aumentan el riesgo del estreñimiento.

Evitar resistirse al deseo de defecar (dejar de ir al baño porque hay prisa o no es el momento o el lugar oportunos).

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática de la literatura sobre la patología del estreñimiento y su manejo.

4 Resultados

Educación Sanitaria:

- Horario adecuado para la defecación (tras desayuno o comida de mediodía).
- No reprimir las ganas de ir al WC.
- Intentar una postura facilitadora sentados en la taza del WC, tipo acuclillado.
- Tomar a diario fibra en formas variadas: cereales integrales, verduras, hortalizas, legumbres crudas o cocidas, purés, sopas, leguminosas y frutas variadas como postre.
- Reducir la ingesta de grasas animales, mantequillas y margarinas; también los productos de bollería industrial.
- Ingesta entre litro y medio y dos litros y medio de agua al día.
- Incremento del ejercicio físico habitual.

Se puede tratar de evitar el estreñimiento habitual atendiendo a conseguir:

- Una alimentación adecuada y saludable; y prevenir la obesidad.
- Beber suficientes líquidos acalóricos, sin gas añadido.
- Hacer ejercicio físico a diario, no sólo en algunas ocasiones.
- Evitar la negligencia (falta de respuesta) a la llamada.
- Eludir ciertos fármacos que causan estreñimiento, y que están entre los más frecuentes que toman las personas mayores en España.

5 Discusión-Conclusión

El estreñimiento es un síntoma, no una enfermedad ni un diagnóstico.

No existen parámetros concretos que determinen la "defecación normal", que es absolutamente individual.

Las medidas preventivas del estreñimiento se basan en reglas higienico-dietéticas.

6 Bibliografía

1. Longstreth G, Thompson W, Chey W, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1480-1491.
2. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 218-238.
3. Bharucha AE, Dorn SD, Lembo A, Pressman A. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on Constipation. *Gastroenterology* 2013; 144: 211-217.
4. Bharucha AE, Locke GR, Zinsmeister AR, et al. Differences between painless and painful constipation among community women. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 604-612.
5. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1510-1518.
6. O'Donnell LJD, Heaton KW. Pseudo-diarrhea in the irritable bowel syndrome: patients records of stool form reflect transit time while stool frequency does not. *Gut* 1988; 29: A1445.
7. Mínguez M, Benages A. Escala de Bristol: ¿Un sistema útil para valorar la forma de las heces? *Rev Esp Enf Dig* 2009; 101: 305-311.
8. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2011; 25: 3-18.
9. Garrigues V, Galvez C, Ortiz V, et al. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *Am J Epidemiol* 2004; 159: 520-526.
10. Martin BC, Barghout V, Cerulli A. Direct medical costs of constipation in the United States. *Manag Care Interface* 2006;19: 43-49.

Capítulo 30

MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL (MAPA)

CRISTINA RODRIGUEZ ABAD

1 Introducción

La Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA), es una de las técnicas disponibles actualmente para el diagnóstico y control de la presión arterial (PA), que consiste en la realización de múltiples medidas de la misma, fuera de la consulta, durante un periodo de 24-48 horas, en las que el individuo realiza, en su entorno, la actividad física y laboral habitual.

2 Objetivos

Implantar y evaluar el servicio de MAPA para determinar la eficacia del tratamiento en el paciente hipertenso y como medio de cribaje. Determinar el papel del farmacéutico comunitario como pieza fundamental y accesible de cara a realizar un control y seguimiento del paciente hipertenso.

3 Metodología

Se protocolizó siguiendo el procedimiento enmarcado dentro de las directrices de la guía de hipertensión de SEFAC. Se registraron datos relativos a las enfermedades de riesgo vascular o relacionado con la HTA, diagnóstico que se le haya efectuado, tratamiento antihipertensivo, etc. Se determinó derivar al médico todos los resultados de la MAPA. Como utillaje se empleó para la Medición Aislada

en la Farmacia Comunitaria (MAFC) tensiómetros calibrados y clínicamente validados por la ESH. Para la MAPA se utilizó el monitor de presión arterial ambulatoria OMRON M24/7. Los criterios para los que se consideró un MAPA válido son:

- Al menos 70% de las medidas válidas.
- 20 lecturas válidas diurnas y 7 nocturnas.
- 2 medidas/h válidas diurnas y 1/h nocturnas.

4 Resultados

Muestra: 13 pacientes (54% mujeres, edad media 60 años): 3 pacientes con cifras controladas tanto en MAFC como en MAPA.

9 Presentaron cifras elevadas, 1 presentó un patrón circadiano non dipper, 2 con HTA enmascarada. Se realizaron 11 intervenciones, de las cuales 7 fueron aceptadas.

5 Discusión-Conclusión

La MAPA es una de las actividades que puede incluirse en la cartera de servicios y supone una mayor responsabilidad e implicación activa en el estado de salud del paciente, proporcionando además una gran ayuda en el diagnóstico médico. La MAFC es insuficiente para determinar el cribado y control de la HTA. La MAPA es la única técnica que permite identificar y valorar el perfil circadiano de la PA.

6 Bibliografía

- Cuspidi C, Meani S, Valerio C, Sala C, Fusi V, Masaidi M, et al. Reproducibility of dipping/nondipping pattern in untreated essential hypertensive patients: impact of sex and age. *Blood Press Monit.* 2007;12(2):101-6. PubMed PMID: 17353653
- Franklin SS, Thijs L, Hansen TW, O'Brien E, Staessen JA. White-coat hypertension: new insights from recent studies. *Hypertension.* 2013;62(6):982-7. PubMed PMID: 24041952. Texto completo
- Hackam DG, Quinn RR, Ravani P, Rabi DM, Dasgupta K, Daskalopoulou SS, et al.; Canadian Hypertension Education Program. The 2013 Canadian Hypertension Education Program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Can J Cardiol.* 2013;29(5):528-42. PubMed PMID: 23541660

- Health Quality Ontario. Twenty-four-hour ambulatory blood pressure monitoring in hypertension: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2012;12(15):1-65. PubMed PMID: 23074425. Texto completo
- Hermida RC, Ayala DE, Fontao MJ, Mojón A, Fernández JR. Ambulatory blood pressure monitoring: importance of sampling rate and duration—48 versus 24 hours—on the accurate assessment of cardiovascular risk. *Chronobiol Int.* 2013;30(1-2):55-67. PubMed PMID: 23077972
- Hermida RC, Ayala DE, Mojón A, Smolensky MH, Portaluppi F, Fernández JR. Sleep-time ambulatory blood pressure as a novel therapeutic target for cardiovascular risk reduction. *J Hum Hypertens.* 2014 Feb 6. PubMed PMID: 24500721
- Hermida RC, Smolensky MH, Ayala DE, Portaluppi F, Crespo JJ, Fabbian F, et al. 2013 Ambulatory blood pressure monitoring recommendations for the diagnosis of adult hypertension, assessment of cardiovascular and other hypertension-associated risk, and attainment of therapeutic goals (summary). Joint recommendations from the International Society for Chronobiology (ISC), American Association of Medical Chronobiology and Chronotherapeutics (AAMCC), Spanish Society of Applied Chronobiology, Chronotherapy, and Vascular Risk (SECAC), Spanish Society of Atherosclerosis (SEA), and Romanian Society of Internal Medicine (RSIM). *Clin Investig Arterioscler.* 2013;25(2):74-82. PubMed PMID: 23849214

Capítulo 31

NORMAS GENERALES PARA LA MANIPULACIÓN DE CITOSTÁTICOS

BELEN ROZADA FUENTE

1 Introducción

Los citostáticos también llamados antineoplásicos son sustancias que impiden el desarrollo, crecimiento, o proliferación de células tumorales malignas. Estas sustancias pueden ser de origen natural, sintético o semisintético.

Los medicamentos citostáticos son un grupo heterogéneo de sustancias de distinta naturaleza química, utilizados en tratamientos antineoplásicos y enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide o psoriasis entre otras. El medicamento citostático más utilizado en el entorno de la Atención Primaria es el Metotrexato. La IARC (Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer) clasifica el Metotrexate dentro del Grupo 3 con el significado: Inclasificable en cuanto a su carcinogenicidad para el hombre, por lo que se engloba dentro de los medicamentos de menor riesgo de este grupo.

2 Objetivos

- Difundir información sobre el riesgo derivado de la administración de Metotrexate, conocer procedimientos de trabajo seguro. Estandarizar los pasos a seguir ante la exposición accidental o derrame para evitar los riesgos sobre la salud en los profesionales.
- Crear un entorno de trabajo bioprotegido en el ámbito de la atención primaria extensible a otros ámbitos sanitarios.

- Dar seguridad al paciente ante la administración de un fármaco de estas características.

3 Caso clínico

María es una paciente de 44 años con artritis reumatoide que precisa la administración de Metotrexato por orden de reumatología de forma semanal y acude a su centro de salud por dicha indicación.

Sería conveniente citar el mismo día y hora a todos los pacientes que vayan a ser tratados con Metotrexato para facilitar la aplicación de medidas preventivas y la gestión de los residuos. Recomendamos realizar dicha citación a última hora de la mañana, ventilando el local dos horas tras la administración al último paciente.

4 Resultados

Administración segura de medicamento y de los residuos resultantes de su uso. Los residuos se recogerán en contenedores rígidos, impermeables, resistentes e imperforables y que garanticen su cierre hermético, evitando o minimizando la emisión de sustancias tóxicas al ambiente. Se rotularán con pictograma que indique citotóxico (en el supuesto de que no se posean los contenedores rojos), identificados de forma específica para estos productos.

Actuación eficaz ante complicaciones: Quitar inmediatamente los guantes y/o prendas contaminadas y lavar la zona afectada con agua y jabón durante 10 minutos. Si el agente citostático salpica los ojos, lavaremos el ojo afectado con agua o suero fisiológico durante 15 minutos y consultaremos con el Servicio de Prevención.

Correcta realización de la técnica de punción:

- Colocar sobre la superficie de trabajo un paño desechable, impermeable y absorbente.
- El contenedor de residuos citostáticos permanecerá cercano al lugar de la técnica.
- Lavado de manos: antes de colocar los guantes y después de retirarlos, cambiando los mismos entre paciente y paciente.
- Se debe utilizar doble guantes de látex o guante de nitrilo.

5 Discusión-Conclusión

El uso de este tipo de medicamentos abre un amplio debate sobre cual es el mejor lugar para su administración y cual es el entorno de trabajo mas adecuado para su uso ante la cada vez mas frecuente pauta y demanda de este tipo de tratamientos.

Es necesaria la existencia de un protocolo de administración para un uso correcto y responsable de este tipo de medicamentos por parte de profesionales y pacientes.

Difusión y conocimientos a cerca de este tipo de medicamentos de uso tan extendido y limitación de su administración en entornos seguros, desterrando su uso de ámbitos sanitarios poco adecuados como puede ser por ejemplo un área de urgencias hospitalarias.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, del 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Real Decreto 665/1997, del 12 de mayo, Reglamento sobre Agentes cancerígenos.
3. Protocolos de Vigilancia Sanitaria Específica. Agentes citostáticos.
4. INSHT.NTP-740: Exposición laboral a citostáticos en el ámbito sanitario. Colección de Notas Técnicas de Prevención. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
5. Guía de medicamentos peligrosos INSHT.
6. Reglamento de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales
7. Wikipedia.

Capítulo 32

INSOMNIO. ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

CRISTINA CRESPO RODRIGUEZ

1 Introducción

Las personas, como cualquier ser humano, necesitan dormir y descansar para poder mantener un estilo de vida saludable y realizar las actividades correspondientes que se nos exigen día a día. Así mismo, todos nosotros dedicamos aproximadamente un tercio de la vida a dormir, por lo que se le debe dar la importancia que merece teniendo el sueño una función protectora y restauradora.

De no cumplirse lo anteriormente mencionado, aparecen los siguientes efectos en la vida diaria:

- Agotamiento Físico
- Bajo Rendimiento
- Sueño diurno
- Incapacidad para realizar las obligaciones individuales, sociales, familiares y la consiguiente frustración e impotencia que se genera.

Durante el sueño, disminuye la actividad motora y la respuesta a estímulos externos, se liberan hormonas, se produce la regeneración tisular así como se ordena la información recibida durante el día y ayuda a la memoria. También se requiere para una buena salud emocional.

2 Objetivos

- Profundizar en el abordaje desde Atención Primaria que se les proporciona a la población adulta que padecen de insomnio en España, las causas y las consecuencias.
- Describir el tratamiento más común que se le proporciona a la población adulta (Farmacológico vs no farmacológico).

3 Metodología

Consiste en una revisión bibliográfica, basándome en diferentes estudios e investigaciones para conocer las causas, consecuencias, abordaje y factores responsables del trastorno del sueño más común en las consultas de AP: el insomnio.

Las bases de datos utilizadas han sido: Pubmed, ScienceDirect, Enfermería clínica, Atención Primaria, Medline y Cinahl.

Las palabras clave utilizadas: Insomnio, atención primaria, factores relacionados, tratamiento y educación sanitaria.

Criterios de exclusión:

- Estudios de población infantojuvenil.
- Estudios de pacientes con alguna enfermedad de base que acompaña al insomnio.

Criterios de Inclusión:

- Estudios en pacientes con diagnóstico establecido insomnio.
- Estudios en pacientes mayores de 65 años
- Estudios en artículos con fecha actualizada en inglés/español

4 Resultados

En cuanto a las causas, se encontró que la más común era el dormir durante el día, seguido del consumo de estimulantes como el café, las bebidas alcohólicas o tener un horario de descanso nocturno irregular. Otro hábito en orden decreciente era el acostarse con hambre, así como el consumo de tabaco, seguido de visualizar la televisión en la cama y el consumo de coca cola. El hábito más común antes de irse a dormir resultó ser ver la televisión entre los que padecen de insomnio.

También se demostró que ciertos factores ambientales como el ruido, iluminación o ruido externo, perjudican el sueño reparador y facilitan el insomnio. Es por eso, que existen estudios que proponen para una mayor higiene en el sueño nocturno, una serie de recomendaciones acerca de los conceptos citados.

En cuanto al tratamiento, existe una gran diferencia entre las consultas acerca del insomnio y la elevada utilización de fármacos para tratarlas, fundamentalmente de benzodiazepinas. Para tratar el insomnio suelen utilizarse depresores del sistema nervioso central, que provocan relajación física y mental. Su utilización debería ser de corta duración y supervisada, para evitar dependencias. La prescripción de benzodiazepinas debería ser una medida coadyuvante y limitada en el tiempo en el abordaje integral del insomnio.

Como alternativa tenemos las medidas no farmacológicas, las cuales son muy eficaces y aportan un mayor número de beneficios al afectado que las farmacológicas así como en el concepto de coste-efectividad.

Se ha comprobado que un paciente que recibe unas medidas de control de estímulos, higiene del sueño y técnicas de relajación y respiración. Consigue paliar el insomnio sin ningún tipo de medida farmacológica.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que el abordaje no farmacológico aporta beneficios en términos de coste-efectividad, por lo que deben constituir la primera línea de actuación ante el insomnio. Así mismo, se ahorraría un gran gasto sanitario así como una gestión eficaz de los recursos del sistema sanitario.

En toda la evidencia bibliográfica consultada, los estudios corroboran la poca información que se ofrece desde AP acerca del insomnio y medidas para fomentar el sueño así como el poco tiempo e importancia que se le da al problema, por lo que se deben abordar y enfatizar en mayor medida acerca de los tratamientos disponibles y los criterios para tomar una decisión correcta, con el consiguiente disminución de prevalencia. Las causas del insomnio son muy variadas y eso nos lleva a la necesidad de un abordaje integral valorando aspectos más relacionados con la higiene del sueño y no sólo el tratamiento farmacológico del insomnio.

El tratamiento mayoritario en el insomnio es farmacológico frente al no farmacológico, aunque las principales investigaciones van dirigidas a mayores beneficios cuando estas se combinan. Se propone realizar cursos acerca del insomnio

y, con esto, toda aquella gente que se siente identificada pueda acudir a estas sesiones para consultar dudas y poder tener una información razonable para abordar la causa. Así mismo, se deberían realizar protocolos de detección del trastorno del sueño para hacer una prevención y atajar de raíz posibles efectos en el bienestar de la persona que de ello se deriva.

En definitiva, se debería potenciar, financiar e implementar una intervención formativa en las consultas de atención primaria de los diferentes centros, cosa que actualmente es inexistente.

6 Bibliografía

- 1- Viniegra MA, Parellada N, Miranda de Moraes R, Parellada LM, Planas C. Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional. *Aten Primaria*
- 2- Chokroverty S. An overview of normal sleep. En: Chokroverty S, editor. *Sleep disorders medicine*. Filadelfia: Elsevier Saunders 2009; 5-21.
- 3- Sarraís F, de Castro Manglano P. El insomnio. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2007 [citado en Ene 2019]; 30: 121-134.
4. Gonçalves F. El sueño normal en el hombre. *GBPC en patología del sueño*. Zamora: IM&C; 2005. Pag 10-25. [citado en Mar 2019].
- 5- Álamo C, Alonso ML, Cañellas F, Martín B, Pérez H, Romero O, et al. *P.A.S Insomnio*. 2016; [citado en Mar 2019].
- 6- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009 [citado en Mar 2019].
- 7- Rey de Castro J, Alvarez J, Gaffo A. Síntomas relacionados a trastornos del sueño en supuestos sanos que asisten a un centro de Atención Primaria de Salud. *Rev Med Hered*
- 8- López F, Fernández O, Mareque MA. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen [Internet]*. 2012 [Citado Abril 2019]; 38 (4): 233-40.
- 9- Contreras SA. (2013). Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(3), 341-349.
- 10- Morin C, Leblanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-

seeking behaviors. *Sleep Med* 2006; 7:123-30.

Capítulo 33

COMPLICACIONES DE LAS VIAS VENOSAS CENTRALES

SUSANA MARTIN LORENTE

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Las vías centrales se utilizan para administrar medicamentos, hemoderivados, nutrición parenteral o para extracción de sangre para analíticas. Son colocadas por médicos o personal de enfermería cualificado.

2 Objetivos

Exponer las complicaciones que pueden aparecer como consecuencia de la inserción de vías venosas centrales

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Principales complicaciones de las vías venosas centrales:

- Flebitis/Flebitis mecánica: La mecánica se produce por mala fijación del catéter o por ser de grosor excesivo con respecto a la vena.
- Obstrucción del catéter: Puede ser que la punta del catéter quede intracardiaca, en ese caso habría que retirar los cms necesarios.
- Embolia aérea: Puede producirse por no clampar la alargadera del catéter.
- Arritmia cardiaca: Puede producirse si el catéter está alojado en aurícula derecha. Para ello se debe retirar el catéter unos cms hasta que la punta esté alojada en la vena cava superior (Se comprueba siempre con RX)
- Trombosis venosa: Es poco frecuente y se produce un edema y dolor en la extremidad afectada. Puede ser necesaria la administración de fibrinolíticos.
- Rotura del catéter: Es poco frecuente y ocurre de manera accidental. Se debe retirar la vía
- Sepsis: Su diagnóstico se realiza mediante hemocultivos. En caso de confirmarse la bacteriemia del paciente, dependiendo del grado de infección, en algunos casos se puede mantener el catéter. En todo caso se trata con antibioterapia.

Son muchas las complicaciones que pueden aparecer, es necesario formar al personal continuamente para evitar muchas de las complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez hay más avances tecnológicos para evitar muchas de las complicaciones. Nuevos catéteres, de muchos tipos. Pero es muy importante la formación del personal para la buena praxis

6 Bibliografía

- Seisdedos Elcuaz R., Conde García M.^a C., Castellanos Monedero J. J., García-Manzanares Vázquez-de Agredos A., Valenzuela Gámez J. C., Fraga Fuentes M.^a D.. Infecciones relacionadas con el catéter venoso central en pacientes con nutrición parenteral total. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Jun [citado 2019 Nov 19] ; 27(3): 775-780.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 34

OSTEOPOROSIS: LA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI. SITUACIÓN ACTUAL.

CRISTINA ARIAS SIERRA

SONIA MILLÁN LÓPEZ

1 Introducción

CONCEPTO

La Osteoporosis (OP) es la enfermedad ósea metabólica más frecuente (1), supone una reducción de la masa ósea con una pérdida paralela de mineral óseo y de matriz colágena, por una tasa de resorción ósea mayor que la síntesis, con deterioro de la micro-arquitectura ósea y disminución de la resistencia, fragilidad ósea y en consecuencia aumento del riesgo de fractura (cuyas localizaciones más frecuentes son: columna, cadera, antebrazo distal y húmero proximal)(2).

Afecta a unos 200 millones de personas en todo el mundo (3) y es una de las enfermedades más debilitantes y costosas de Europa, puesto que se estima que 1 de cada 3 mujeres mayores de 50 años experimentan una fractura relacionada con la osteoporosis.

EPIDEMIOLOGÍA

Multitud de expertos definen en la OP como la epidemia del siglo 21.

La OP presenta actualmente una prevalencia: el 6% de los hombres y el 21% de mujeres de edades comprendidas entre los 50-84 años están clasificados como osteoporóticos⁴. La masa ósea adquiere su pico máximo a los 30-35 años, con

un descenso progresivo del 20-30% en varones y un 40-50% en mujeres. Esta aumentando la evidencia de que el origen de la osteoporosis puede iniciarse en edades tempranas, la toma de calcio durante la infancia produce un aumento de masa ósea en el hueso en crecimiento, lo cual previene la pérdida de masa ósea y las fracturas osteoporóticas en la edad adulta. El remodelado óseo recambia y mantiene el esqueleto una vez finalizado el crecimiento. Ocurre en zonas del esqueleto denominadas Unidades Multicelulares Básicas (BMU)⁵. Aproximadamente un 10% del esqueleto es remodelado cada año.

El remodelado implica la sucesión de reabsorción ósea y de formación, dos procesos en cuyo acople participan tres proteínas de la cascada del factor tumoral de necrosis (TNF). Dos de estas proteínas el RANK (receptor activador del factor nuclear kappa B) y el RANKL son moléculas adheridas a la membrana de los pro osteoclastos y osteoblastos respectivamente. El RANK se une al RANKL en presencia del m-CSF (Factor estimulador de la colonia de mastocitos). La glicoproteína osteoprotegerina (OPG), secretada por los osteoblastos, inhibe esta unión

Entre los factores de riesgo de osteoporosis tenemos:

Genéticos:

- Raza caucásica
- Piel y pelo blanco
- Escoliosis
- Osteogénesis imperfecta
- Menopausia precoz
- Constitución delgada

De comportamiento:

- Fumador
- Exceso de alcohol
- Inactividad
- Malnutrición
- Cafeína
- Amenorrea inducida por el ejercicio
- Dieta rica en fibras
- Dieta rica en fosfatos

Medicaciones:

- Glucocorticoides
- Hormonas tiroideas

- Diuréticos
- Anticonvulsivantes (fenitoina)
- Benzodiacepinas
- Antidepresivos

FISIOPATOLOGÍA

La osteoporosis es una enfermedad multifactorial en cuya génesis intervienen numerosos factores cuantitativos y cualitativos que afectan e intervienen en la remodelación ósea. No se sabe cuál es el grado de recambio óptimo, e incluso es posible que éste no pueda definirse, ya que tal vez sea diferente para las distintas funciones de la remodelación (homeostática y reparadora) (6).

La “activación” de los osteoclastos y el “acoplamiento” de los osteoblastos a los osteoclastos son los puntos clave. La activación marca, entre otras cosas, la velocidad del recambio. Ambos, activación y acoplamiento, están integrados por toda una serie de fenómenos parciales como el reclutamiento del tipo de célula de que se trate, su proliferación, su diferenciación y su activación. Cada uno de estos aspectos parciales está regulado independientemente, e incluso, en ocasiones, de forma contrapuesta (7).

En condiciones normales, el ciclo vital de las células de remodelación finaliza por apoptosis. La apoptosis también está sometida a regulación. La remodelación ósea tiene unos objetivos locales (renovación del hueso deteriorado, adaptación a las necesidades mecánicas) y otros generales (metabólicos). No es de extrañar, por tanto, que en su regulación intervengan mecanismos locales y generales. Los locales son fundamentalmente de dos tipos: mecánicos y humorales (citocinas y factores de crecimiento).

Los generales también son de dos tipos: humorales (hormonas) y neurológicos. Los cuatro tipos de factores no actúan de forma independiente, sino conectados entre sí.

Por otra parte, se considera que el efecto de todos ellos confluye en una “vía final común”, que actuaría sobre las células efectoras (osteoclastos y osteoblastos), poniendo en marcha mecanismos de señalización intracelular.

Otras hormonas del metabolismo óseo:

- Estrógenos: Previenen la pérdida ósea inhibiendo la reabsorción. La postmenopausia acelera la pérdida ósea en un 2-3% por año durante los primeros 68 años de la misma.
- Androgenos: previenen la resorción ósea y podrían estimular un incremento en

la masa ósea, pero su mecanismo de actuación no está claro.

- Corticoides: Aumentan la pérdida ósea por disminución de la absorción intestinal de proteínas de transporte de Ca y por disminución de la formación ósea (sobre todo hueso esponjoso) por inhibición de la síntesis de colágeno. Además incrementan la excreción de Ca por los riñones
- Hormonas tiroideas: Aumentan la resorción ósea, pero a altas dosis.
- Hormona del crecimiento (GH): Produce un balance positivo de Ca, produce más aumento de absorción intestinal que aumento de aclaramiento renal. Junto a ella participan la Insulina y las Somatomedinas.
- Factores de crecimiento: Los osteoblastos tienen receptores para todas las hormonas anteriores y para factores locales como citoquinas e interleuquinas. Los osteoblastos pueden regular la osteoclastogénesis por la secreción de factores que actúan de forma paracrina, como CSF-1 –colony stimulating factor1-, Osteoprotegerina y el ligando del receptor activador de la unión nuclear Kappa (RANKL) (8).

CLASIFICACIÓN

Osteoporosis primaria:

- Idiopática o primaria juvenil: se da en pacientes entre los 8-14 años de edad con osteopenia, detención del crecimiento y dolores óseos y articulares. Pueden presentar microfracturas múltiples en los cuerpos vertebrales. Hay una resolución espontánea pasados 2-4 años después de la pubertad.
- Involutiva del adulto

Postmenopáusica (Tipo I):

- Habitualmente en mujeres en edades comprendidas entre los 55 y los 75 años.
- Afecta especialmente al hueso trabecular, menos al cortical.
- Predomina la actividad osteoclástica, aumenta la resorción.
- Puede producir pérdidas dentales.
- Son frecuentes las fracturas vertebrales, de radio distal y cadera (intracapsulares).
- La función PTH está disminuida.
- El Calcio urinario aumentado.

Senil (Tipo II):

- En mujeres por encima de los 70 años de edad y más allá de los 80 en varones.
- La proporción Mujer/Varón es 2:1.
- Afecta tanto a hueso trabecular como al cortical.
- Disminuye la función osteoblástica

- Son frecuentes las fracturas vertebrales (múltiples en cuña), cadera (extracapsulares), húmero proximal, tibia y pelvis.
- La función de la PTH se encuentra aumentada.
- El calcio urinario es normal.

OSTEOPOROSIS SECUNDARIA:

Enfermedades endocrinas y metabólicas:

- Hipogonadismo
- HiperPTH
- Hiper-corticismo
- Hipertiroidismo
- Hipofosfatasa

Genéticas:

- Osteogénesis imperfecta
- Homocistinuria
- Síndrome de Ehlers-Danlos
- Síndrome de Marfán

Hematológicas: mieloma

Fármacos:

- Corticoides
- Heparina
- Antiestrógenos
- Metotrexate

Otras:

- Mastocitosis
- Escorbuto
- Artritis Reumatoide
- Desnutrición
- Alcoholismo
- Enfermedades crónicas

Clasificación densitométrica (OMS): basados en la puntuación T y Z de la densitometría:

Normal: DMO < -1 DS

Osteopenia: DMO entre -1 y -2.5 DS

Osteoporosis: DMO > -2.5 DS

CLÍNICA

Es asintomática hasta que se producen las fracturas denominadas de baja energía o por fragilidad. Las fracturas más frecuentes son las vertebrales, que pueden ser por flexión súbita o incluso espontáneas, producen un dolor de espalda agudo irradiado a veces a abdomen que se intensifica al sentarse, al ponerse en pie y con la maniobra de Valsalva.

La localización más frecuente es en zona dorsal baja y en columna lumbar, la presencia de fracturas por encima de T4 debe hacer sospechar enfermedad tumoral primaria o metastásica. Se produce un colapso anterior del cuerpo vertebral que produce disminución de la talla, cifosis dorsal y limitación de la movilidad de la columna.

DIAGNÓSTICO

La Radiografía es poco sensible, ya que precisa una pérdida de masa ósea >30% para detectarla. Deformidades cifóticas en columna vertebral con cuerpos vertebrales poróticos y radiotransparentes con contornos óseos más nítidos, se ven más marcadas las trabéculas verticales (vértebras en lluvia) y deformidades en “cola de pescado”, en “galleta” (vértebras planas). En huesos largos se ve adelgazamiento cortical y desaparición trabecular en zonas epifisometafisarias. En extremidad superior del fémur se puede valorar mediante el Índice de Singh: del 1-6, cuanto menor índice mayor pérdida de masa ósea.

La densitometría (DEXA) es la prueba patrón oro (gold Standard), para estudios poblacionales. Indicaciones de DEXA:

Factores de riesgo (alguno de ellos):

- Menopausia precoz
- Amenorrea secundaria prolongada
- Hipogonadismo
- Anorexia nerviosa
- Hiper corticismo

Signos Rx de osteopenia o deformidades vertebrales

Fracturas previas por fragilidad ósea

Para investigación en Osteoporosis

Valoración de los diferentes tratamientos.

Bioquímica: Lo más frecuente es que el patrón bioquímico de recambio óseo en la osteoporosis primaria sea normal, aunque en un 20% de la OP tipo I existe hiper calciuria.

TRATAMIENTO

Se recomienda aumentar la ingesta dietética de calcio, vitamina D y proteínas. Las últimas recomendaciones para calcio y vitamina D y para población son asegurar una ingesta de 1000 a 1200mg/día de Ca y 800 UI/día de Vit D. También asegurar una ingesta de 1gr/kg/día de proteínas (los ancianos tienden a no gustarle la carne).

Sin embargo, actualmente existe mucha controversia en el uso de suplementos de calcio y vitamina D ya que se han asociado con incremento de eventos cardiovasculares principalmente infarto agudo de miocardio. Los estudios que encuentran relación hacen referencia fundamentalmente a suplementos de calcio con o sin vitamina D, pero no a los de vitamina D aislada o a la ingesta dietética de calcio. Hay unanimidad en recomendar dar suplementos de vitamina D ante déficits de vitamina D con riesgo de osteomalacia.

Evitar las caídas y amortiguar el impacto, ortesis en hiperextensión para columna. Actividad física habitual y ejercicios aeróbicos contra resistencia, sobre todo natación.

El tratamiento farmacológico va dirigido a frenar la reabsorción ósea o a aumentar la formación ósea. La European Society for Clinical and Economic Evaluation of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) recomienda el tratamiento farmacológico en:

- Pacientes con fractura por fragilidad previa a cualquier edad
- De 65 años o mayores si existen factores de riesgo clínicos de fractura.
- Menores de 65 años si cumple una de las siguientes condiciones:
 1. Antecedentes de fractura de cadera en los progenitores y T-score <-1,0
 2. Tratamiento con glucocorticoides y T-score <-2,0
 3. Con causas secundarias de osteoporosis y T-score <-2,5

Fármacos con capacidad de inhibir la pérdida ósea o Bifosfonatos orales o endovenosos: existen diferentes tipos, con mayor y menor potencia de acción (los más potentes son los i.v.). Siguen siendo los fármacos de primera elección en la osteoporosis, dada su tolerabilidad y mayor seguimiento a largo plazo. Deben ser utilizados con cautela en pacientes con disminución del filtrado glomerular y enfermedad renal crónica. Como complicación rara, pueden producir osteonecrosis de la mandíbula sobre todo los i.v cuando han sido dados a pacientes en tratamiento quimioterápico y que han tenido manipulaciones dentales recientes. El uso de bifosfonatos prolongado en pacientes jóvenes y activos, puede estar asociado a la producción de fracturas atípicas subtrocantéricas¹⁹, pero estos datos

no están probados y el riesgo-beneficio todavía se muestra a favor del uso de bifosfonatos para la prevención de fracturas.

En pacientes que han tomado alendronato o risedronato durante 5 años (o 3 años para el ácido zoledrónico) y una densidad mineral ósea (BMD) estable, sin fractura vertebral previa y con bajo riesgo de producción de fractura en el futuro, se recomienda suspender tratamiento (vacaciones terapéuticas), realizar monitorizaciones anuales de BMD y si existen descensos de la misma en dos mediciones de DXA en dos años consecutivos, se recomienda la reanudación del tratamiento¹⁷.

Estrógenos. Actualmente se usan poco por el riesgo de desarrollar cáncer de mama.

- Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMs): Raloxifeno es el único válido para la prevención y tratamiento de la osteoporosis. Reduce el riesgo de fractura vertebral un 30-50%, sin reducción significativa del riesgo en fracturas no vertebrales. Debería ser usado sólo en pacientes con bajo riesgo de complicaciones tromboticas, ya que posee como efecto adverso (aunque raro) un incremento en la incidencia de TVP.

- Calcitonina: inhibe la resorción ósea y tiene efecto analgésico. Debido a que parece presentar mayor riesgo de presentación de tumores en tratamientos a largo plazo, actualmente la EMEA (agencia europea del medicamento, año 2012) recomienda que NO se utilice la calcitonina en esta indicación.

- Denosumab: fármaco prometedor recientemente introducido en el mercado, aunque muchos de los autores no lo consideran como terapia inicial en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica¹⁰. Es un anticuerpo monoclonal humano (IgG2) con gran afinidad y especificidad por el RANKL impidiendo su unión al RANK de la superficie de los precursores de osteoclastos y osteoclastos, lo cual inhibe la formación, función y supervivencia de los osteoclastos lo que provoca una disminución de la resorción ósea en el hueso trabecular y cortical, aumenta la densidad mineral ósea¹¹ y reduce el riesgo de fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera. No indicado su uso como tratamiento preventivo para la osteoporosis (si de la osteoporosis establecida). Sus indicaciones principales son: Mujeres posmenopáusicas con elevado riesgo de fractura.

Pérdida de masa ósea asociada a la supresión hormonal en hombres con cáncer de próstata con riesgo elevado de fractura

Consigue mayores aumentos de densidad de masa ósea en comparación con alendronato, sin que aumente la incidencia de osteonecrosis de mandíbula ni fracturas subtrocantéricas de cadera (aunque estos datos son con seguimientos no

tan a largo plazo como los bifosfonatos)¹².

- Fármacos que mejoran la formación ósea o 1-34 PTH (teriparatida), y 1-84 PTH: Probablemente inhiben los antagonistas de las proteínas Wnt, que al igual que la BMP estimulan la diferenciación de osteoblastos. Como complicación rara se describe la aparición de osteosarcoma en ratas cuando se dieron a altas dosis. No existen casos descritos en humanos. Por esto no está indicado prolongar el tratamiento más allá de 18-24 meses. Indicados cuando fallan los fármacos de 1ª elección, por intolerancia o por falta de efectividad¹³.
- Ranelato de estroncio: La agencia española del medicamento ha suspendido su uso por alto riesgo de complicaciones cardio-vasculares sin un aumento claro del beneficio.

El tratamiento de elección se basa en el riesgo de fractura individual y en la eficacia antifracturaria de los fármacos empleados, los pacientes con mayor riesgo de fractura son los que más se benefician de tratamiento farmacológico.

Tratamiento farmacológico por tipos:

- Pacientes con fractura: se recomienda tratamiento farmacológico a todos los pacientes con fractura vertebral por traumatismo de baja intensidad, aunque algunos autores recomiendan esperar a la consolidación de la misma (esperar 4-6 semanas) para iniciar el tratamiento. Los bifosfonatos y el raloxifeno son los de mayor evidencia científica hasta la fecha. Si hay un aplastamiento vertebral agudo: reposo, analgésicos, corsé y tratamiento farmacológico de OP con bifosfonatos y Ca + Vit D.
- Pacientes sin fractura:

OP tipo I (postmenopáusicas): Terapia hormonal sustitutiva (no son fármacos de 1ª línea para la osteoporosis), sólo recomendada en mujeres con síntomas menopáusicos intensos, a bajas dosis y durante corto periodo de tiempo, por riesgo de carcinogénesis con estrógenos y progestágenos después de 5 años. El raloxifeno es una buena opción. Teniendo en cuenta criterios clínicos, edad, masa ósea y coste económico, se ha propuesto el siguiente algoritmo de tratamiento para las mujeres postmenopáusicas (tomado de la european society for clinical and economic aspects of osteoporosis and osteoarthritis (Osteoporosis int, 2008) (15).

En OP tipo II (senil): los bifosfonatos son los fármacos de primera elección. En el subgrupo de pacientes muy ancianos, en fracturas vertebrales se demuestran eficaces los bifosfonatos (risendronato, alendronato), y teriparatida (16,17).

2 Objetivos

Conocer la situación actual de la Osteoporosis.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y de la literatura sobre osteoporosis. La búsqueda se ha realizado en las bases de datos: PUBMED, Cochrane Library Plus, Dialnet, UP-TODATE y CLINICALKEY.

Para este estudio las palabras clave utilizadas fueron: osteoporosis, osteopenia, tratamiento, fractura.

Se realizó un análisis crítico de los trabajos valorando no sólo los resultados de los mismos, sino su nivel de calidad metodológica e investigadora. Los artículos que han sido descartados durante la revisión es debido a su escasa relación con el tema a tratar o por su fecha de publicación mayor a 7 años.

4 Resultados

- Existe una gran variedad de tratamientos, pero su uso durante un largo periodo de tiempo es limitado. Todo ello hace que la prevención se convierta en la mejor de las estrategias para afrontar esta enfermedad.
- Estilo de vida saludable y una dieta equilibrada y nutritiva en la que se incluya el adecuado aporte de calcio y vitamina D por parte de la madre son tan importantes como el estilo de vida de un niño y de un adolescente para conseguir el pico de masa ósea óptimo y poder mantenerlo durante toda la vida.
- La aproximación terapéutica de primera línea es el uso de Aledronato, Risedronato, Zolendronato y Denosumab.
- En la segunda línea de tratamiento estarían el Ranelato de estroncio y el Ibadronato.
- La teriparatida estaría destinada para pacientes de muy alto riesgo de fractura o que no han respondido a los tratamientos antirresortivos.
- La THS puede ser una opción en el caso de mujeres con una menopausia temprana hasta los 50 años y para mujeres sintomáticas peri y postmenopáusicas en

ausencia de contraindicaciones.

- Los SERMs deben considerarse como opción para mujeres jóvenes con un riesgo de fractura vertebral mayor que de cadera.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento progresivo de la población, el aumento de la esperanza de vida y los avances en el tratamiento de ciertas patologías hacen que la OP se convierta en una de las enfermedades más prevalentes de la época que nos atañe, pudiendo convertirse en el futuro en una enfermedad epidémica.

La OP sigue siendo un problema socio-sanitario y económico importante a pesar de los avances significativos conseguidos en el diagnóstico, prevención y tratamiento de la misma.

Debe continuarse con la investigación en tratamientos para el manejo de dicha enfermedad debido a los problemas que surgen con los tratamientos actuales y el progreso en la incidencia de la misma.

6 Bibliografía

1. Lieberman JR. AAOS comprehensive orthopaedic review, 2ª ed, Ed. AAOS, 2014
2. Cannada LK (Ed). Orthopaedic Knowledge Update 11. Ed AAOS, 2014
3. Miller MD. Review of Orthopaedics 6ª Ed. Philadelphia: Saunders; 2012
4. Sociedad Española de COT. Manual de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 2ª Ed. Ed. Panamericana, Madrid, 2010.
5. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. Madrid: Médica Panamericana; 2004.
6. Farreras, Rozman. Medicina Interna. Ed XVI. Madrid: Elsevier; 2009.
7. Einhorn TA, et al. Orthopaedic Basic Science. Rosemont. American Academy Orthopaedic Surgeons. 2007.
8. Misra M, Pacaud D, Petryk A, et al. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. Pediatrics 2008; 122:398.
9. Sambrook P, Cooper C. Osteoporosis. Lancet. 2006; 367: 2010-2018. 10.-Kun Zhu, Prince RL. Calcium and Bone (review). Clinical Biochemistry. 2012; 45: 936-942.

10. Cummings SR, San Martin J, McClung MR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2009; 361:756.
11. Brown JP, Prince RL, Deal C, et al. Comparison of the effect of denosumab and alendronate on BMD and biochemical markers of bone turnover in postmenopausal women with low bone mass: a randomized, blinded, phase 3 trial. *J Bone Miner Res* 2009; 24:153.
12. Papapoulos S, Chapurlat R, Libanati C, et al. Five years of denosumab exposure in women with postmenopausal osteoporosis: results from the first two years of the FREEDOM extension. *J Bone Miner Res* 2012; 27:694.
13. Orwoll E, Teglbjærg CS, Langdahl BL, et al. A randomized, placebo-controlled study of the effects of denosumab for the treatment of men with low bone mineral density. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97:3161.
14. Kanis JA, Burlet N, Cooper C, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis Int.* 2008; 19: 399-428.
15. Reginster J-Y, Burlet N. Bone. Osteoporosis: a still increasing prevalence. 2006; 38 (2 suppl 1): S4-S9.
16. Whitaker M, Guo J, Kehoe T, Benson G. Bisphosphonates for osteoporosis—where do we go from here? *N Engl J Med* 2012; 366:2048.
17. Black DM, Reid IR, Boonen S, et al. The effect of 3 versus 6 years of zoledronic acid treatment of osteoporosis: a randomized extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res* 2012; 27:243.
18. Watts NB, Diab DL. Long-term use of bisphosphonates in osteoporosis. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95:1555.
19. Rizzoli R, Akesson K, Bouxsein M, et al. Subtrochanteric fractures after long-term treatment with bisphosphonates: a European Society on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis, and International Osteoporosis Foundation Working Group Report. *Osteoporos Int* 2011; 22:373.

Capítulo 35

CUIDADOS ORALES DURANTE EL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO.

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

SUSANA MARTIN LORENTE

WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ

1 Introducción

Las complicaciones orales son comunes en los pacientes que se someten a tratamiento quimioterapico, pueden ser efectos secundarios de la enfermedad o del tratamiento. La afectación de la cavidad bucal, es uno de los efectos secundarios que causa mayor disconfort al paciente.

2 Objetivos

Describir los cuidados y pasos que se deben tomar para prevenir las complicaciones orales que pueden aparecer durante el tratamiento quimioterapico.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en Pub Med, Medlile, y paginas web de oncologia, sin restricción de idioma de publicación, sobre las complicaciones orales que pueden aparecer en pacientes oncologicos a tratamiento con quimioterapia.

4 Resultados

La higiene oral rutinaria es uno de los pilares mas importantes para reducir las complicaciones y su gravedad, las recomendaciones generales que se deben incluir en el plan de tratamiento de un enfermo oncológico sometido a tratamiento quimioterápico son:

- Cepillarse los dientes y encías dos a tres veces al día, con un cepillo de cerdas suaves y dejar que se seque al aire.
- Usar un dentífrico de sabor suave con flúor con sabor suave.
- Limpiar los dientes suavemente con hilo dental una vez al día
- Usar enjuagues bucales con una solución acuosa de sal y bicarbonato sódico cada 2 horas para evitar el dolor
- Ante signos de sangrado , utilizar una torunda de gasa para el cuidado de la boca.
- Para la boca con costras, se podrá usar agua oxigenada diluida con agua o solución salina.
- Usar un producto para el cuidado labial para prevenir que los labios se sequen, con cremas labiales (cacao). Evitar vaselina por sus efectos deshidratantes.
- Cepillar la dentadura postiza todos los días, use un producto de limpieza recomendado por el dentista y mantener la dentadura postiza húmeda cuando no se use.
- Mantener la boca húmeda
- Beber mucha agua
- Chupar hielo picado para prevenir la sequedad
- Consumir chicle sin azúcar o caramelos duros
- Usar un sustituto de la saliva, saliva artificial o pilocarpina oral.
- Masticar piña o cubitos de hielo.
- Vigilar diariamente y minuciosamente dentro de la boca todos los días para observar si hay úlceras u otros cambios ulceras u otros cambios

Sugerencias en cuanto a la dieta:

- Elegir alimentos saludables que sean suaves, blandos y fáciles de masticar y tragar.
- Evitar alimentos picantes, muy ácidos ,duros o calientes
- Evitar alimentos azucarados, tales como caramelos y refrescos azucarados por el riesgo de caries
- Evitar los productos con alcohol y tabaco
- Procurar ingestión de una dieta blanda e incrementar el aporte de líquidos fríos y nutritivos

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con cáncer tienen un alto riesgo de presentar complicaciones bucales. Actualmente no existen protocolos estandarizados para tratar los efectos secundarios bucales de la quimioterapia. El manejo de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico es objetivo prioritario por lo que creemos necesario la elaboración de esquemas de actuación que orienten al profesional de una forma estandarizada para la prevención y tratamiento de estas lesiones.

6 Bibliografía

- Eisen D, Esell J, Broun ER. Oral cavity complications of bone marrow transplantation. *Seminars in cutaneous Medicine and Surgery* 1997;16:265-72
- McCarthy GM, Awde JD, Ghandi H, Vincent M, Kocha WI. Risk factors associated with mucositis in cancer patients receiving 5-fluoracil. *Oral Oncol* 1998;34:484-90
- Keefe DM, Schubert MM, Elting LS et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer* 2007; 109 (5): 820-821

Capítulo 36

INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PRIMEROS AUXILIOS. DOCENTES DE EDUCACIÓN INFANTIL

VANESA OCAÑA DIAZ

1 Introducción

El trabajo que aquí se expone, corresponde a un proyecto de investigación cuasi experimental, el cual persigue incidir en la educación sobre primeros auxilios de los docentes de Educación Infantil.

El objetivo principal fue valorar la seguridad, ansiedad y conocimientos ante situaciones de urgencia antes y después de la implantación de un programa de Primeros Auxilios en Niños y Bebés en el profesorado de Centros de Educación Infantil para la asistencia adecuada de los infantes en materia de prevención y asistencia.

Así pues, se lleva a cabo un proyecto que surgió de la necesidad de formar a los docentes de Educación Infantil de las escuelas o guarderías de la provincia de Jaén.

En este proyecto se desarrolló el requisito imprescindible de favorecer la creación de formación continuada que actualice los conocimientos sobre primeros auxilios y accidentes más frecuentes en la infancia, así como, aumentar el proceso de respuesta de los docentes en estas circunstancias, mejorando la atención a los infantes mientras llegan los equipos de atención de emergencias.

Por otro lado, se pretendió potenciar la seguridad en la actuación de aquellas situaciones de urgencias infantiles y reducir la ansiedad que presentan los docentes ante el desconocimiento de la actuación a realizar.

La investigación surgió a través de la siguiente pregunta: ¿es necesaria y obligatoria la enseñanza de estos conceptos a los docentes de educación infantil? Con esta interrogación y la consiguiente justificación de este proyecto se responde a esta cuestión y se esboza lo que será el organigrama y cronograma de un curso sobre primeros auxilios en niños y bebés para docentes de educación infantil.

La temática escogida para este proyecto es de vital importancia porque como recoge la Constitución Española, todo ciudadano tiene “derecho a la protección de la salud” (1 y 2)

Por esto, en la actualidad, se pretende implantar la figura de la enfermera escolar debido a las funciones de asistencia, promoción, prevención y enseñanza que procura a los docentes y a los alumnos de los centros escolares, favoreciendo la correcta asistencia a los niños y bebés, dotando al personal docente de recursos intelectuales como figuras responsables de los alumnos.

A pesar de que la figura de enfermera escolar no está establecida aún en muchas comunidades, sí se puede conseguir una formación más completa en las escuelas.

Debido a esto, este proyecto de investigación ambiciona ampliar los conocimientos de los docentes para la práctica diaria de su trabajo con niños y bebés buscando así el beneficio y el incremento de la seguridad de los profesores aminorando igualmente la ansiedad producida por las circunstancias propias de la situación de urgencias y el desconocimiento. Ensalzando esta información, se atenderá de forma más correcta a los accidentes y urgencias que se presentan a diario.

A lo largo de este trabajo, se justifica la elaboración de este proyecto, así como los objetivos a alcanzar. Se ha estructurado en cinco capítulos con su bibliografía correspondiente; conformando el marco teórico en el que se sustenta la metodología a implantar, las conclusiones de este proyecto y los anexos pertinentes.

Justificación

En este proyecto de investigación, la necesidad que propicia su planteamiento es el bajo conocimiento que tienen los docentes de Educación Infantil sobre Primeros Auxilios. Escasos conocimientos teóricos y prácticos que provocan una mala asistencia del docente a sus alumnos en caso de accidente infantil, junto

con poca seguridad y eficacia en la actuación de auxilio y un nivel elevado de ansiedad asociado a las circunstancias tan estresantes que supone una urgencia infantil.

A pesar de la necesidad que ha planteado el problema de investigación de este proyecto, se hace evidente que este compromiso por parte del profesor de velar por la seguridad y bienestar del niño debe ser impuesto en el ámbito infantil debido a la susceptibilidad y dependencia de estos menores en los primeros años de vida.

La escuela conforma uno de los entornos de socialización más importantes en el proceso de desarrollo y aprendizaje de los menores, que puede verse afectado por situaciones que incrementan este estado de riesgo en los niños: los accidentes. (3) Pero todo esto plantea una pregunta: ¿Qué evidencias existentes demuestran la necesidad que se esboza en este proyecto de investigación?

Comenzando en primer lugar con los estudios más antiguos: un estudio del año 1993 de los autores Carter, Bannon y Jones, establece que los encuestados estuvieron de acuerdo en que la prevención de accidentes es un tema ideal para ser enseñado en las escuelas, siendo una minoría las personas que tenían suficiente información sobre este tema (4); otro estudio realizado en 1994 de Gagliardi, Vecinos, Spears, Byrd y Snarr, determinó el grado de formación específica que tenían los docentes en una escuela, y el 40% nunca había sido entrenado, frente al 87% que consideraron que es de obligatoriedad la capacitación en primeros auxilios. (5) Esto no permitió a los docentes el reconocimiento y tratamiento adecuado a estas emergencias que constituían Soporte Vital Básico, asfixias, hipoglucemias o hemorragias, y un dato significativo fue que los padres daban por hecho la formación de estos profesionales en el ámbito escolar. (6)

Continuando en segundo lugar con estudios más recientes hallamos otro estudio del año 2008 por González Anera que sugiere la necesidad de dedicar más tiempo en la formación de los docentes en primeros auxilios (7); otro estudio del año 2009 por Tenorio, Marino Escobar, Stid Garzón, Castaño, Acevedo y William Martínez demuestra que es necesario desarrollar habilidades y mejorar el conocimiento en primeros auxilios, especialmente enfocados a una población donde se espera que el resultado no sólo se vea reflejado en el incremento del conocimiento previo a la intervención, sino que también sea transmitido a sus hogares y a la sociedad en general (8); otro estudio del año 2013 de los autores Ostad Taghizadeh, Mowafi y Ardalan, confirma que la educación y la formación tienen un impacto brutal en la capacidad de la comunidad a nivel familiar para la prevención de lesiones

(9); el estudio del año 2014 de Murphy concluyó que gracias a las encuestas proporcionadas por el personal de enfermería las escuelas se beneficiarían de un protocolo de anafilaxia en la escuela Pública de Milwaukee (10).

Junto con este análisis de los estudios ya citados hay otros además que argumentan la eficacia de programas de intervención sobre primeros auxilios como el estudio del autor Rieman y Kagan del año 2012 en el cual la herramienta de prevención de quemaduras fue eficaz para mejorar el conocimiento en un aula de niños Amish (11); las autoras Jazmín Sánchez Zambrano y Velastegui Sarabia en el año 2012 concluyen en su estudio la importancia de disponer un aula para la enseñanza de primeros auxilios (12); otro estudio del año 2010 de los autores Carruth, Pryor, Cormier, Bateman, Matzke y Gilmore explica que el grupo de intervención obtuvo una puntuación significativamente más alta en las operaciones de anticipación sobre los primeros auxilios pero no en la adquisición de conocimientos (13).

Además de esta bibliografía se hacen visibles estudios que desarrollan programas de primeros auxilios en Escuelas Infantiles como son: del año 2007 de la autora Aguilar Olvera (14); del año 2009 de la autora Romero Chaparro (15); del año 2011 de las autoras Anchatuña Alajo y León Alba (16); del año 2012 de las autoras Murillo Bustillos y Toapanta Alomoto (17); del año 2013 de los autores Lagla Lagla y Lagla Toapanta (18); y por último, del año 2013 de Tapasco (19).

Con esto se hace incuestionable la exigencia de implantar un programa de primeros auxilios por la eficacia observada en los estudios ya comentados, pero también por el bajo conocimiento de los docentes en esta área y que queda reflejado en los estudios: del año 1994 de los autores Gagliardi, Spears, Byrd, Snarr y Vecinos expone que un tercio de los profesores no tenían ninguna formación específica en primeros auxilios y el 40% nunca había sido entrenado en Reanimación Cardiopulmonar (20); del año 2007 de los autores Griffin, Jones y Hunter, que explican que la mayoría de los profesores poseían un conocimiento inadecuado sobre el tratamiento en emergencias traumáticas dentoalveolares y que los maestros con un buen programa se beneficiarían de la instrucción en primeros auxilios dentales (21); del año 2007 de los autores Baser, Coban, Tasci, Sungur y Bayat en el que se comenta que la mayoría de los profesores no cuentan con los conocimientos y las actitudes de los maestros de las escuelas primarias sobre primeros auxilios (22); del año 2011 de Rivera Salazar determina que el nivel de conocimientos de los profesores del nivel primario es regular en el 45.5% de los encuestados y sólo es bueno en el 12.7% de los profesores, por lo que no están

preparados para actuar frente a un accidente dentoalveolar (23); del año 2012 de los autores Ercan, Ozen, Karatepe Berber y Cengizlier confirma que los docentes de edición primaria no están bien informados acerca de la anafilaxia, su detección y tratamiento y por tanto, deben recibir una buena capacitación sobre este tema (24); del año 2010 de los autores Abraldes y Ortín que comentan que un 62.20% del profesorado del estudio obtuvo algún conocimiento en primeros auxilios frente al 38.80% que no recibió ninguno (25); del año 2010 de los autores Lee, Chung, Yun y Choikwon donde se recomienda que la información sobre la epilepsia debe ser incluida en los programas de formación del profesorado con el fin de aumentar su nivel de conocimiento de la epilepsia (26); del año 2010 de los Autores Skeie, Audestad y Bardsen, se evalúa el conocimiento sobre las lesiones traumáticas y obtienen los resultados de que los profesores tienen un escaso conocimiento y conciencia de traumatismo dentoalveolar entre los profesores actuales y potenciales en determinadas partes de Noruega (27); del año 2010 de los autores Haragushiky, Faria, Silva, Gonzaga y Baratto-Filho en donde se explica que sólo el 27% de los maestros de escuela privada conocían el qué y el cómo proceder frente al 11% de los maestros de escuelas públicas, por tanto, es necesaria una formación más completa (28); del año 2010 de los autores Ghaydaa, Shehata, Mahran sugiere que un programa educativo de salud bien organizado respecto a la causas y tratamiento de las crisis epilépticas puede mejorar la percepción de la epilepsia en los profesores de Egipto (29); del año 2011 por Eux, Nov, Sarnat y Amir: el conocimientos de los profesores evaluados era inadecuado; siendo necesario programas de educación para mejorar el tratamiento y asistencias de traumatismos dentales (30); del año 2011 de los autores Nemutandani, Yengopal y Rudolph explica que sólo un 11,5% de los docentes recibieron formación en traumatismos dentoalveolares como parte de su currículum, y que el conocimiento que tenía el profesorado era insuficiente (31); del año 2011 de los autores Wozniak, Nowicki, Goniewicz, Zielonka, Gorecki, Dzirba y Chemperek concluyen que los profesores con una antigüedad menor a 20 años participaron más en talleres de formación que los que no, indica que el 84% de los profesores habían participado en talleres de formación en primeros auxilios (32); del año 2012 de Bayrak, Tunc y Sari los cuales investigan sobre el conocimiento de las lesiones dentales y los resultados que obtienen son que los profesores tienen bajo nivel de conocimiento sobre el tratamiento de los traumatismo dentoalveolares en niños (33); del año 2012 de Li, Jiang, Jin, Qiu y Shen: el nivel de conocimientos de primeros auxilios en los docentes fue bajo, hay una necesidad urgente de educar a los miembros del personal en prácticas de primeros auxilios (34); del año 2012 de Kaur y Kaur: se observaron bajos niveles de conocimiento entre los profesores de la escuela

(35); del año 2012 de los autores Karande, Shah, Bhatia, Lakade, Nadeem Ahmed Bijle, Arora y Bhalia: el 94% de los profesores supervisaron a los alumnos durante las actividades deportivas, donde 88% de los profesores consideraron las caídas como el factor condicionante de los traumatismos dentoalveolares, el 94% de los profesores concluyeron que los alumnos varones son más propensos a estos accidentes, el 69% de los profesores recibieron formación en primeros auxilios pero sólo el 17% de éstos recibió información sobre la asistencia en traumatismos dentoalveolares (36); del año 2012 de Wallace, O'Neill, Madera, Edgar y Rea: de un 30% -50% tenían grandes lagunas en la atención a las quemaduras (37); del año 2013 de Joven, Wong y Cheung: los maestros mostraron una mejoría significativa estadísticamente en los profesores que no habían aprendido nada (38); del año 2014 de Li, Sheng, Zhang, Jiang, Shen: la adquisición de conocimiento sobre primeros auxilios pediátricos a corto y largo plazo mejora significativamente. La retención del conocimiento era modesta pero estable (39).

Además de estos estudios, vamos a citar diversos artículos que ponen de manifiesto el requisito de aumentar los conocimientos en primeros auxilios para incrementar la seguridad en la actuación de ayuda y soporte y reducir sobre todo la ansiedad del docente en estas situaciones sobre las cuales se debe actuar:

El primer artículo de Hué del año 2009 habla sobre los argumentos que provocan un estado de estrés, ansiedad e inseguridad seguido de malestar general. En un estudio del Instituto IDEA de 2007 se demuestra que los sentimientos positivos prevalecen sobre los negativos y este artículo propone que una de las razones para aumentar ese bienestar docente es que la docencia como profesión ofrece posibilidades de aumentar los conocimientos en diversas áreas. Esto permitirá acrecentar el bienestar del docente (40).

El segundo artículo de Guerrero Armas del año 2009 desarrolla las particularidades que representan a cada uno de los docentes de nuestras aulas. Estudios que se reflejan en este artículo evocan que una de las preocupaciones más frecuentes en los profesores es poseer dominio suficiente de la asignatura a impartir, además de los sentimientos de malestar docente y ansiedad que manifiestan provocando una reducción de su motivación y eficacia en su labor docente. Uno de los puntos a tener en cuenta es que a medida que el profesor adquiere más años de experiencia, sus preocupaciones tienen a disminuir porque sabe más y se anticipa a los sucesos. (41) Este artículo además recalca que las funciones que más protagonismo adquieren son durante la etapa escolar de los niños e infantes donde sus competencias van a dirigirse a las acciones de vigilancia y control de

estos menores. (42). Pero, ¿cuáles son las características que debe tener un profesor para cumplir con eficacia el control y la vigilancia de sus alumnos? En esta reseña se resaltan cualidades como mentalidad flexible, conocimiento en situaciones que requieran toma de decisiones rápidas y objetividad entre otras (43).

El tercer artículo que incluimos en este proyecto es de Martínez-Otero Pérez del año 2003, en el cual se hace especial mención que la profesión educativa está completa en responsabilidades del docente hacia el alumno. El profesor debe estar alerta y al cuidado de sus alumnos varias horas al día asumiendo responsabilidades que deben sustituir a aquellas parenterales o policiales (44). Otro concepto muy bien definido es el de ansiedad como un subtipo de miedo, acompañado de angustia, que propicia una situación continua de estrés que puede derivar en una fuerte depresión (45). Se concluye que en la docencia la indisciplina y la falta de formación son fuentes de estrés y ansiedad. (46)

El cuarto estudio que comentamos es de Gavidia Catalán del año 2009. En él, se expone textualmente: “El profesorado posee una serie de características que le confieren un papel muy importante para mejorar la salud en el contexto escolar. Davío (2009) hace especial hincapié en las siguientes funciones: observador, privilegiado, modelo para los escolares, transmisor de mensajes de salud, promotor de programas y agente crucial para el cambio y mejora de la salud escolar” (47)

Por ello el profesor debe tener niveles bajos de ansiedad y una alta seguridad que con unos conocimientos adecuados puede promocionar y mejorar la salud de sus alumnos.

El quinto artículo es de la Revista Enfoques Educativos del año 2008 que hace especial hincapié en la importancia de la Educación para la Salud a nivel de los alumnos como en el currículum docente. La Educación para la Salud tiene el objeto de cambiar y restablecer hábitos saludables a nivel individual y colectivo y está presente en el currículum escolar y debe trabajarse aspectos como la higiene, la prevención de accidentes o primeros auxilios y la escuela es el lugar idóneo para ello: ocupa el lugar de desarrollo de los niños en donde la Educación para la salud debe ser un contenido transversal y en la escuela debe haber programas que incluyan Educación para la salud a toda la población (48)

El sexto artículo es de los más relevantes encontrados y es de Aldrete Rodríguez, Mireles Landázuri, Mendoza Roaf y Aranda Beltrán del año 2004. En este estudio se identificaron las actitudes de los profesores de educación primaria en las

áreas cognoscitivo, afectivo y conativo utilizando la escala de Likert. Un 56,1% de los 57 maestros entrevistados no había cursado primeros auxilios, por lo que los resultados mostraron que los maestros presentan actitudes favorables hacia los primeros auxilios, pero no poseen los conocimientos para que esta actitud alcance su mayor beneficio (49)

El séptimo artículo es el que mayor eficacia demuestra (50) es del año 2015 de los autores Navarro Patón, Arufe y Basanta. La población que se estudió son 36 docentes de Educación Física que dan clases en Educación primaria. Se aplicó un cuestionario con 22 preguntas acerca de la necesidad de incluir primeros auxilios en la etapa de Educación primaria. Solo la mitad de estos docentes impartían algún contenido de primeros auxilios y el 55,56% vieron de máxima importancia la adquisición de conocimiento y ejecución eficaz de las maniobras de resucitación cardiopulmonar (51)

Si se continúa con las evidencias que demuestran esta necesidad se puede encontrar mayor validez en la implantación de educación para la salud en estos centros, existiendo lagunas importantes (hasta el 52% de desconocimiento en la actuación y asistencia de quemaduras) de conocimientos que son subsanadas por un buen programa o curso de conocimientos sobre primeros auxilios. (52)

Otro estudio demuestra que los conocimientos presentes en los docentes tenían diferencias transcendentales dependiendo de si el centro era público o privado. Con una diferencia de hasta 16% respecto a las escuelas públicas, se hace patente la necesidad de actualización de conocimientos en el ámbito privado. (53) Se hace indispensable el reajuste y enseñanza de los docentes de estos centros educativos (ya sean privados o públicos) en materia de atención y prevención de emergencias y accidentes en la franja de edad entre los 0 y 6 años.

Estas referencias bibliográficas se afirman aún más con uno de los estudios más importantes encontrados, los cuales señalan que casi el 65% de los docentes no cuentan con las aptitudes y actitudes adecuadas para responder ante una situación de primeros auxilios. (54)

Por esto, países como el Reino Unido han abogado por la inclusión obligatoria de formación en los docentes y alumnos en primeros auxilios para situaciones de urgencias fuera del ámbito escolar. (55) Cuantiosos estudios respaldan la capacitación de los docentes en estos conceptos y procedimientos ayudando a un incremento de una asistencia más precisa y efectiva para los alumnos en accidentes.

Con todas estas publicaciones, artículos y estudios se demuestra la importancia de que un buen programa de Educación para la Salud en los docentes de Educación Infantil es primordial para que éstos lleven a cabo sus funciones de forma idónea preservando la salud y evitando complicaciones sanitarias en sus alumnos.

Esta necesidad, como cita la bibliografía encontrada, es un problema muy actual debido al papel del profesional en las escuelas, el cual debe ser de promotor de la salud, prevención y también informador y educador en materia de asistencia sanitaria cuando los profesionales del hospital están ausentes en situaciones de emergencia y accidentes que se van a producir en el ámbito escolar, y en donde el profesorado va a ser la primera línea de actuación en asistencia y prevención de complicaciones. (56)

Estas funciones son muy trascendentales, porque como ya hemos dilucidado, el profesional tiene un cometido muy importante: disponer de una buena formación teórica y práctica sobre educación para la salud. La necesidad de este programa de educación, su continua actualización y recordatorio es fundamental ya que mejora significativamente los conocimientos de los docentes tanto a corto plazo como a largo plazo. Junto con esto, el avance significativo de la seguridad en el proceso de atención individual contribuye más eficazmente a los alumnos en estas situaciones de vulnerabilidad. (57)

En definitiva, no es sólo la necesidad de formación, sino unos conocimientos precisos, actualizados y completos que formen a los profesionales en docencia de las aptitudes y técnicas para la puesta en marcha de esta formación, unido a unas variables individuales de los docentes (seguridad y ansiedad) que, siendo controladas, posibilitan una buena formación en conjunto adecuada a las exigencias de estas circunstancias de auxilios.

Pero, ampliando esta necesidad que nos ha permitido llevar a cabo este proyecto, debemos hablar del papel de enfermera escolar. Vamos hablar de la figura de enfermera escolar porque es la gran ausente en los centros educativos, obligando a los docentes a una formación adecuada en materia de salud para ejercer una responsabilidad eficiente sobre sus alumnos.

El papel de la Enfermera Escolar como señala la Sociedad Española de Enfermería Escolar (SEC3) no es una figura reciente ni novedosa. Su objetivo principal es: “visibilizar la necesidad y la conveniencia de implantar servicios de Enfermería Escolar en los centros educativos” (58).

Pero, ¿a qué nivel está instaurada la enfermera escolar en los Centros Educativos? El mes de enero de 2015, se llevó a cabo una Jornada por la Sociedad Chilena de Enfermería en Salud Escolar (SOCHIESE), que trató la temática de “Visión de la Enfermería Escolar en Chile y en el mundo”. En esta jornada se desarrollaron tres módulos en los cuales se dedujo que existen diversos problemas relacionados con las políticas de salud pública sobre todo a nivel intra escolar y la necesidad inminente de organización de las distintas entidades que están involucradas con los centros educativos; y a la falta de formación en esta área.

Se concluyó en esta Jornada que se necesita “desarrollar la Enfermería escolar como una necesidad a nivel internacional”. Conjuntamente el emisor de esta Jornada expuso que: “es el profesional de enfermería quien tiene la obligación de trabajar en alianza con los programas de formación en salud que existen en los establecimientos educacionales, ya que por disciplina y formación tenemos las competencias para desarrollarlas (...) la importancia de visibilizar el rol enfermera escolar a través de la profesionalización (formación de post grado), fortalecimiento de las organizaciones del área a nivel nacional e internacional, publicación de investigaciones que muestren por ejemplo el costo beneficio de la gestión asistencial y preventiva para los escolares, crear sinergias con los distintos estamentos que trabajan en salud escolar.” (59)

En otros países, como Francia y Reino Unido, tienen implantados los profesionales de enfermería en la escuela, circunstancia que debería estar también en nuestro país y acordada con el resto de países europeos. (60)

Dejando patente esta necesidad a nivel internacional, en España se creó en el año 2009 la Sociedad Española de Enfermería Escolar (SCE3) (61), cuyo objetivo principal era implantar la figura de enfermera escolar en cada centro Educativo de nuestro país, pero la regulación de esta figura está en el aire. Está ya instaurada en centros Educativos como Madrid, Comunidad Valenciana, Castilla la Mancha o Castilla y León, pero sigue siendo necesaria su implantación en centros educativos conformados por niños con todo tipo de problemas de salud. (62) Sin embargo en otros centros no se quiere instaurar esta figura, debido a que el profesional de enfermería no es un docente, y son los maestros los responsables de la seguridad y salud de los alumnos.

Así por ejemplo, Concha Gómez, ex secretaria autonómica de Educación, señaló que la función de enfermería es “formar a los maestros y profesores”. (63) En relación con esto, sólo Madrid lleva más de treinta años con este profesional en sus escuelas (64), siendo una asignatura pendiente en el resto de Comunidades

en las cuales sólo en pocos centros está presente la enfermera escolar.

Pero una pregunta importante, ¿En Andalucía existe la figura de enfermera Escolar en las escuelas? No. En el año 2014 el Sindicato de Enfermería reclamó a los gobiernos autonómicos la contratación de enfermeras que asistan a los alumnos de los colegios en materia de prevención y promoción. (65)

En la provincia de Jaén, está claro que la figura de la enfermera escolar no está implantada. Tanto así, que el propio Colegio de Enfermería destacó la necesidad de esta figura en los centros educativos en el año 2009. Se debe considerar que esta figura esté establecida de forma obligatoria para cuidar la salud de los alumnos. La directa justificación de la ausencia de la enfermera erradica en la prioridad de educación en hábitos alimentarios y conductas sexuales respecto a la enfermera en las escuelas. (66)

Con esto, se estima de especial necesidad esta formación a todos los docentes, pero en particular a los de educación infantil porque los niños que educan y cuidan están en el momento vital más vulnerable de su vida.

Por ello, después de casi 21 años desde el estudio citado más antiguo, sigue haciéndose ostensible la necesidad de una enfermera escolar que propicie la formación teórica y práctica en situaciones de primeros auxilios.

Debido a todas estas referencias, se nos desarrolla el problema en la provincia de Jaén, en Centros educativos infantiles privados, cuya formación es más precaria respecto a centros públicos, como señalaron estudios ya nombrados.

El problema que plantea este proyecto se va a subsanar gracias a la enseñanza de un curso en la provincia de Jaén que será transmitido a docentes de educación infantil para aumentar sus aptitudes en primeros auxilios y mejorar la asistencia a los alumnos en caso de accidentes infantiles compensando la figura de la enfermera escolar que está ausente.

Este curso se elabora porque la Ley Orgánica 8/2013 de 9 de diciembre que entró en vigor en LOMCE, se originó persiguiendo dos propósitos fundamentales:

Toda la población que pase por el sistema escolar debe ser formada en primeros auxilios. (67)

Esta ley establece que cualquier persona a partir de los trece años de edad tiene la capacidad física y mental para el entendimiento y puesta en marcha de estas

maniobras de primeros auxilios para la asistencia y protección de la persona que precise la máxima ayuda posible en ese momento. (68)

Además, este programa de Educación para la Salud en primeros auxilios forma parte del proceso de atención enfermero que se va a realizar en este proyecto, el cual consta de un diagnóstico enfermero que es: Los conocimientos deficientes, que constituyen la carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con primeros auxilios en niños y bebés. (69)

Para solucionar este diagnóstico, alcanzaremos tres resultados de Enfermería que son definidos como:

- Conocimiento: seguridad física infantil. Es el grado de comprensión transmitido sobre la seguridad de los cuidados de un niño de un año de edad hasta los 17 años de edad. (70)
- Cognición. Es la capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos. (71)
- Nivel de ansiedad. Es la gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable. (72)

Para cada resultado se realizará una intervención, las cuales quedan definidas como:

- Para el resultado de Conocimiento: Seguridad Física Infantil se propone la intervención de Educación Sanitaria. Esta intervención consiste en desarrollar y proporcionar instrucción y experiencia de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades. (73)
- Para el resultado de Cognición se propone la intervención de Documentación. Esta intervención consiste en registrar los datos de la evolución del participante en el programa. (74)
- Para el resultado de Nivel de Ansiedad se propone la intervención de Disminución de Ansiedad. Esta intervención consiste en minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado. (75)

2 Objetivos

Valoración de la seguridad, ansiedad y conocimientos ante situaciones de urgencia antes y después de la implantación de un programa de Primeros Auxilios en Niños y Bebés en el profesorado de Centros de Educación Infantil entre el período de Agosto-Noviembre, para la asistencia adecuada de los infantes en materia de

prevención y asistencia.

Hipótesis

- La implantación de un programa de Intervención sobre Primeros Auxilios en Niños y Bebés mejorará la seguridad de los docentes en el proceso de atención en situaciones de urgencias en los niños del centro infantil.
- El desarrollo de un programa de Intervención sobre Primeros Auxilios en Niños y bebés reforzará los conocimientos de los docentes sobre el proceso a seguir en situaciones de urgencias en los niños del centro infantil.
- La instauración de un programa de Intervención sobre Primeros Auxilios en Niños y Bebés reducirá considerablemente la ansiedad de los docentes para asistir en accidentes infantiles posteriormente.

3 Metodología

Participantes

Este proyecto se va a realizar sobre tres escuelas infantiles de la población de Jaén, más concretamente sobre tres escuelas ubicadas en el barrio de La Alcantarilla; con un total de 10 docentes de cada escuela infantil. Los participantes de este proyecto constituyen 30 profesores en total de educación infantil. Para elegir la población participante, no se va a usar ningún criterio de exclusión debido a la trascendencia de este programa y su importancia práctica en la profesión de estos docentes.

El criterio de inclusión principal va a ser que son escogidos para el programa todos los profesionales que en ese momento estén trabajando en el centro de educación infantil; ya sea como docentes en prácticas profesionales o docentes con un contrato de trabajo remunerado. Los participantes serán por tanto de ambos sexos y de cualquier edad. Todos tendrán conocimientos deficientes o actualizables en primeros auxilios de niños y bebés.

Diseño

Es un proyecto de investigación cuasi experimental, con un diseño multifocal con una variable independiente formada por dos niveles (pre-intervención y post-intervención) y que estudia tres variables dependientes en la fase de pre-intervención y post intervención.

Sistema de variables

- Las variables que son objeto de estudio en este proyecto son: una variable independiente (programa de intervención) y tres variables dependientes (conocimiento, seguridad y ansiedad).
- En primer lugar, como variable independiente tenemos el programa de Intervención de Educación para la Salud en Primeros Auxilios, entendiendo este programa como una serie de actividades que se han planificado siguiendo un análisis de las necesidades que requieren las circunstancias estudiadas y que está formado además por unos objetivos que se quieren adquirir en un tiempo determinado. Configura un equipo de responsables que va a llevar a cabo este programa con los recursos económicos, materiales y humanos que se precisen. Finalmente, una vez instaurado este programa se realiza una evaluación del mismo. (76)
- En segundo lugar, como variables dependientes encontramos: el conocimiento entendido como aquel que se elabora gracias a los símbolos de lo que se percibe y que sustituye a lo recibido por los cinco sentidos, este conocimiento se asienta sobre la información o conocimiento sensible y aumenta la información que ya tenemos; (77) la seguridad humana que está íntimamente relacionada con el Desarrollo humano que tienen las personas respecto a su propia realización personal: viendo satisfechos sus derechos a nivel humano, civil, político, social, económico y cultural; (78) la ansiedad, que fue definida por Olivia Varela Cota (79) como:

Una vez explicadas las variables, representaremos cada una de las variables dependientes con los niveles sobre los que se va a actuar, indicadores de los mismos y un esquema de las herramientas de medición (las cuales serán ampliadas en el siguiente punto) en la siguiente tabla:

Instrumentos de medida

Se va a proceder a la evaluación de cada una de las variables dependientes de este estudio: conocimientos, seguridad y ansiedad. La primera variable que corresponde al sustantivo de conocimientos será medida a través de un cuestionario no estandarizado y realizado por la autora de este proyecto formado por 20 ítems y 4 opciones de respuesta. (Ver Anexo 4). Los ítems están ordenados de menor a mayor dificultad y por orden de enseñanza de los contenidos en el curso (Ver tabla 3). El cuestionario está conformado principalmente por cuatro partes: del ítem número 1 al 5 corresponde al primer bloque de contenidos sobre los Accidentes Escolares; del ítem número 6 al 18 corresponde al bloque de contenidos de Diferentes Situaciones de Cuidados; el ítem número 19 corresponde al bloque de contenidos de Prevención de Accidentes Infantiles; y, el ítem número 20 al bloque de conocimientos de Botiquín. Con esto, este cuestionario pretende val-

orar el nivel de conocimientos que tienen los docentes en la pre-intervención y en la post-intervención; evaluando este nivel de conocimientos sobre primeros auxilios que tenían inicialmente frente al que han adquirido posteriormente con el programa de Educación para la Salud. Este cuestionario cuando se reparte se prevé que sea de una duración de 30 minutos, dejando un minuto aproximadamente para responder a cada ítem.

La variable ansiedad será evaluada mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rango de Spielberger, Gorsuch y Lushene (STAI), en su adaptación española de Buéla-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero (80) Este instrumento consta de 20 cuestiones dirigidas a evaluar la ansiedad como un rasgo de la personalidad, así como de otros 20 elementos cuya finalidad es medir la ansiedad como un estado cambiante en función del tiempo y de la situación. Estos elementos deben ser contestados según una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta. En nuestro estudio, sólo se utilizará la parte correspondiente a la ansiedad estado (Ver anexo 5). Este cuestionario tendrá una duración de 30 minutos, dejando un minuto aproximadamente para responder a cada ítem. Es un cuestionario auto administrado y se mide en la pre-intervención y en la post-intervención.

La variable seguridad se evaluará con un ejercicio conformado por 10 casos prácticos que representan diferentes situaciones de cuidados. (Ver Anexo 6). Cada uno de los casos prácticos contienen contenidos que se van a enseñar en el programa de educación para la salud (Ver tabla 3). Cada caso práctico tiene una duración de 10 minutos aproximadamente y cada uno persigue un objetivo claro, y es que en su realización los docentes que participan en este curso de Educación para la Salud realicen las maniobras principales que se corresponden a valoración primaria y valoración secundaria. En todos los casos se va a valorar que el procedimiento a seguir en la valoración primaria sea correcto (Si es casos de asfixia, Maniobra de Heimlich; si es parada cardíaca Reanimación Cardiopulmonar; si es hemorragia, comprensión directa, etc.). Se persigue con este programa que los docentes sepan actuar con fluidez y eficacia sobre esos casos prácticos una vez finalizada la enseñanza en primeros auxilios

Procedimiento

Se comienza una búsqueda bibliográfica en Google académico con los siguientes sustantivos y buscadores DECS:

Ansiedad AND docencia; Ansiedad AND docencia AND desconocimiento; Primeros auxilios AND docencia AND desconocimiento; Primeros auxilios AND

docente AND desconocimiento AND ansiedad; Primeros auxilios AND desconocimiento AND ansiedad; Primeros auxilios AND desconocimiento; Enseñanza AND primeros auxilios AND docente. Se encuentran 7 artículos para la justificación de este trabajo con estos buscadores DECS.

Se procede a continuación a buscar en la base de Datos de Pubmed con los siguientes sustantivos y buscadores DECS: Profesorado AND ansiedad AND primeros auxilios. Se encuentran 11 artículos para este proyecto.

Desconocimiento AND primeros AND auxilios. Filtrando entre el año 2010 y 2015. Se encuentran 6 artículos para este proyecto.

((professorate) AND anxiety) AND first aid; (professorate) AND first aid; ((professorate) AND anxiety); (professorate) AND first aid: no se encontraron artículos relacionados con las variables a estudiar.

Se procedió a cambiar los términos “professorate” y “professorate” por “Faculty”.

((faculty) AND anxiety) AND first aids. No se encuentran artículos relacionados con las variables dependientes a estudiar.

((teacher) AND knowledge) AND first aids. Se encontraron 4 artículos para este proyecto.

((Anxiety) AND first aids) AND teacher; (Anxiety) AND first aids. No se encuentran artículos relacionados con las variables dependientes a estudiar.

(teacher) AND first aids. Se encontraron 4 artículos para este proyecto.

((knowledge) AND first aids) AND teacher. Se filtraron los resultados para los últimos 10 años y se encontró 1 artículo para este proyecto.

((((knowledge) AND first aids) AND anxiety) AND teacher. No se encuentran artículos relacionados con las variables dependientes a estudiar.

(first aids) AND anxiety. Se encontró 1 artículo para este proyecto.

((knowledge) AND first aid) AND anxiety. Se encontró 1 artículo para este proyecto.

((knowledge) AND first aid) AND teacher; ((teacher) AND first aid) AND knowledge. No se encuentran artículos relacionados con las variables dependientes a estudiar.

((((burn) AND knowledge) AND teacher) AND school. Se encontró 1 resultado

para este proyecto.

((burn) AND knowledge) AND teacher. No se encuentran artículos relacionados con las variables dependientes a estudiar.

((burn) AND prevention) AND school) AND teacher. Se encontró 1 artículo para este proyecto.

((trauma) AND knowledge). Se encontró 1 artículo para este proyecto.

((trauma) AND school) AND first aid. Se encontraron 14 artículos para este proyecto.

((training) AND first aid) AND teacher; (((ignorance) AND anxiety) AND first aid) AND teacher; ((ignorance) AND anxiety) AND first aid; ((repudiation) AND anxiety) AND first aid; ((anxiety) AND first aid) AND teacher; ((anxiety) AND ignorance) AND emergency; ((anxiety) AND emergency) AND teacher; ((haemorrhage) AND school) AND first aid. Muchos de los artículos ya seleccionados se repiten y por tanto no se encuentran artículos relacionados con las variables dependientes a estudiar.

(Emergencias) AND primary school. Se encontraron 8 resultados para este proyecto.

Se leyó y valoró cada uno de los artículos encontrados, se finalizó la búsqueda bibliográfica de los estudios por no encontrar más que estuvieran relacionados con esta temática. En las demás bases de datos no se halló ninguna referencia y las que se encontraban eran las mismas que ya hemos recopilado.

En segundo lugar, una vez reunida la información suficiente, se lleva a cabo un programa de intervención que supone el conjunto de actividades para lograr unos resultados y mejorar un diagnóstico enfermero, el cual se expone a continuación en un simple esquema inicial con la clasificación NANDA, NOC Y NIC y el argumento posteriormente:

Los docentes, a los cuales se le va a realizar este proceso de atención enfermero, tienen el diagnóstico de conocimientos deficientes en primeros auxilios de niños y bebés.

El diagnóstico quedaría transcrito con la taxonomía enfermera como: Conocimientos deficientes relacionado con poca familiaridad con los re-

cursos para obtener información manifestado por seguimiento inexacto de las instrucciones, realización inadecuada del proceso, comportamientos inadecuados (ansiedad e inseguridad) y verbalización del problema. (81)

Si desglosamos los resultados de este proceso de enfermería obtenemos que cada uno de los resultados enunciados se refieren a las variables dependientes sobre las que se va a actuar a través del programa educativo. A saber: Conocimiento: seguridad física infantil es el resultado del proceso de atención enfermero de la variable dependiente Conocimiento; Cognición es el resultado del proceso de atención enfermero de la variable dependiente Seguridad; y, Nivel de ansiedad es el resultado del proceso de atención enfermero de la variable dependiente Ansiedad.

Para cada resultado hemos planteado una intervención con sus actividades:

Esta intervención está formada por las actividades:

- Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.
- Identificar los recursos necesarios para llevar a cabo el programa.
- Centrarse en beneficios positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas.
- Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo.
- Disponer de lecciones para proporcionar el máximo de información, cuando corresponda.
- Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud.
- Utilizar demostraciones, participación de alumnos y manipulación de los materiales al enseñar las técnicas.
- Utilizar instrucción apoyada por ordenador, televisión, vídeos interactivos y demás tecnologías para proporcionar la información. (82)

Las actividades que lo constituyen son:

- Registrar los hallazgos completos en la valoración del programa.
- Anotar los resultados mediante la encuesta y los casos prácticos de los conocimientos adquiridos.
- Utilizar los datos de la documentación como garantía de calidad y acreditación. (83)

Las actividades que la conforman son:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el programa.
- Tratar de comprender la perspectiva del docente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva y actualizada sobre primeros auxilios.
- Crear un ambiente que facilite confianza.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. (84)

Estas tres intervenciones se van a realizar unificándolas en una sola intervención: por ello, he creído oportuno hacer un esquema explicando la intervención a desarrollar para alcanzar estos objetivos. La intervención que culmina este proceso de atención enfermero es el Curso sobre Educación para la Salud en Primeros Auxilios, que recibirán los docentes de Educación infantil y que constituye: una Documentación que registre todos los datos sobre este taller: cuestionario, escala sobre la ansiedad y casos prácticos; Educación Sanitaria con todos los conceptos que forman este curso y Disminución de la Ansiedad que se identificará con una escala y que se pretende reducir con la Educación para la salud. En tercer lugar, una vez planteado y justificado nuestro proceso de atención enfermero con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC, realizamos el esquema principal de los contenidos que se van a tratar en esta intervención.

En cuarto lugar, para la puesta en marcha de este curso se precisan de los siguientes recursos materiales:

- Un aula.
- Simulador/Maniquí bebé y adulto para simulación de Reanimación cardiopulmonar.
- Maniquí torso adulto y niño para maniobra de Heimlich.
- Un botiquín.
- Algodón.
- Gasas estériles.
- Tiritas de diferentes tamaños.
- Vendas de gasas de diferentes tamaños.
- Esparadrapo.
- Agua oxigenada.
- Alcohol 96°
- Clorexidina.
- Crema para las quemaduras.
- Tijeras.
- Termómetro.
- Pinzas.

- Medicamentos: antialérgico, analgésico, andiarreico, etc.
- Pañuelos de tela grandes.
- Ordenador y proyector.
- Pizarra.
- Grabadora.
- 30 Cuadernos sobre Primeros Auxilios.
- 30 Hojas informativas.
- Hoja de firmas.
- Hojas de consentimientos informados.
- Esterilla para acostarse en el suelo.
- 30 libretas.
- 30 bolígrafos bic.

Además de estos materiales, se realiza una hoja informativa (Ver anexo 1), la cual se va a repartir y que va a servir para un primer contacto con los participantes del proyecto. También se les va a informar de forma generalizada en qué consiste el programa de Educación para la Salud.

Junto con esto, se procede a la elaboración de un consentimiento informado siguiendo las instrucciones recomendadas por el Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI). (85)

Este consentimiento informado tiene dos partes: una primera parte que es la información sobre la investigación y las partes de la misma, que deben asegurar que el participante tenga claro en qué va a consistir el proyecto; y una segunda parte en la que el participante da su consentimiento y aceptación para formar parte de la investigación.

Consecutivamente se lleva a cabo la elaboración de los instrumentos de medida usados para cada variable dependiente que ya fueron explicados anteriormente.

Respecto a los recursos humanos, se precisará de un enfermero titulado en Diplomatura o Grado en Enfermería, además de conocimientos sobre primeros auxilios. Por ello, quien impartirá este curso es la propia autora del mismo.

En quinto lugar, una vez seguros de los materiales que se precisan, así como un buen esquema principal del proceso de atención enfermero se procede a concertar una cita con cada directora del Centro de Educación Infantil.

Se le explica en qué consiste este proyecto, y se le pide su colaboración. Se le proporciona las hojas informativas y las hojas de Consentimiento Informado. Con

esto se les explica a los participantes en qué consiste la investigación y se dejan unos días a los docentes para escoger si formar parte o no en la investigación.

Hecho esto, se preparan los materiales y el aula necesaria para esta intervención. Apartaremos durante los días previos a la intervención un aula lo suficientemente grande para acoger a 10 participantes y que tenga espacio para los talleres prácticos.

A continuación, adjuntamos en primer lugar una tabla explicativa con el proceso de atención enfermero y sus intervenciones y en segundo lugar un organigrama principal del planning de esta intervención:

Cómo se observa en la tabla 5, el proceso de atención enfermero que realizaremos se divide en dos fechas importantes: en las primeras 3 semanas que se corresponden con las fechas del 10 de Agosto de 2015 hasta el 28 de Agosto de 2015, se reparten las hojas informativas a cada participante (ver Anexo 1). Después se recogen los consentimientos informados (que anteriormente se repartieron cuando se concertó la cita con la directora), dejándole una copia del consentimiento al participante y se reparten las escalas de ansiedad, para que sean auto-rellenadas durante 30 minutos aproximadamente, las cuales deben realizarse en un aula cómoda, tranquila, libre de ruidos y distracciones y; los casos prácticos pre-intervención para evaluar las variable dependiente de seguridad. Estas tres semanas constituyen las sub-intervenciones de Documentación (porque se recoge información a través del consentimiento informado, escalas y casos prácticos) y Nivel de Ansiedad (escala de ansiedad) de la Intervención de Educación para la Salud.

En las siguientes tres semanas que concurren desde el 31 de Agosto de 2015 hasta el 17 de Septiembre de 2015, se implanta el curso de primeros auxilios durante cuatro días. Estas tres semanas constituyen las sub-intervenciones de Documentación (se reparte el cuestionario al comienzo y final del curso y se realizan los casos prácticos) y Educación Sanitaria (conocimientos sobre primeros auxilios). Se imparten así los tres cursos de primeros Auxilios que recibirán los tres grupos de docentes participantes en este proyecto.

Es un curso formado por 12 horas repartidas en cuatro sesiones de tres horas cada una, entre lunes y jueves, quedando viernes exento de curso. Las sesiones se realizarán en turno de tarde entre las 17,30 y 20,30h. Cada día tiene una sesión teórica y otra práctica, siendo 5 horas teóricas y el resto prácticas. (Ver tabla 6).

Es de obligatoriedad asistir a la totalidad del curso, para hacer la valoración de cada variable de forma eficaz. Si algún participante no puede asistir a alguna clase quedaría excluido del proyecto.

Cada curso comienza con la presentación del mismo, explicando el planning del curso y realizando el cuestionario pre-intervención para valorar los conocimientos previos a la Educación para la Salud del programa. Tras esto, se reparte el libro o cuaderno con los contenidos del programa de Educación para la Salud, junto con una libreta para apuntes o dudas y un bolígrafo para cada participante, y se comienza con la enseñanza de los contenidos de este programa. Los días posteriores, martes y miércoles, se seguiría con el cronograma que más adelante se expone. Al final de cada clase se pasaría una hoja de firmas (Ver anexo 3) para ver la asistencia de cada participante.

Y el jueves, día final de cada curso, terminaría con el mismo cuestionario y casos prácticos que se realizaron en la pre-intervención, pero ahora en la post-intervención.

Este programa se realizaría en el mes de Septiembre, más concretamente entre las fechas del 31 de Agosto de 2015 y 17 de Septiembre de 2015. Se escogieron estas fechas porque es el comienzo del curso escolar y así los docentes tienen los conocimientos del programa más frescos para ponerlos en práctica si sucede una situación de primeros auxilios.

En la primera semana se va a impartir el taller al grupo número 1, la segunda semana al grupo 2 y en la tercera semana al grupo 3. La finalidad de hacerlo así es para que tengan recientes los conocimientos y no dejar pasar mucho tiempo entre cada sesión.

Un apunte importante es que la evaluación de las variables dependientes a través del cuestionario y casos prácticos se va a llevar a cabo justo al terminar el curso, para ver de inmediato si ha sido eficaz o no. Porque si esperamos unos días, puede que los conocimientos no se recuerden tan bien.

Y pasado un mes, el 19 de Octubre comenzaríamos las entrevistas personales a cada participante. Estas entrevistas tienen una duración de una hora aproximadamente. A partir del 19 de Octubre hasta el 5 de Noviembre de 2015, se llevarán a cabo, dejando cada semana para un grupo, siendo el orden: grupo 1, grupo 2 y grupo 3, para que cada grupo haya tenido aproximadamente unas 6 semanas para la puesta en marcha de esos conocimientos.

Las entrevistas se llevarán a cabo pasado seis semanas, para comprobar si estos conocimientos y su práctica comenzado el curso escolar, ha servido para disminuir la ansiedad una vez incrementado las aptitudes y seguridad en estas situaciones de accidentes infantiles.

Teniendo el organigrama principal de las fechas de la puesta en marcha de este proyecto en la tabla 4 y el índice de contenidos de la tabla 3, se adjunta el planning de cada sesión que conforma el programa de Educación para la Salud:

4 Resultados

Este proyecto de investigación se realiza para educar a los docentes de los centros infantiles sobre prevención y actuación en primeros auxilios. Con este proyecto se persigue diseñar un curso de primeros auxilios en niños y bebés para engrosar el conocimiento de los docentes en esta temática actuando paralelamente en la seguridad y ansiedad de los docentes que surgen como resultado de la situación estresante de un accidente infantil, aportando así evidencia de su utilidad si se lleva a cabo y dejando una mejora en la práctica diaria de la asistencia y cuidado de los profesores a sus alumnos.

Por esta razón, este proyecto enriquece a:

- En primer lugar, al profesional de enfermería que imparte el curso, porque vislumbra la necesidad de Educación para la Salud y predispone una mejora en los conocimientos de los docentes.
- En segundo lugar, a los propios docentes de estas instituciones porque en circunstancias de accidentes escolares en infantes sabrán actuar y responder con eficacia y rapidez ante la situación.
- En tercer lugar, a los propios infantes que son cuidados por los docentes. Dispondrán de mayor seguridad y unos cuidados más óptimos en casos de primeros auxilios y accidentes infantiles.

5 Discusión-Conclusión

Pero a su vez, este proyecto tiene unas limitaciones que se pueden encontrar en su puesta en marcha y que son:

- Las características individuales de cada participante que conforman su subjetividad están presentes en todo el proyecto, desde los conocimientos con los que parten los docentes en la pre-intervención, así como sus rasgos de personalidad

que pueden hacerles más propensos a estados de ansiedad o tener más o menos seguridad en la actuación de asistencia en urgencias infantiles.

- Al ser un estudio con un diseño conformado por una sola variable independiente (programa de Intervención) con 2 niveles, tanto la recogida de datos como su análisis y realización de las conclusiones es un proceso mucho más arduo debido a la individualidad de cada uno de los participantes y sus características personales (No se puede interferir en la personalidad de cada uno de los participantes ni cambiarla.)
- Una creciente dificultad para la elaboración de contenidos. Algunos de estos contenidos se basan en guías de Recomendaciones que para Octubre de 2015 se actualizan.
- Falta de cooperación y ocultación de datos por parte de los docentes al realizar la recogida de datos en pre-intervención sobre todo en la parte de la valoración de la ansiedad con la escala de ansiedad.
- Dificultades al establecer el cronograma por cuestiones personales de los docentes.
- Sesgo del recuerdo para las respuestas de las preguntas en la recogida de información inicial en la encuesta para la valoración de los conocimientos sobre primeros auxilios en preguntas como 2, 5 o 7.

6 Bibliografía

- (1) Noticias Jurídicas [Internet] España: Congreso de los Diputados; 1978 [actualizado 27 Sep 2011; citado 3 May 2015] Disponible en: <http://noticias.juridicas.com>.
- (2) Noticias Jurídicas [Internet] España: Congreso de los Diputados; 1978 [actualizado 27 Sep 2011; citado 3 May 2015] Disponible en: <http://noticias.juridicas.com>.
- (3) Carrascosa MS. Transversalidad Educativa. TE. 2010 [citado 3 Mayo 2015]; Vol 47. p. 113. Disponible en: <http://www.enfoqueseducativos.es>.
- (4) Carter, Y.H, Bannon, M.J, Jones, P.W. The role of the teacher in child accident prevention. [Internet] Vol 16. 1 st ed. Oxford: Journal of Public Health. 1994
- (5) Gagliardi M., Vecinos M., Spears C., Byrd S., Snarr J. Emergencies in the school setting: are public school teachers adequately trained to respond? [Internet]. Vol9. 4 th ed. Prehospital Disaster Medicine. US National Library of Medicine National Institutes of health. 1994 [citado 4 May 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- (6) Gagliardi M., Vecinos M., Spears C., Byrd S., Snarr J. Emergencies in the school setting: are public school teachers adequately trained to respond? [Internet]. Vol9. 4 th ed. Prehospital Disaster Medicine. US National Library of

Medicine National Institutes of health. 1994 [citado 4 May 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

(7) Anera F.G. Los primeros auxilios en el centro escolar. YEE. 2008 [citado 4 May 2015]; p. 8.

(8) Tenorio D., Escobar J.M., Garzón E. S., Castaño C., Acevedo A. Efficiency of Educational Interventions in the First Aids. [Internet] Vol 11. 18 ed. Scielo. 2009 [citado May 2015].

(9) Taghizadeh A. O., Mowafi H. School fire in Iran: Simple actions save lives. [Internet] Vol 26. 1 st ed. Journal of the Euro- Mediterranean Council for Burns and Fire Disasters. 2013 [actualizado 31 Mar 2013; citado 4 May 2015]

(10) Murphy M. K.. Emergency Anaphylaxis at School. Nurses in the Milwaukee Public Schools implement a lifesaving response protocol. [Internet] Vol 114. 2014

(11) Rieman M.T, Kagan R.J. Pilot testing of a burn prevention teaching tool for Amish Children. [Internet] Vol 33. 2 nd ed. 2012 [actualizado Abr 2012; citado 4 May 2015].

(12) Sánchez Zambrano G.J., Velastegui Sarabia, D.C. Implementación del rincón de primeros auxilios en el aula de práctica docente de la Universidad Técnica de Cotopaxi durante el período marzo-Julio del 2012. En: Vallejo Montoya J.E. Tesis de Grado. Latacunga- Ecuador. 2013. p. 1-121.

(13) Carruth A.K, Pryor S., Cormier C., Bateman A., Gilmore K. Evaluation of a school-based train-the-trainer intervention program to teach first aid and risk reduction among high school students.

(14) Olvera M. A. Capacitación sobre primeros auxilios a docentes del jardín de niños "Diego Rivera". Secretaría de Educación Pública Universidad Pedagógica Nacional. Proyecto Pedagógico de Acción Docente. México D.C. 2007. p. 1-72.

(15) Romero Chaparro M.E. El manejo de los primeros auxilios en la escuela. IEE. 2009 [citado 4 May 2015] Vol 15: p. 1-11.

(16) Anchatuña Alajo M.R. León Alba R.M. Diseño y aplicación de un programa de capacitación dirigido a docentes sobre seguridad para prevenir accidentes en los estudiantes del primer año de Educación Básica en la escuela "Once de Noviembre" de la ciudad de Latacunga en el período académico 2009-2010. En: Dr Jorge Villa. Unidad Académica de Ciencias Administrativas y Humanísticas. Latacunga- Ecuador: 2011. p. 1-143.

(17) Murillo Bustillos, T.I., Toapanta Alomoto G.M. Fundamento teórico. Programa de capacitación sobre primeros auxilios para la comunidad educativa de la escuela "hermanos Pazmiño" de la parroquia eclesiástica de Cuicuno en el año lectivo 2010 - 2011. Latacunga- Ecuador. 2012. p. 1-155.

(18) Lagla Lagla W.D, Lagra Toapanta M.J. Elaboración de un manual de primeros

auxilios, para la capacitación de los docentes frente a los diversos tipos de accidentes escolares que sufren los niños de la escuela "Manuel Salcedo".

(19) Tapasco Lozano, M.B. Elaboración de un manual de primeros auxilios para los niños / as del primer año de educación básica paralelo "A" de la escuela Dr. José María Velasco Ibarra del cantón Latacunga, provincia de Cotopaxi durante el período 2010-2011. En: Coello Mejía S. Tesis. Latacunga - Ecuador. 2013. p. 1-99.

(20) Gagliardi M., Vecinos M., Spears C., Byrd S., Snarr J. Emergencies in the school setting: are public school teachers adequately trained to respond? [Internet] Vol9. 4 th ed. Prehospital Disaster Medicine. US National Library of Medicine National Institutes of health. 1994.

(21) Griffin A., Jones G., Hunter L. Emergency management of avulsed permanent incisors: knowledge and attitudes of teachers in 15 Irish School. [Internet] Vol 53. 4 th ed. 2007.

(22) Baser M., Cobán S., Tasci S., Sungur G., Bayat M. Evaluating first-aid knowledge and attitudes of a sample of Turkish primary school teachers. US National Library of Medicine National Institutes of health.

(23) Salazar R.R. Nivel de conocimiento y actitud sobre traumatismo dentoalveolares en profesores del nivel primario de escuelas públicas. En: Quintana del Solar R. Facultad de Odontología. Lima, Perú. 2011. p. 1-79.

(24) Ercan H., Ozen A., Karatepe H., Berber M., Cengizlier R. Primary school teachers' knowledge about and attitudes toward anaphylaxis. [Internet] Vol 23 5 th ed. 2012:

(25) Abraldes J.A., Ortín A. Knowledge in first aids for teachers of physical education in ESO. RIMCAFD. 2010 [citado 4 May 2015]. Vol 10: 13.

(26) Lee H., Lee S.K., Chung C.K., Yung S.N., Choi- kwon S. Familiarity with, knowledge of, and attitudes toward epilepsy among teachers in Korean elementary schools. [Internet] Vol 17. 2 nd ed. 2010

(27) Skeie M.S., Audestad E., Bardsen A. Traumatic dental injuries–knowledge and awareness among present and prospective teachers in selected urban and rural areas of Norway. [Internet] Vol 26. 3 rd ed. 2010

(28) Haragushiku G.A, Fari, M.I., Silva S.R., Gonzag, C.C., Baratto-Filho F. Knowledge and attitudes toward dental avulsion of public and private elementary. [Internet] Vol 77. 1 st ed. 2010

(29) Shehata A.G., Mahran G.M. Knowledge, attitude and practice with respect to epilepsy among school teachers in Assiut city, Egypt. ER. 2010

(30) Fux-noy A., Sarnat H., Amir E. Knowledge of elementary school teachers in Tel-Aviv, Israel, regarding emergency care of dental injuries. [Internet] Vol 27. 4 th ed. 2011.

- (31) Nemutandani M.S., Yengopal V., Rudolph M.J. Teachers' knowledge of emergency management of traumatised teeth in preschools.
- (32) Wozniak J., Nowicki G., Goniewicz M., Zielonk, K., Gorecki M. An analysis of kindergarden teachers' preparation to provide first aid. [Internet] Vol 65. 4 th ed. 2011.
- (33) Bayrak S., Tunc E.S., Sari E. Evaluation of elementary school teachers' knowledge and attitudes about immediate emergency management of traumatic dental injuries.
- (34) Li F., Jiang F., Jin X., Qiu Y., Shen X. Pediatric first aid knowledge and attitudes among staff in the preschools of Shanghai, China.
- (35) Kaur H., Kaur S. Prehospital emergency management of avulsed permanent teeth: Knowledge and attitude of school teachers.
- (36) Bhalla M., Namrata K., Mitali B., Laxmi L. Assessment of Awareness amongst School Teachers regarding Prevention and Emergency Management of Dentoalveolar Traumatic Injuries in School Children in Pune City, before and 3 Months after dental educational Program. JCDP. 2012
- (37) Wallace H.J., O'neill T.B., Wood F.M., Edgar D.W., Rea S.M. Determinants of burn first aid knowledge: Cross-sectional study. [Internet] Vol 39. 9 th ed. 2013.
- (38) Joven C., Wong K.Y., Cheung L.K. Effectiveness of educational poster on knowledge of emergency management of dental trauma-part 1 Cluster randomised controlled trial for primary and secondary school teachers.
- (39) Li F., Sheng X., Zhang J., Jiang F., Shen X. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China. [Internet] 2014
- (40) Hué C. Razones para el bienestar docente. Zaragoza. 2009.
- (41) Armas A.G. El docente: características, funciones y eficacia. IEE. 2009 [Citado 6 May 2015] Vol 24: 10.
- (42) Armas A.G. El docente: características, funciones y eficacia. IEE. 2009 [Citado 6 May 2015] Vol 24: 10.
- (43) Armas A.G. El docente: características, funciones y eficacia. IEE. 2009 [Citado 6 May 2015] Vol 24: 10.
- (44) Otero Péreza V.M. Estrés y ansiedad en los docentes. Vol 26. Pulso. 2003.
- (45) Otero Péreza V.M. Estrés y ansiedad en los docentes. Vol 26. Pulso. 2003.
- (46) Otero Péreza V.M. Estrés y ansiedad en los docentes. Vol 26. Pulso. 2003.
- (47) Catalán V.G. El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales. Vol 23. 2009.
- (48) Carrillo I. C. Educación para la salud. EE. 2008 [citado 10 May 2015] Vol 16: 50-51. Disponible en: www.enfoqueseducativos.es
- (49) Aldrete Rodríguez M.G., Mireles Landazuri M. La actitud de los profesores

de educación primaria ante los primeros auxilios. EYD. 2004 [citado 3 May 2015]
Vol 1: 1-6.

(50) Patón R., Giráldez V. A., Camiño S. B. Descriptive research about first aid teaching by physical education teachers in Elementary School. D. 2015

(51) Patón R., Giráldez V. A., Camiño S. B. Descriptive research about first aid teaching by physical education teachers in Elementary School. D. 2015

(52) Wallace H.J., O'neill T.B., Wood F.M., Edgar D.W., Rea S.M. Determinants of burn first aid knowledge: Cross-sectional study.

(53) Haragushiku G.A, Fari, M.I., Silva S.R., Gonzag, C.C., Baratto-Filho F. Knowledge and attitudes toward dental avulsion of public and private elementary schoolteachers. [Internet] Vol 77. 1 st ed. 2010

(54) Baser M., Cobán S., Tasci S., Sungur G., Bayat M. Evaluating first-aid knowledge and attitudes of a sample of Turkish primary school teachers. US National Library of Medicine National Institutes of health.

(55) Campbell, S. Supporting mandatory first aid training in primary schools. 2012

(56) Sánchez Moñino, T. Educación para la salud en la educación no Universitaria La figura del profesional sanitario en los centros de enseñanza. EG . 2002

(57) Li F., Sheng X., Zhang J., Jiang F., Shen X. Effects of pediatric first aid training on preschool teachers: a longitudinal cohort study in China.

(58) Sociedad Científica Española. [Internet] 2015 [citado 22 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.sce3.com/sobre-nosotros.html>

(59) Colegio de Enfermería. [Internet] [Citado 22 Abril 2015]. Disponible en: <http://colegiodeenfermeras.cl/conclusiones-de-las-vi-jornadas-de-enfermeria-escolar/>

(60) Sánchez Moñino, T. Educación para la salud en la educación no Universitaria La figura del profesional sanitario en los centros de enseñanza. EG. 2002

(61) Colegio Oficial de Enfermeros. [Internet] [Citado 22 Abril 2015] Disponible en: <http://www.enfermeriacanaria.com>

(62) Sociedad Científica Española. [Internet] 2015 [citado 24 Abril 2015]. Disponible en: <http://www.sce3.com>

(63) <http://sociedad.elpais.com>

(64) <http://enfermeriablog.com/la-enfermeria-escolar/>

(65) <http://andalucia.satse.es>

(66) <http://ecodiario.economista.es>

(67) Navarro Patón R., Arufe Giráldez V., Basanta Camiño S. [Internet] Vol 1. 1 st ed. A Coruña. 2015 [Actualizado Ene 2015,; citado 20 Abr 2015]

- (68) Navarro Patón R., Arufe Giráldez V., Basanta Camiño S. [Internet] Vol 1. 1 st ed. A Coruña. 2015 [Actualizado Ene 2015,; citado 20 Abr 2015]
- (69) Heather Herdman T. NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, Barcelona: ELSELVIER; 2010. 69
- (70) Moorhead S., Johnson M., Meridean Maas L., Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería. 4 th ed. Barcelona: ELSELVIER; 2009. 323
- (71) Moorhead S., Johnson M., Meridean Maas L., Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería. 4 th ed. Barcelona: ELSELVIER; 2009. 223
- (72) Moorhead S., Johnson M., Meridean Maas L., Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería. 4 th ed. Barcelona: ELSELVIER; 2009. 533
- (73) Bulechek G.M., Butcher H.K., Meridean Maas L., Mccloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5 th ed. Barcelona: ELSELVIER; 2009. 324.
- (74) Bulechek G.M., Butcher H.K., Meridean Maas L., Mccloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5 th ed. Barcelona: ELSELVIER; 2009. 319.
- (75) Bulechek G.M., Butcher H.K., Meridean Maas L., Mccloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5 th ed. Barcelona: ELSELVIER; 2009. 308.
- (76) Boza Carreño A. Los Equipos de Orientación Educativa de zona de Andalucía: modelos y programas de intervención. [
- (77) [Citado 10 Mayo 2015]. Disponible en: <http://e-educativa.catedu.es>
- (78) [Internet] Tegucigalpa: Editorama. 2002 [Acceso 18 Mayo 2015]. Disponible en: <http://hdr.undp.org>
- (79) [Internet] [Citado 18 May 2015]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com>.
- (80) Buela-Casal G., Guillen-Riquelme A., Seisdedos Cubero N. STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rango. Madrid. 2011: Tea Ediciones.
- (81) Heather Herdman T. NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, Barcelona: ELSELVIER; 2010. 69.
- (82) Bulechek G.M., Butcher H.K., Meridean Maas L., Mccloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5 th ed. Barcelona: ELSELVIER; 2009. 324.
- (83) Bulechek G.M., Butcher H.K., Meridean Maas L., Mccloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5 th ed. Barcelona: ELSELVIER; 2009. 319.
- (84) Bulechek G.M., Butcher H.K., Meridean Maas L., Mccloskey Dochterman, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5 th ed. Barcelona: ELSELVIER;

2009. 318.

(85) Comité de Evaluación Ética de la investigación. Formulario de Consentimiento. [Internet] [Citado 18 May 2015]

(86) Instituto de técnicas educativas de CECE. Curso Básico de Primeros Auxilios en Niños y Bebés. España: 2014. 38.

(87) [Internet] [Citado 10 May 2015] Disponible en: <https://www.google.es>

(88) OMS. [Internet] [Citado 5 May 2015] Disponible en: <http://www.who.int/es/>

(89) [Internet] [Citado 18 May 2015] Disponible en: <http://definicion.de/prevencion/>

(90) Instituto de técnicas educativas de CECE. Curso Básico de Primeros Auxilios en Niños y Bebés. España: 2014. 11.

(91) Instituto de técnicas educativas de CECE. Curso Básico de Primeros Auxilios en Niños y Bebés. España: 2014. 10.

(92) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 7. Círculo de Lectores: Barcelona; 1039.

(93) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 7. Círculo de Lectores: Barcelona; 1023.

(94) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 9. Círculo de Lectores Barcelona; 1359.

(95) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 14. Círculo de Lectores: Barcelona; 2015.

(96) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 4. Círculo de Lectores: Barcelona; 476.

(97) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 7. Círculo de Lectores: Barcelona; 901.

(98) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 5. Círculo de Lectores: Barcelona; 740.

(99) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 13. Círculo de Lectores: Barcelona; 1840.

(100) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 15. Círculo de Lectores: Barcelona; 2143.

(101) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 14. Círculo de Lectores; Barcelona: 2002.

(102) [Internet] [Citado 26 Abr 2015] Disponible en: <https://www.google.es>.

(103) Instituto de técnicas educativas de CECE. Curso Básico de Primeros Auxilios en Niños y Bebés. España: 2014. 26.

(104) Checa D.A. Manual DAE de Enfermería EIR Oposiciones. 2 nd ed. Valencia: DAE; 2010.

- (105) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 8. Círculo de Lectores Barcelona; 1130.
- (106) Equipo médico del banco de sangre de la cruz roja. Medicina y Salud 8. Círculo de Lectores Barcelona; 1099.
- (107) Instituto de técnicas educativas de CECE. Curso Básico de Primeros Auxilios en Niños y Bebés. España: 2014. 36.

Capítulo 37

IMPORTANCIA DEL USO DEL MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN EN EL PACIENTE DIABÉTICO

CLAUDIA AMOR CANTERO

JESSICA RODRÍGUEZ REBOLO

LORENA FERMOSO NUÑO

MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La neuropatía diabética periférica es un tipo de neuropatía que cursa con un daño neurológico causado por la diabetes mellitus (DM); ocasiona una pérdida gradual de sensibilidad en la superficie plantar de los pies, y aumenta el riesgo de lesiones tras cualquier presión prolongada o inadvertida. Se estima que el 15% de los pacientes diabéticos presentará a lo largo de su vida úlceras de las extremidades inferiores, requiriendo amputación entre el 7 y el 20%(1).

La Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas(2) recomienda el monofilamento de Semmes- Weinstein 5,07 como herramienta útil para la detección de la neuropatía diabética. La prueba del monofilamento valora la sensibilidad protectora del pie (sensibilidad a la presión y táctil superficial), es aceptado como el estándar médico para mostrar el grado mínimo de sensación protectora

en la piel(3) . La evidencia científica ha demostrado que el test del monofilamento tiene una sensibilidad del 66% al 91% y una especificidad del 34% al 86% para predecir el riesgo de úlcera, mientras que el diapasón es más impreciso y, por lo tanto, menos utilizado en la práctica de prevención primaria (4).

DESARROLLO HISTÓRICO DEL MONOFILAMENTO

Las primeras referencias del uso del MF para valorar la sensación de presión superficial en la piel proceden del fisiólogo alemán Max von Frey, de finales del siglo XIX, que utilizó como material de experimentación crines de caballo de diferentes longitudes y grosores. Observó que la presión ejercida por el cabello sobre una superficie, al curvarse, era siempre igual, independientemente de la fuerza o de la presión ejercida por el explorador. Semmes y Weinstein desarrollaron un MF de nailon colocado en un soporte plástico de mano para evaluar la neuropatía periférica en pacientes con daño cerebral. Las ventajas del nailon eran que su síntesis química aportaba material en cantidades ilimitadas y de características homogéneas, que su capacidad de absorción de la humedad era menor y, sobre todo, que se podía disponer de MF que soportaban mayor presión sin curvarse, de 1 a 300 g (la fuerza generada por las crines de caballo era inferior a 1 g). Paul Brand, un médico misionero que trabajaba en la India con pacientes con lepra, observó que estos pacientes se lesionaban las extremidades sin sufrir dolor y continuaban dañándose las zonas lesionadas, lo que impedía su curación. Demostró que las lesiones no se debían a falta de cuidados higiénicos, sino a la pérdida de sensibilidad protectora provocada por la neuropatía periférica. Cuando se trasladó a Estados Unidos, observó que los pacientes con DM presentaban ulceraciones en los pies similares a las que había visto y estudiado en los pacientes con insensibilidad por lepra, y recomendó el empleo del MF como cribado de la ND. Desde entonces se ha generalizado el uso del MF en la evaluación de la sensibilidad protectora en los pacientes con DM.

FUNDAMENTO DEL MONOFILAMENTO

El uso de MF en la valoración de la sensibilidad se basa en que están fabricados con unas determinadas especificaciones de longitud, grosor y material, que hacen que se abomben a partir de la aplicación de una determinada presión longitudinal. Se trata de un filamento de nailon, por lo general unido a un mango de plástico, que al doblarse aplica una presión constante del orden de varios gramos (generalmente 10 g), independientemente de la fuerza que aplique el explorador. Esa presión sobre la superficie cutánea es siempre la misma, incluso tras combarse. De esta manera puede explorarse la sensibilidad cutánea a diferentes grados de presión aplicada, dependiendo del tipo de MF utilizado. La longitud de los MF es

siempre la misma (38 mm), mientras que su diámetro varía entre 0,635 y 1,143 mm. Los diferentes tipos de MF se identifican por un número, en el rango de 1,65 a 6,65, que deriva de la aplicación de la siguiente fórmula: Valor nominal = $\text{Log}_{10} \{ \text{fuerza (en mg)} \cdot 10 \}$ El MF más ampliamente utilizado es el de 5,07, que da una presión de 10 g, ya que es el que mejor se correlaciona con la presencia de ulceraciones y con el riesgo de desarrollarlas en estudios prospectivos(5).

EXPLORACIÓN CON EL MONOFILAMENTO

Técnica: Existen varias modalidades de exploración con el MF que afectan al tipo de MF utilizado, al número y la localización de las zonas que se van a explorar, al número de repeticiones de la exploración, al método de interrogatorio, y a la valoración de los resultados. Las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2 del Sistema Nacional de Salud consta de tres pasos de la técnica del MF: aproximación y contacto con la superficie cutánea, curvado del MF con presión mantenido durante 1-2 s y retirada del MF de la piel.

Normas para utilizar el monofilamento

- Se aplica perpendicularmente a la piel del paciente y la presión se va incrementando hasta que el MF se dobla. Es entonces cuando se valora
- No debe mantenerse apoyado durante más de 1-2 s.
- La exploración se realizará en cuatro puntos plantares de cada pie: primer dedo (falange distal), base del primer, tercer y quinto metatarsianos
- Por cada una de estas localizaciones se puntuará 1 o 0, según el paciente sea o no sensible. La suma de valores nos dará el índice de sensibilidad al MF (de 0 a 8)
- Un paciente se considerará sensible sólo cuando la puntuación obtenida sea de 8/8.

Precauciones en el uso del monofilamento:

- Procurar que los pacientes tengan una experiencia previa: aplicar el MF en una zona distinta y fácil de apreciar (extremidades superiores, cara, etc.), para que puedan hacerse una idea del tipo de sensación.
- Durante la exploración: el paciente cerrará los ojos y se le dirá: «Ahora voy a ponerle este aparato en distintos puntos de los dos pies: avísame cuando lo sienta e intente decirme dónde lo siente: en qué pie, en el dedo, en la planta...». En el momento que apliquemos el MF, evitar la pregunta: «¿Lo nota ahora?». En algún momento, hacer la pregunta sin apoyar el MF.
- En los pacientes con algunos puntos insensibles se repetirá la exploración en esos puntos al finalizar la primera (exploración repetida en dos tiempos). Si en la segunda ocasión es sensible, se considerará ese punto como sensible.

En los pacientes con todos los puntos sensibles (índice MF = 8) es suficiente con una sola vez. Precauciones para mejorar los resultados con el monofilamento:

- Paciente colaborador, alerta
- Explicación previa del procedimiento, con prueba en la mano o el brazo
- Mantener el pie oculto de la visión del paciente
- Aplicar hasta que se doble, perpendicular, durante 1-2 s y liberar la presión
- Pedir al paciente que responda sí o no
- Repetir en cada punto
- Utilizar un monofilamento adecuado.

Números de puntos que hay que explorar:

Tanto el número de zonas valoradas con el MF como su localización no se han estandarizado por completo. El número de puntos que se recomienda explorar oscila entre cuatro y diez. En individuos normales la sensibilidad al MF es mayor en el dorso del pie y menor en el talón. La gran mayoría de las recomendaciones de los expertos consideran que la exploración de cuatro puntos de la planta del pie (la zona plantar del primer dedo y la base del primer, tercer y quinto metatarsianos) representa la exploración óptima. Si se aumenta el número de puntos que se exploran de cuatro a ocho (considerando patológico cuando al menos una zona es insensible), se consigue mejorar ligeramente el porcentaje de pacientes con pérdida de sensibilidad protectora (el 95% en vez del 90%). El número de puntos insensibles al MF necesarios para considerar la exploración como patológica también ha sido objeto de discusión: si la anormalidad del test se define como al menos uno de los cuatro puntos insensibles, la especificidad del test es del 60%; si el requisito de anormalidad es el hallazgo de los cuatro puntos insensibles, la especificidad aumenta a un 80% (sin embargo, en ambos casos la sensibilidad es similar, alrededor del 90%)(6).

2 Objetivos

Proporcionar conocimientos de enfermería sobre el uso del monofilamento de Semmes- Weinstein, para la detección precoz de la neuropatía periférica en la población diabética y sus complicaciones.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Cinahl, Cuiden plus, LILACS, Pubmed, Biblioteca Cochrane. La búsqueda se completa con literatura

científica obtenida en el repositorio Scielo, Google Scholar y otras fuentes de literatura gris.

4 Resultados

Se debe realizar anualmente a los pacientes diabéticos un control exhaustivo de sus pies. Primero se debe hacer una exploración física en busca de heridas, callos, deformidades, dermatitis y posteriormente se procederá a la medición de pulsos distales, valoración del reflejo Aquileo, el test del monofilamento y eco doppler, si se precisa. El uso del monofilamento no descarta la exploración con otras técnicas diagnósticas utilizadas en el “pie diabético” .

5 Discusión-Conclusión

- La Prueba del Monofilamento de Semmes-Weinstein es una herramienta fundamental para completar el seguimiento del paciente crónico.
- Presenta buen grado de aceptación por los pacientes por ser una técnica no invasiva, indolora y rápida.
- Es recomendable proporcionar educación general para el autocuidado de los pies, y realizar un examen exhaustivo mediante inspección, evaluación de pulsos periféricos y valoración de la sensibilidad con el monofilamento.
- El despistaje de la neuropatía actúa en beneficio tanto del paciente, como del ámbito sanitario en general, ya que se evitan complicaciones como úlceras, disminuye el tiempo de intervención y el coste sanitario.

6 Bibliografía

- (1) Boulton A, Vilekyte L, Ragnanson-Tennvall G, Apelqvist J. The global burden of diabetic foot disease. *Lancet*. 2005;366:1719–24.
- (2) Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Segunda edición. Sevilla: AEEVH, 2014
- (3) López-de-Andrés A, Martínez-Huedo MA, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Gil-de-Miguel A, Jiménez-García R. Trends in lower-extremity amputations in people with and without diabetes in Spain, 2001-2008. *Diabetes Care*.
- (4) Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo II

(5) González CP. Monofilamento de Semmes-Weinstein. Diabetes Práctica Actual Habilidades En Aten Primaria. 2010;1(1):8-19.

(6) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.Agencia de Evaluación deTecnologías Sanitarias del PaísVasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.o2006/08.

Capítulo 38

CONOCIMIENTOS Y NUTRICIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II

MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

GRACIELA ZAPICO LÓPEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus tipo II constituye una patología que prevalece en el 13.8% por ciento de la población española, con mayor frecuencia en adultos obesos con antecedentes familiares. Constituye la tercera causa de consulta médica programada en atención primaria. El control de la diabetes es dietético, higiénico y farmacológico. El control dietético es fundamental ya que aproximadamente la mitad de los diabéticos puede controlarse sólo con dieta.

2 Objetivos

El objetivo se basa en la relación entre los conocimientos que los pacientes diabéticos poseen sobre los alimentos que alteran la glucemia y la aplicación de éstos en la vida diaria a través de la dieta y el ejercicio.

3 Metodología

Estudio epidemiológico transversal realizado en una muestra aleatoria de 50 pacientes con DM II mayores de 55 años en un centro de atención primaria de

Asturias . Se tuvo en cuenta el sexo, edad, tratamiento farmacológico con ADO o insulina y el control glucémico mediante la cifra de HbA1C. Encuesta sobre frecuencia de consumo de alimentos ricos en carbohidratos, alimentos ricos en azúcares, productos sin azúcar, consumo de alcohol, realización de actividad física y conocimiento sobre alimentos con carbohidratos.

4 Resultados

En lo referente a la cantidad de comidas que realiza al día, se encontró que el 60% consume hasta 3 comidas al día; sin embargo el 40% realizan de 3 a 5 comidas, indistintamente del sexo. El 80% no compra o consume productos sin azúcar. Un dato a tener en cuenta es que los diabéticos, aunque la mayoría se fijan en consumir productos “ sin azúcar”, no prestan atención a “cuando” y a “cuanta” cantidad de carbohidratos consumen. De hecho el 80% no se fija en ello. Solo un 20% si presta atención.

El 80% intentan comer sin grasa, un 80% limita la cantidad de alcohol y otro 80% realiza algún tipo de actividad física. Cabe destacar que de este último 80%, el 20% corresponde a hombres. Al indagar en su última analítica (hemoglobina glicosilada), no son todos los datos buenos. El 60% mantienen datos de hemoglobina glicosilada por debajo de 6.5, frente al 40% que la tiene por encima de 6.5.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de ser un objetivo de la educación terapéutica la población diabética no ha modificado suficientemente hábitos de salud modificables o prevenibles, como la dieta, el ejercicio o la obesidad.

Los resultados confirman una vez más la estrecha asociación entre hábitos de salud prevenibles o modificables (dieta, ejercicio, obesidad...) con el riesgo cardiometabólico.

La mayoría de los diabéticos tienen claro que los productos con “azúcar” suben la glucosa en sangre, pero no todos saben con claridad que los “hidratos” también elevan la glucosa.

6 Bibliografía

- Cantú Martínez, PC. Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. Enfermería Actual en Costa Rica.
- Arauz A, Roselló M. Modificación de prácticas alimentarias en diabéticos no insulino dependientes: efectos de una intervención educativa multidisciplinaria.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 39

SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA.

BERTA GARCIA MURILLO

MARIA SALINAS BARIAIN

JUNCAL SANZ PASCUAL

ELENA GONZÁLEZ ESAIN

VIRGINIA GALENDE GALARZA

1 Introducción

El síndrome de la bolsa de orina púrpura (PUBS) es un fenómeno poco frecuente y llamativo en el que la bolsa de orina y/o el catéter vesical adquieren una coloración roja, azul o púrpura (1). Fue descrito por primera vez en 1978 (2).

Causada por una reacción química, el fenómeno lo inician bacterias intestinales que metabolizan el triptófano de la dieta. Tras su conjugación hepática se transforma en indoxil-sulfato, que se excreta por orina y es transformado en indoxil por bacterias productoras de sulfatasas y fosfatasas (*p. mirabilis*, *p. aeruginosa*, *k. pneumoniae*, *e. coli* y *m. morganii* entre otras). El indoxil, por oxidación, da lugar a índigo (color azul) e indirrubina (color rojo)(1,3-5). Al mezclarse estas sustancias en presencia de un dispositivo de plástico (sonda y/o bolsa) aparece el color púrpura característico (1,2).

2 Objetivos

- Conocer e identificar el síndrome de orina púrpura.
- Identificar pacientes susceptibles de padecerlo.

3 Caso clínico

Paciente de 96 años con AP de HTA, EPOC, insuficiencia cardíaca y renal crónicas, con Alzheimer avanzado, encamado y portador de sonda vesical permanente desde hace 8 meses.

Avisa la familia por coloración morada en ciertos tramos de la sonda. Tras el cambio de la misma vuelve a aparecer. Se pide urocultivo y se trata con cefuroxima 500 mg cada 12 horas.

Tras nuevo cambio de sonda y finalización de tratamiento antibiótico el fenómeno revierte.

4 Resultados

Las causas del PUBS no están claramente identificadas(1,4,6). Se da con más frecuencia en: pacientes institucionalizados, mujeres de edad avanzada, portadores de sonda vesical permanente o de larga evolución, estreñimiento crónico, bacteriuria asintomática, insuficiencia renal crónica, aumento de indol en intestino (relacionado con dieta hipercalórica e hiperprotéica), encamados y en presencia de orina alcalina (aunque también se han dado casos con orina ácida) (3,4,7).

El tratamiento se dirige a la infección urinaria subyacente (y a los cuidados del catéter para prevenir ésta) y al control del estreñimiento (7). El tratamiento agresivo con antibióticos está en debate.

5 Discusión-Conclusión

- El PUBS es un fenómeno poco habitual pero que puede llegar a ser muy llamativo (1).
- A pesar de ser un proceso benigno, es preocupante para paciente, familia y personal sanitario por lo inusual y vistoso (4,8).
- Cada vez contamos con más pacientes que tienen muchos de los factores de riesgo asociados al PUBS en el medio extrahospitalario.

- Debemos pensar en que detrás de su aparición puede haber una inadecuada atención del catéter urinario.

6 Bibliografía

1. Campbell SE, Izquierdo A, Campbell S, Erazo L, Calderón C. Síndrome de la bolsa de orina púrpura. *Acta Med Colomb.* 2011; 36: 38-40.
2. Barlow GB, Dickson JAS. Purple urine bags. *Lancet.* 1978; 311: 220-221.
3. Van Iersel M, Mattijssen V. Purple urine bag syndrome. *Neth J Med.* 2009; 67: 340-341.
4. Yang CJ, Lu PL, Chen TC, Tasi YM, Lien CT, Chong IW. Chronic kidney disease is a potential risk factor for the development of purple urine bag syndrome. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57: 1937-1938.
5. Tejada Evans AD, Ortega-Sánchez G, Moreno Guillén S. Síndrome de coloración púrpura de la orina. *Rev Clin Esp.* 2012; 212: e6.
6. Shiao CC, Weng CY, Chuang JC, Huang MS, Chen ZY. Purple urine bag syndrome: a community-based study and literature review. *Nephrology (Carlton).* 2008; 13: 554-559.
7. Khan F, Chaudhry MA, Qureshi N, Cowley B. Purple urine bag syndrome: an alarming hue? A brief review of the literature. *Int J Nephrol.* 2011; 2011: 419213.
8. Ga H, Park KH, Choi GD, Yoo BI, Kang MC, Kim SM. Purple urine bag syndrome in geriatric wards: two faces of a coin? *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55: 1676-1678.

Capítulo 40

ACOS: ANTICOAGULANTES ORALES

MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA

RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO

LAURA SANROMAN CLAROS

AIDA GIL VECINO

1 Introducción

En estas páginas vamos a hablar de forma extensa y en profundidad de los ACOs. Los ACOs, son las siglas comerciales usadas para unos fármacos conocidos como Anticoagulantes Orales.

Durante bastante tiempo, la anticoagulación oral ha sido posible gracias a la utilización de medicamentos antagonistas de la Vitamina K (AVK) empleados para el tratamiento y prevención de patologías hematológicas como:

- Trombosis o embolia venosa.
- Prevención de Ictus en pacientes con FA(fibrilación auricular).
- Prevención de embolias y trombosis en pacientes portadores de prótesis cardiacas.
- Indicaciones como trombofilias.
- Prevención de abortos.

Los antagonistas de la Vitamina K son fármacos de manejo y utilización compleja por varios motivos que paso a enumerar a continuación:

- Margen terapéutico estrecho.

- Monitorización periódica para poder mantener niveles razonables de seguridad y eficacia.
- Interacciones diversas y múltiples con alimentos, bebidas alcohólicas y fármacos como la VK.

A pesar de ello se han conseguido avances importantes en el campo de la medicina gracias al uso de los mismos, sin embargo, en la actualidad siguen existiendo múltiples problemas ya que los AVK siguen siendo la principal causa de ingreso hospitalario por complicaciones hemorrágicas y sangrados.

Para poder dar solución a dichos problemas, la investigación científica se centra en desarrollar un Anticoagulante ideal como alternativa al uso de los AVK. Sin embargo, para que sea efectivo al 100 % debe reunir las siguientes características:

- Amplio margen terapéutico.
- Escasa variabilidad individual.
- Administración de una única dosis fija y no variable.
- No monitorización sistemática.
- Disponibilidad de antídoto.

Es decir, en definitiva tiene que ser más seguro y con mayor eficacia que los AVK.

Al haber diferentes ACOs disponibles en el mercado, es necesario entender de forma correcta y adecuada una serie de conceptos relacionados con el tema a tratar: la farmacología, la farmacocinética, la farmacodinámica y su papel terapéutico en la prevención. Al haber diferentes opciones, se hace necesario también un proceso de selección específico y ajustado para cada tipo de paciente a sus necesidades y demandas. Sin embargo, el uso de uno u otro no va a depender de la preferencia del paciente sino que va a ser prescrito por el especialista según la patología de base presentada.

Los pacientes que se pueden beneficiar de la administración de estos fármacos nuevos serían:

- Hipersensibilidad a los AVK.
- Antecedentes de hemorragia intracraneal.
- Ictus isquémicos.
- ICC reciente.
- Historia de HTA y diabetes mellitus.

Además se benefician también del uso de los mismos todos aquellos pacientes con:

- Episodio trombótico arterial con buen control del INR.
- Hemorragias graves o repetitivas (digestivas).
- Mal control del INR.
- Imposibilidad para poder acceder a los controles periódicos del INR.

2 Objetivos

- Identificar y conocer los diferentes tipos de ACOs existentes en el mercado.
- Indicar al paciente una serie de normas a seguir para poder desarrollar sus actividades y hábitos cotidianos con total normalidad.
- Identificar los riesgos relacionados de los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente relacionada con anticoagulantes orales. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

SINTROM:

Fármaco anticoagulante, viene presentado en forma de pastilla con una ranura en forma de cruz lo que facilita la partición del mismo según la dosis pautada. El objetivo del tratamiento es la prevención de trombosis y embolias.

Los pacientes beneficiados con la toma del mismo son los siguientes:

- Han tenido una trombosis o embolia y corren riesgo de que se repita
- Nunca han padecido la patología ya citada pero tienen riesgo elevado de padecerla

La duración del tratamiento es variable, depende de la causa y circunstancias de cada paciente. Oscila desde unos pocas semanas, casos concretos y muy específicos, o bien por un tiempo indefinido como ocurre con la mayor parte de la población. Normalmente, el paciente es informado por el especialista de la duración del mismo antes de la firma del CI. Sin la firma de la autorización correspondiente, el tratamiento no se puede iniciar. En este caso se debe advertir al

interesado del riesgo que conlleva o al tutor o representante legal en caso de que hubiera incapacidad física alguna.

Al ser anticoagulante, el fármaco actúa alargando el tiempo que la sangre tarda en coagularse interfiriendo con la acción que la Vitamina K tiene en la coagulación, impidiendo así la formación de trombos y embolias nivel del organismo.

Se considera una medicación especial, su dosis es única e individual para cada paciente según sus necesidades, por lo que es importante que no sea comparada con la pauta de otra persona ya que cada organismo es diferente al igual que lo son sus demandas. El tratamiento con Sintrom, precisa de controles periódicos y regulares para poder saber si el tiempo de coagulación de la sangre es correcto.

El control se realiza de dos formas distintas: punción venosa o punción capilar.

- Punción Venosa: extracción de sangre a través de la vena, se deposita en un tubo de color azul (coagulación) y se envía al laboratorio para su correspondiente análisis.

- Punción capilar: se realiza en el extremo más distal y lateral del dedo de la mano, la zona tiene que estar caliente y seca. Se precisa para su obtención una lanceta y un coagulómetro.

El coagulómetro es un aparato con una especie de sistema de drenaje en el cual se deposita la sangre y pocos segundos después se obtiene de forma directa y en el acto el resultado.

El efecto del fármaco se mide mediante el INR, tiempo que tarda en coagularse nuestra sangre. Los valores del INR oscilan según la patología:

- 2-3: arritmia y trombosis
- 2,5-3,5: prótesis cardiaca

Al inicio del tratamiento, los controles son periódicos cada 4-5 días hasta que el INR se estabilice. Una vez estabilizado, se realizan cada 4-6 semanas y el paciente es remitido a su Centro de Atención Primaria de referencia.

Preguntas frecuentes formuladas

- ¿Se puede desayunar antes de realizar el control?. Sí, si se da la circunstancia de que el control coincide en el día con otra analítica se puede aprovechar el pinchazo. En este caso se debe preguntar por la necesidad o no de ayuno.

- ¿Se puede tomar medicación?. Sí, las prescritas de forma habitual

¿Incidencias?. Se debe comunicar cualquier incidencia ocurrida desde el último control, sangrado, olvido de dosis, etc. Se indica al personal de enfermería antes de proceder y así se pueda anotar en el calendario.

El resultado obtenido puede ser alto o bajo, siendo diferente también el significado.

- INR Alto, por encima de 3: el tiempo en que la sangre tarda en coagularse es largo, hay riesgo de sangrado. La pauta sería suspender la ACO o tomar suplementos de Vitamina K para corregir el exceso
- INR Bajo, por debajo de 2: el tiempo que la sangre tarda en coagularse es demasiado corto, hay riesgo de trombos/embolias. La pauta sería administrar HBPM vía subcutánea para corregir el defecto

El fármaco se toma una una vez al día, entre 20-30 minutos antes de la comida o cena para que no interfiera con los alimentos ingeridos. Se debe evitar tomarlo a 1ª hora de la mañana ya que interfiere con él control a realizar. Es muy importante que se tome a la misma hora para establecer así una pauta cotidiana. Si se olvida alguna dosis, se puede tomar a lo largo del día siempre y cuando estemos seguros de ello, en caso contrario es preferible no tomarlo ya que se puede duplicar la dosis , y por lo tanto el resultado se ve alterado. Anotamos el olvido en el calendario junto con cualquier otra incidencia ocurrida.

Hay que tener cuidado a la hora de afeitarse, cocinar o caerse, ya que al estar anticoagulado la sangre fluye con más fuerza y por lo tanto existe riesgo de sangrado. Si se trata de un corte superficial, ejercemos presión directa sobre la zona hasta que cese. Pero si ocurre lo contrario, no cesa o fluye de forma enérgica acudimos al servicio de urgencias.

Existen situaciones que no revisten gravedad:

- Sangrados por la nariz o encías en pequeña cantidad.
- Moratones en la piel.
- Hemorragia en la parte blanca del ojo (fondo), control de TA.
- Sangre roja en las heces en escasa cantidad (hemorroides).
- Espujo escaso de aspecto sanguinolento.

Además de olvidos, se debe anotar también cualquier otra incidencia como cortes, heridas, cambios en la medicación, etc. Hay que prestar atención especial a los golpes localizados en la zona de la cabeza y el abdomen. Si se acompaña de la aparición de edema podría tratarse de un hematoma y por lo tanto se debe acudir al servicio de urgencias para ser valorado y realizar un nuevo control. Si la sangre procede del estómago o de la parte alta del intestino se manifiesta con un color negro oscuro (melenas) nos indica HDA y por tanto se debe acudir también a urgencias.

Recomendaciones

- Alimentación variada y equilibrada, consumiendo verduras pero sin abusar de la verdura de hoja verde por el contenido en vitamina K, es decir, consumir hortalizas pero no en exceso ni en defecto.
- Alcohol, con moderación ya que en cantidad excesiva genera hemorragias y problemas derivados
- Medicación prescrita por el facultativo, especialista y médico de AP.
- Evitar poner inyecciones vía IM en la zona de las nalgas ya que pueden aparecer hematomas.
- En caso de cirugía mayor o menor, avisar para suspensión de ACO y para pauta de HBPM.
- Algunos preparados de herboristería interfieren en la medicación anticoagulante al llevar suplementos de Vitamina K en su composición.
- El INR se puede ver alterado también por cambios de salud, estado de ánimo, modificación de pautas alimentarias, medicaciones, etc.
- No tomar aspirinas, AAS ni derivados
- Analgésicos como Paracetamol y AINES
- Con cuidado Nolotil, Voltarén e Ibuprofeno

PRADAXA:

Cápsulas en dos formatos 150 mg y 110 mg de color azul claro y blanco. El objetivo de la toma de Pradaxa es prevenir la formación de coágulos sanguíneos en el corazón de pacientes que padecen arritmia (FA).

La FA es una enfermedad cardíaca que genera que el ritmo cardíaco sea rápido e irregular provocando las denominadas palpitaciones. Sino se tomara ACOs, los coágulos se desprenderían, se desplazarían hasta el cerebro generando ICTUS o bien trombos y embolias si se movieran a otros órganos. El ICTUS se define como déficit de flujo sanguíneo en el cerebro y provoca isquemia cerebral de no tomar ACOs. El fármaco actúa alargando el tiempo que la sangre tarda en coagularse dificultando así la formación de trombos y embolias. A diferencia del Sintrom, no precisa de controles periódicos ,aunque a veces se puede dar el caso de que el hematólogo pueda pautar una revisión cada cierto tiempo. Se precisa de la colaboración del paciente y si éste no pudiera al estar incapacitado, se hace necesario la intervención de un familiar o tutor responsable. Previo al inicio del tratamiento se precisa la autorización por escrito del cliente y en ausencia del mismo los citados con anterioridad.

Se debe tomar dos veces al día y con un intervalo de 12 horas entre cada toma. Se

puede ingerir con o sin comida, se toma la cápsula entera con un vaso de agua. La cápsula no se puede abrir, no se debe tomar con Omeprazol ya que interacciona. Si se olvida tomar la dosis a la hora habitual, se debe tomar en cuanto se acuerde y espaciar la siguiente toma a 12 horas después. Si se tomó una cantidad superior, avise de forma inmediata a su médico y bajo ningún concepto suspenda por su cuenta el tratamiento.

Riesgos

Todos los riesgos están derivados en que su sangre tarda más tiempo en coagularse. Vida normal, teniendo cuidado especial con actividades que conlleven cierto riesgo como afeitarse, cocinar, etc. Las heridas superficiales no suponen riesgo alguno, bastaría con ejercer presión directa sobre la zona hasta que el sangrado cese. Ojo con golpes producidos a nivel del abdomen o cabeza, en caso de aparecer hinchazón o hematoma acudir al servicio de urgencias para realizar un control y ser valorado. Se debe poner en conocimiento del facultativo aunque no revisten gravedad, pequeños sangrados localizados en nariz y encías, hemorragia escasa en la parte blanca del ojo (control previo de TA) y sangre escasa en heces (hemorroides). Sin embargo, si la sangre procede del estómago o de la parte alta del intestino y se manifiesta con forma de vómitos o en heces de color negro intenso se debe acudir inmediatamente al Servicio de Urgencias ya que es un factor indicativo de HDA.

Para poder confirmar dicho diagnóstico, se realizarán pruebas de tipo endoscópico como Gastroscoopia, Colonoscopia que determinarán el tipo de tratamiento a utilizar. No es necesario seguir una dieta específica ya que este tipo de ACO no interacciona con los alimentos. Sino hay contraindicación alguna, se puede consumir alcohol de forma moderada pero nunca en cantidad excesiva al ser un factor de riesgo de sangrado y otras patologías relacionadas.

Informe a su médico si usted padece:

- Enfermedad renal moderada o grave.
- Enfermedad hepática moderada.
- Sangrado excesivo o prolongado.
- Debilidad, cansancio, palidez, mareos.
- Cefálea o edema de origen desconocido.

En estos casos se debe valorar si el tratamiento con Pradaxa es el indicado o por el contrario precisa de otro tipo de ACOs. Avisar siempre al personal sanitario de que es un paciente anticoagulado y de que toma Pradaxa para que se le receten medicamentos que no interfieran. Además debe comunicar también cualquier

cambio producido con la medicación habitual.

Recomendaciones

- Al estar a tratamiento con ACOs se deben tener en cuenta una serie de normas a seguir:
- Tomar con precaución y bajo prescripción médica antigripales y AAS.
- Tomar con precaución analgésicos y AINES, previa consulta médica.
- Si fuera necesario, se puede tomar Paracetamol y Naproxeno.
- Con cuidado Nolotil, Diclofenaco e Ibuprofeno.
- Evitar inyecciones en la zona de las nalgas, moretones y hemorragias. Si fuera inevitable poner en conocimiento del personal de enfermería la toma de Pradaxa.
- En caso de cirugía mayor, menor o dentista (extracción) avisar con antelación al personal de hematología, ya que igual es necesario la suspensión del tratamiento o reducir la dosis a tomar durante algún tiempo.
- Evite vida sedentaria y reposo, realice ejercicio físico moderado y sin riesgo.
- Toma cada 12 horas, desayuno y cena.
- Avisar de la toma de ACOs (personal médico y de enfermería).
- Evitar olvidos, si eso ocurre tomar la dosis antes de 6 horas y continuar con la pauta.
- Avisar en caso de sangrados importantes.
- No controles ni dietas.
- Ejercicio físico moderado, evitar actividades de riesgo.

XARELTO:

Viene presentado en forma de pastilla redonda y de color rosado. Dosis única de 10 mg El objetivo de la toma de Xarelto al igual que ocurre con la Pradaxa, es prevenir la formación de un coágulo sanguíneo en el corazón de pacientes con arritmia o FA. Los coágulos se desprenden hasta llegar al cerebro provocando ICTUS o bien se pueden desplazar a otros órganos provocando trombosis o embolias. El Xarelto, actúa alargando el tiempo que la sangre tarda en coagularse previniendo así la formaciones anteriores. A diferencia del Sintrom y al igual que la Pradaxa, no precisa de controles periódicos aunque se puede pautar revisiones cada cierto tiempo si el hematólogo lo considera oportuno y necesario. Previo al inicio del tratamiento, se precisa que el paciente o su familia (incapacidad física/mental) firmen el CI. Si se negaran a ello, se debe informar que serían los únicos responsables de las posibles consecuencias.

Se toma una vez al día y mejor con la ingesta de alimentos. Los comprimidos se pueden partir y triturar según conveniencia o necesidad del usuario. Resulta

muy importante que se tome 1 vez al día y a ser posible a la misma hora, creando así una pauta de rutina diaria sin llegar al extremo de obsesionarse con ello. Si se olvida de tomar la dosis prescrita, tómela en cuanto se acuerde de ello. Dispone de plazo hasta la hora de la cena ya que no es necesario recalcar el horario. Si se tomó la dosis doble, avise a su médico y nunca suspenda por su cuenta el tratamiento.

Riesgos

Todos los riesgos están relacionados con el hecho de que su sangre tarda más tiempo en coagularse. Tenga cuidado con actividades que impliquen riesgo (afeitarse), ya que al estar anticoagulado su sangre fluye con más fuerza y se producen hemorragias. Las heridas superficiales no suponen riesgo alguno, bastaría con taponar (epistaxis) o comprimir de forma directa hasta el cese del sangrado. Se debe tener cuidado con los golpes producidos sobre la cabeza y el abdomen, si sale hinchazón o hematoma se debe acudir al Servicio de Urgencias para realizar un control y ser valorado. Se debe poner en conocimiento del facultativo aunque no revisten gravedad, pequeños sangrados localizados en nariz y encías, hemorragia escasa en la parte blanca del ojo (control previo de TA) y sangre escasa en heces (hemorroides). Sin embargo, si la sangre procede del estómago o de la parte alta del intestino y se manifiesta con forma de vómitos o en heces de color negro intenso se debe acudir inmediatamente al Servicio de Urgencias ya que es un factor indicativo de HDA. Para poder confirmar dicho diagnóstico, se realizarán pruebas de tipo endoscópico como Gastroscofia, Colonoscopia que determinarán el tipo de tratamiento a utilizar.

Ante cualquier sangrado importante, acuda también al Servicio de Urgencias indicando que está anticoagulado y a tratamiento con Xarelto. En caso de cirugía mayor, menor, dentista (extracción) debe ponerlo en conocimiento del personal sanitario de hematología ya que igual es necesario suspender el tratamiento durante un tiempo. Cabe destacar que este tipo de ACOs contiene lactosa, por lo que si usted es intolerante debe comunicarlo al especialista para que le pauté otro tipo de ACO. Sino hay contraindicación alguna, se puede consumir alcohol de forma moderada pero nunca en cantidad excesiva al ser un factor de riesgo de sangrado y otras patologías relacionadas.

Informe a su médico si usted padece:

- Enfermedad renal moderada o grave.
- Enfermedad hepática moderada.
- Sangrado excesivo o prolongado.

- Debilidad, cansancio, palidez, mareos.
- Cefálea o edema de origen desconocido.

En estos casos se debe valorar sí el tratamiento con Xarelto es el indicado o por el contrario precisa de otro tipo de ACOs. Avisar siempre al personal sanitario de que es un paciente anticoagulado y de que toma Xarelto ante cualquier incidencia de error o para que se le receten medicamentos que no interfieran. Además debe comunicar también cualquier cambio producido con la medicación habitual. No es necesario seguir una dieta específica.

Recomendaciones

Al estar a tratamiento con ACOs se deben tener en cuenta una serie de normas a seguir:

- Toma de AAS y derivados bajo prescripción.
- Paracetamol o Naproxeno en caso de dolor.
- Si fuera necesario, se puede tomar Paracetamol y Naproxeno.
- Con cuidado Nolotil, Diclofenaco e Ibuprofeno.
- Evitar inyecciones en la zona de las nalgas, moretones y hemorragias. Si fuera inevitable poner en conocimiento del personal de enfermería la toma de Pradaxa.
- En caso de cirugía mayor, menor o dentista (extracción) avisar con antelación al personal de hematología, ya que igual es necesario la suspensión del tratamiento o reducir la dosis a tomar durante algún tiempo.
- Evite vida sedentaria y reposo, realice ejercicio físico moderado y sin riesgo.
- Tomar 1 vez al día, preferiblemente con la comida.
- Avisar de la toma de ACOs, Xarelto al personal médico/enfermería.
- Evitar olvidos, si eso ocurre tomar la dosis en cuanto sea posible con plazo hasta la cena.
- Medicación habitual permitida.
- Avisar de cambios en medicación.
- Avisar en caso de sangrados.
- No controles, ni dietas específicas.
- Actividad física moderada.
- Evitar actividades de riesgo.

ELIQUÍS:

Viene presentado en forma de pastilla, color y forma distinta según la dosis. Rosa y ovalada 5 mg. Amarillo y redondo 2,5 mg.

El objetivo al igual que con el resto de ACOs es la prevención en el corazón de

un coágulo sanguíneo para aquellos pacientes con arritmia (FA). El coágulo se puede desplazar hasta el cerebro causando ICTUS o bien moverse hasta otros órganos generando trombos y embolias. Eliquis, actúa alargando el tiempo que la sangre tarda en coagularse previniendo así las formaciones anteriores. A diferencia del Sintrom y al igual que el resto de ACOs, no precisa de controles periódicos, aunque a veces se puede dar el caso de que el hematólogo pueda pautar una revisión cada cierto tiempo. Se precisa de la colaboración del paciente y si éste no pudiera al estar incapacitado, se hace necesario la intervención de un familiar o tutor responsable. Previo al inicio del tratamiento se precisa la autorización por escrito del cliente y en ausencia del mismo los citados con anterioridad. Se toma dos veces al día con un intervalo de 12 horas, se ingiere abundante agua y no se puede partir ni triturar. Se mezcla con la comida. Si hay olvido de dosis, tomar en cuanto uno se acuerde y aplazar la siguiente toma a 12 horas después. Si se tomó dosis doble, avisar especialista y nunca suspender el tratamiento por su cuenta.

Riesgos

Todos los riesgos están relacionados con el hecho de que su sangre tarda más tiempo en coagularse. Tenga cuidado con actividades que impliquen riesgo (afeitarse), ya que al estar anticoagulado su sangre fluye con más fuerza y se producen hemorragias. Las heridas superficiales no suponen riesgo alguno, bastaría con taponar (epistaxis) o comprimir de forma directa hasta el cese del sangrado. Se debe tener cuidado con los golpes producidos sobre la cabeza y el abdomen, si sale hinchazón o hematoma se debe acudir al Servicio de Urgencias para realizar un control y ser valorado. Se debe poner en conocimiento del facultativo aunque no revisten gravedad, pequeños sangrados localizados en nariz y encías, hemorragia escasa en la parte blanca del ojo (control previo de TA) y sangre escasa en heces (hemorroides). Sin embargo, si la sangre procede del estómago o de la parte alta del intestino y se manifiesta con forma de vómitos o en heces de color negro intenso se debe acudir inmediatamente al Servicio de Urgencias ya que es un factor indicativo de HDA.

Para poder confirmar dicho diagnóstico, se realizarán pruebas de tipo endoscópico como Gastroscoopia, Colonoscopia que determinarán el tipo de tratamiento a utilizar. Ante cualquier sangrado importante, acuda también al Servicio de Urgencias indicando que está anticoagulado y a tratamiento con Xarelto. En caso de cirugía mayor, menor, dentista (extracción) debe ponerlo en conocimiento del personal sanitario de hematología ya que igual es necesario suspender el tratamiento durante un tiempo. Cabe destacar que este tipo de ACOs contiene lactosa, por lo que si usted es intolerante debe comunicarlo al especialista para que

le pauté otro tipo de ACO. Sino hay contraindicación alguna, se puede consumir alcohol de forma moderada pero nunca en cantidad excesiva al ser un factor de riesgo de sangrado y otras patologías relacionadas.

Informe a su médico si usted padece:

- Enfermedad renal moderada o grave.
- Enfermedad hepática moderada.
- Sangrado excesivo o prolongado.
- Debilidad, cansancio, palidez, mareos.
- Cefálea o edema de origen desconocido.

En estos casos se debe valorar sí el tratamiento con Eliquis es el indicado o por el contrario precisa de otro tipo de ACOs. Avisar siempre al personal sanitario de que es un paciente anticoagulado y de que toma Xarelto ante cualquier incidencia de error o para que se le receten medicamentos que no interfieran. Además debe comunicar también cualquier cambio producido con la medicación habitual. No es necesario seguir una dieta específica.

Recomendaciones

- Al estar a tratamiento con ACOs se deben tener en cuenta una serie de normas a seguir:
- Toma de AAS y derivados bajo prescripción
- Paracetamol o Naproxeno en caso de dolor
- Si fuera necesario, se puede tomar Paracetamol y Naproxeno.
- Con cuidado Nolotil, Diclofenaco e Ibuprofeno
- Evitar inyecciones en la zona de las nalgas, moretones y hemorragias. Si fuera inevitable poner en conocimiento del personal de enfermería la toma de Eliquis.
- En caso de cirugía mayor, menor o dentista (extracción) avisar con antelación al personal de hematología, ya que igual es necesario la suspensión del tratamiento o reducir la dosis a tomar durante algún tiempo.
- Evite vida sedentaria y reposo, realice ejercicio físico moderado y sin riesgo

5 Discusión-Conclusión

Tanto el Sintrom como los ACOs nuevos son anticoagulantes orales que se administran para impedir la coagulación de la sangre y prevenir por tanto patologías de calibre y gravedad mayor. Su empleo requiere de ciertas precauciones, sin embargo, se puede llevar una vida completamente normal ya que no deja de ser un medicamento. A diferencia de otros fármacos, los pacientes anticoagulados tiene

que seguir una disciplina diaria de normas e indicaciones para conseguir unos resultados óptimos y dentro de límites normales. Los ACOs son fármacos preventivos, es decir, no curan la patología pero sí la previenen con un porcentaje muy alto de fiabilidad.

Todos los usuarios de ACOs, tienen a su disposición una serie de talleres impartidos por personal de enfermería especializado en hematología. En dichos talleres, se imparten normas que van a permitir al paciente llevar su enfermedad y todo lo relacionado dentro de un orden. El principal objetivo, es conseguir que los usuarios entiendan y comprendan la parte teórica de la información y pongan en práctica los conocimientos adquiridos para evitar posibles complicaciones como hemorragias, sangrados, etc.

6 Bibliografía

- Servicio de Hematología del HSA.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 41

ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA INFANCIA

XIOMARA EDROSA LÒPEZ

CELIA CANELLADA RIESTRA

GEMA FERNANDEZ NOVO

BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES

LUCIA ALVAREZ PRENDES

1 Introducción

Una alimentación adecuada y equilibrada proporciona numerosos beneficios en el desarrollo de los niños y niñas, por ello es necesario trabajar este aspecto, puesto que, en las últimas décadas, ha habido un aumento de problemas de salud relacionados con una alimentación no saludable en la infancia. Para poder lograr todo esto, es fundamental imprescindible el compromiso y colaboración por parte de todos los ámbitos de intervención.

Actualmente el tener una vida sana es una de nuestras mayores inquietudes y cada vez está más aceptado señalar que uno de los factores más influyentes para poder conseguirlo es la adopción de hábitos saludables. Dentro de estos, cabe destacar la actividad física y la alimentación como pilares básicos. Hoy en día, la obesidad es un problema de salud de gran magnitud. Además, se han generalizado estilos de vida más sedentarios.

Hoy en día nos encontramos ante una realidad en la que la población tiene un mayor número de enfermedades no transmisibles, de entre ellas cabe destacar las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. En la edad infantil la obesidad tiene consecuencias psicosociales y ortopédicas que influyen negativamente, tanto en el crecimiento como en desarrollo personal de los niños y niñas. Esto puede desencadenar enfermedades asociadas que, en un principio, pueden pasar desapercibidas, pero que pueden traer como consecuencia un gran riesgo cardiovascular en el adulto obeso, así lo señalan Rivero et al. (2015).

Es de suma importancia promocionar hábitos de vida saludables con la finalidad de evitar la aparición de futuras enfermedades y mejorar la salud de la población y es preciso que la adquisición de estos hábitos comience desde edades tempranas.

En España la obesidad afecta a un 15% de la población infantil, así como a uno de cada cuatro adolescentes. Al mismo tiempo, esta incorrecta alimentación, trae como secuencia que los niños y niñas adquieran enfermedades propias de adultos; como la diabetes de tipo 2, el colesterol o problemas cardiovasculares.

Tal y como señalan Rosselló y Pallás (1998), la alimentación acompaña a la vida, y debería ser “adecuada y “personalizada” en cada etapa y circunstancia, para constituir una base de equilibrio y salud. Una de las necesidades básicas del cuerpo, es la alimentación, la cual es imprescindible, ya que sin ella no podríamos vivir.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de una adecuada alimentación saludable en la infancia.
- Abordar el problema de la alimentación no saludable y sus principales consecuencias
- Remarcar el papel de los profesionales sanitarios y su contribución en la alimentación saludable.

3 Metodología

Recopilación bibliográfica de datos sobre alimentación saludable en la infancia como guía. Investigación, revisión teórica y desarrollo de un tema de máxima actualidad e importancia debido a los graves problemas que existen hoy en día con la alimentación de los niños y adolescentes, ya que una nutrición inadecuada en esta etapa condicionará su vida adulta de manera crucial.

4 Resultados

En este apartado voy a incluir una revisión con las recomendaciones principales de alimentación en infancia y adolescencia dictadas por las principales asociaciones nacionales e internacionales en materia de pediatría, puesto que este es el principal objetivo de mi trabajo.

LAS NECESIDADES NUTRICIONALES HASTA EL PRIMER AÑO DE VIDA:

El lactante es el niño que se alimenta fundamentalmente de leche, Comprende la edad que va desde el nacimiento a 12 meses. “Periodos de la Alimentación del Niño” como definió el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría en 1982 son tres:

- Periodo de lactancia: comprende los 6 primeros meses de vida, durante los cuales su alimento debe ser de forma exclusiva la leche materna (según la OMS), y en su defecto, las fórmulas para lactantes.
- Periodo transicional: integra el segundo semestre de vida, hasta cumplir un año. En el se inicia la Diversificación Alimentaria (DA) que comporta el inicio progresivo de la alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o fórmula.
- Periodo de adulto modificado: abarca la edad preescolar y escolar hasta los 7-8 años de edad. En este periodo el niño va adoptando una alimentación progresivamente más parecida a la de los adultos, y gradualmente a una dieta que proporcione un 30% de la energía total en forma de grasa, y de ésta un tercio en forma de grasa saturada, en lugar del 50% de grasa y mayor proporción de grasa saturada propia de la leche materna. El establecimiento de estos periodos responde a las características propias de cada edad, en cuanto a requerimientos energéticos y maduración funcional, hábitos familiares y culturales.

El lactante sano es capaz de una succión efectiva, con reflejo del cierre anatómico de la glotis. Sin embargo la deglución de sólidos es impedida por movimientos de extrusión de la lengua hasta el 4º o 5º mes de vida. Los movimientos masticatorios reflejos aparecen entre el séptimo y noveno mes de vida aunque no tenga dientes. La leche materna es capaz de cubrir, por si sola, las necesidades energéticas hasta los 6 meses pero a partir de ellos podrían establecerse carencias en algunos nutrientes. La Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición establece que la alimentación complementaria no se introduzca antes de los 4 meses ni después de los 6 meses. Las fórmulas de inicio deben asemejarse todo lo posible a la leche de mujer.

Lactancia materna

La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento hace que deba ser el alimento aconsejado y recomendado para el recién nacido y lactante sano durante los 6 primeros meses de vida, ya que su composición se adapta a las limitaciones fisiológicas del tubo digestivo, del metabolismo intermediario y de la función renal. Aportando una serie de ventajas: nutricionales, inmunológicas, psicológicas y económicas.

Contraindicaciones de lactancia materna serán: madres drogadictas; en países desarrollados la infección por VIH; galactosemia, tuberculosis activa en la madre, neoplasias con tratamiento quimioterápico o gravemente afectadas, y pacientes homocigotos de fibrosis quística por la elevada concentración de ClNa en la leche. También psicosis graves pueden contraindicar la lactancia.

Lactancia con fórmula

Cuando no sea posible la alimentación al pecho materno se realizará con las llamadas leches para lactantes o fórmulas de inicio. Son leches elaboradas a partir de la leche de vaca y sustituyen a la leche materna para los lactantes sanos durante los 6 primeros meses de vida y pueden ser utilizadas junto a otros alimentos hasta el año de vida o sustituidas por preparados de continuación a partir de los 6 meses.

En general se reconstruyen añadiendo una medida rasa por cada 30 ml de agua para obtener la concentración recomendada sea en torno del 13% según el fabricante. Los utensilios, biberones, tetinas, etc., deben lavarse concienzudamente y esterilizarse para el lactante de menos de 4 meses. Las cantidades de cada toma se establecerán de acuerdo con las necesidades energéticas recomendadas anteriormente según edad y peso

Diversificación alimentaria

Se entiende por Diversificación Alimentaria (DA) que comporta el inicio de la Alimentación Complementaria, o Alimentos de Destete, a la variación o introducción en la dieta del lactante de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula ya sean líquidos, semilíquidos o sólidos. En Europa también se utiliza el término Beikost a la introducción de cualquier alimento distinto de la leche. Se trata de la alimentación complementaria, llevada a cabo gradualmente, conduciendo al niño de manera suave a la dieta del adulto modificado.

El primer alimento que puede complementar la lactancia son los cereales. s. Las

primeras harinas deben ser predigeridas, sin azúcar. El gluten se introducirá no antes de los 4 meses y no más tarde de los 7 meses. Las primeras tomas, pueden iniciarse añadiendo 1-2 cucharaditas por cada 100ml, comprobando la tolerancia, para ir poco a poco pasando a 5-7 cucharaditas/100 ml. Espesando la papilla con 8-9 cucharaditas por cada 100 ml. Hacia los 8 meses. Las papillas de cereales pueden prepararse con leche materna, fórmula de inicio o la de continuación a partir de los seis meses. Si son lacteadas se preparan con agua.

Las frutas constituyen un aporte energético por su contenido en azúcares, fibras vegetales, vitaminas y otros antioxidantes. Es aconsejable utilizar fruta fresca, e ir introduciéndolas una a una a partir de los 4-6 meses en cortos periodos, para comprobar su tolerancia. Las verduras se ofrecerán a partir de los 6 meses en forma de puré, evitando los primeros meses las espinacas, col y remolacha que pueden ser causa de metahemoglobinemia por su contenido en nitratos; pueden ser introducidas a partir de los 12 meses.

La carne aporta fundamentalmente proteínas en un 20% de su peso en forma de miosina con todos los aminoácidos esenciales. Es fuente de Fe y Vitamina B. Suele ofrecerse en primer lugar el pollo por ser más digerible, de forma cocida y triturado con la verdura. Posteriormente se introduce el cordero, y después la ternera. El huevo no debe introducirse hasta los diez meses, comenzando por yema cocida que puede añadirse a la papilla o puré de la cena. La clara cocida se dará a partir del año.

Las legumbres pueden ofrecerse en el último trimestre, hacia el año. El pescado no se introducirá antes de los 8 meses por su potencial poder antigénico aunque su aporte de LCPUFAS lo hacen recomendable lo antes posible. La leche de vaca entera sin modificar no debe formar parte de la DA antes de los 12 meses debido a pérdidas de sangre por heces, ferropenias y sensibilizaciones en familias de riesgo; hay leche de vaca fermentada modificada adecuada para lactantes a partir de los 8-9 meses que son fuente de Ca, proteínas y energía.

La ingesta de Na en niño debe ser prudente y aunque no esta suficientemente aclarada su relación con la hipertensión del adulto es aconsejable mantener ingestas de 6-8 mEq/día desde los 5 a los 12 meses.

Recomendaciones a los padres:

- La lactancia materna o fórmulas de inicio, cubren todas las necesidades del lactante sano, como alimento exclusivo hasta los 6 meses de vida.

- No se introducirá en la alimentación ningún alimento sin el consejo de su pediatra.
- La administración de alimentos distintos a la leche, será de forma gradual, firme, sin forzar al niño. El cambio de un sabor a otro requiere repetidas ofertas.
- Si toma el pecho, evitará la utilización de tetinas y biberones para administrar cereales o zumos. Los zumos deberán ser naturales y sin adición de azúcar.
- No añadirá sal a la comida durante el primer año.
- La leche de vaca ni entera ni desnatada, se la ofrecerá hasta después de los 12 meses. Tampoco yogures o derivados lácteos que no estén elaborados con leche de vaca modificada.
- Los cereales o harinas de trigo, avena, cebada y centeno, por su contenido en gluten se administraran no antes de los 4 meses y no más tarde de los 7 meses.
- De los 6 a los 12 meses, la ingesta de leche debe ser de 500 ml al día.
- Todos los cambios dietético serán bien admitidos si los realiza lentamente y con intervalos para cada nuevo alimento entre 8-10-15 días.
- El huevo y el pescado, conviene no introducirlos en la dieta hasta cumplidos 8-9-10 meses. Se ofrecerá la yema cocida, disuelta o trituradas en caldos, purés o papillas. Y la clara no la ofrecerá hasta después de los 12 meses.

ALIMENTACIÓN A PARTIR DE LOS 12 MESES

Ya puede comer de todo y en la mesa familiar El aparato digestivo del bebé ya ha madurado. Por eso ya puede comer lo mismo que el resto de la familia. Como es lógico, la transición a la dieta familiar “normal” se irá haciendo poco a poco. Es deseable que coma habitualmente junto con toda la familia. Así irá probando alimentos que comen los demás y aprenderá comportamientos y habilidades. Es importante animar a probar todo tipo de alimentos y estimular la masticación.

Conviene permitir que explore la comida con las manos. No hay que reñir si se mancha o derrama comida. A esta edad bebe en vaso y comienza a utilizar los cubiertos. La leche materna mantiene sus cualidades nutritivas y sigue aportando defensas (y consuelo) por eso, si el bebé aún toma el pecho, puede continuar haciéndolo todas las veces que quieran madre e hijo. Puede empezar a tomar leche de vaca entera esterilizada o pasteurizada, la misma que tome el resto de la familia. No es necesario que tome leche “de crecimiento”. El biberón se debe abandonar como muy tarde a los 2 años. Bastan 2-3 porciones de lácteos al día. Incluye los quesos y yogures.

Un menú variado:

- Los alimentos vegetales son muy importantes: las frutas, verduras o legumbres se deben tomar a diario.
- También los cereales y los féculentos, que aportan energía: pan, arroz, patatas y pasta.
- Las carnes, pescados y huevos se van alternando en comida y cena.
- Puede tomar purés, pero conviene que se acostumbre a masticar. Aunque coma menos cantidad, se desarrollan mejor la mandíbula y los dientes.
- La variedad de la dieta garantiza que toma todas las vitaminas y nutrientes necesarios.

Algunas costumbres poco saludables

- Tomar lácteos en exceso. Aunque la leche es todavía fundamental en su alimentación, es suficiente con que tome 3 o 4 raciones al día de leche o sus derivados. Si toma más, comerá menos de otros alimentos. Y eso puede ser motivo de estreñimiento.
- Tomar un lácteo como postre del almuerzo del mediodía. El calcio de la leche dificulta la absorción de hierro. Es mejor tomar un poco de fruta rica en vitamina C.
- Los zumos envasados. No aportan ningún nutriente necesario (solo azúcares). Sí puede tomar un poco de zumo natural.
- Dulces, golosinas y postres azucarados. Además del riesgo de caries, se convierten en favoritos y disminuye el apetito por la comida normal.
- Obligar a terminar la porción. Cada niño come lo que necesita.

En resumen

- A los 12 meses los niños comen en la mesa con el resto de la familia
- Importa más la variedad que la cantidad de alimentos.
- Hay que fomentar la autonomía. Que coma solo, sin ayuda y comidas iguales que las del resto de la familia. Eso favorece la maduración y la integración.
- A partir de los 18 meses comienza una etapa de inapetencia "natural". Come menos porque ahora crece un poco más despacio. Se debe respetar la saciedad y nunca forzar a comer

ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA

Alimentación del niño de 1 a 3 años . El niño de 1 a 3 años se encuentra en una etapa de transición entre el periodo de crecimiento rápido del lactante y el periodo de crecimiento estable del escolar. Mantiene un crecimiento lineal sostenido, con un incremento regular del peso. Es un periodo madurativo durante el cual

se desarrollan funciones psicomotoras como el lenguaje o la marcha. Las funciones digestivas adquieren un grado de madurez suficiente como para que la alimentación se asemeje a la del niño mayor. Comienzan a crearse algunos hábitos que dependen de factores sociales y ambientales, y se adquieren las costumbres propias de la familia. Muchos de estos niños son precozmente escolarizados lo que les permite el contacto con sus iguales. El niño desarrolla su gusto probando nuevos sabores y texturas, y comienza a demostrar sus preferencias. El menor gasto del metabolismo basal y en el crecimiento condiciona que tenga una menor necesidad energética por kilogramo de peso corporal, y, por tanto, una menor ingesta total, por lo que puede dar la sensación de que come menos. La cantidad de alimento varía mucho de una comida a otra, y, en general, una gran comida va seguida de otra de menor cantidad. A partir de los 12 meses la mayoría comienza a utilizar la cuchara, y dejan de derramar los alimentos entre los 15 y 18 meses. A los 2 1/2-3 años pueden utilizar el tenedor. Además, sus preferencias varían, siendo muy característico que alimentos que en un momento dado ingieren muy bien al cabo de un tiempo los rechazan, y viceversa, los que rechazan en este momento son tomados bien al cabo de unas semanas.

Existen unas normas generales que pueden resumirse en tres características: variación, equilibrio y moderación. Y según esto se pueden elaborar dietas que satisfagan estas características, las cuales se deben adaptar a cada niño.

Estas normas básicas son:

- Consumo de leche y/o lácteos dos veces al día.
- Consumo de verdura y/u hortalizas diariamente, siendo recomendable tanto en la comida como en la cena, es decir, dos raciones al día. Si bien los purés son la forma de presentación más aceptada por los niños, es conveniente que se acostumbren a tener que masticar, por lo que hay que darlo en forma de ensalada de tomate, ensaladilla, etc., o en otras preparaciones de fácil masticación.
- Aumentar el consumo de pescado, siendo más recomendable para este grupo de edad el pescado blanco. Determinados pescados azules (especialmente los túnidos grandes) pueden tener contaminantes. Es importante su consumo para satisfacer los requerimientos de ácidos grasos de cadena larga, especialmente DHA cuya importancia en la prevención de enfermedades crónicas está demostrada. Teniendo en cuenta su contenido en el pescado blanco, es recomendable su ingesta por lo menos 3-4 veces a la semana.
- Los pasteles y chucherías solo deben ser consumidos de manera ocasional (menos de 1 vez por semana), así como zumos y refrescos. A este respecto hay que recordar que las bebidas en la edad pediátrica son leche y agua.

La alimentación del niño de 1 a 3 años es de suma importancia, no solo para una óptima salud nutricional en esta edad, sino también porque es cuando se empiezan a establecer los hábitos y costumbres alimentarios que van a mantenerse a lo largo de la edad pediátrica y que garantizan un crecimiento y desarrollo adecuados, así como contribuye a la prevención de enfermedades cuya expresión clínica se manifiesta tardíamente, incluyendo el periodo adulto, como son la obesidad, osteoporosis, dislipemias, hipertensión, caries, etc.

ALIMENTACIÓN DEL PREESCOLAR (4 A 6 APOS) Y ESCOLAR (7 A 10 AÑOS)
Resulta deseable conocer los problemas nutricionales de la población infantil española, como un primer paso de mejora, para establecer las intervenciones más convenientes, vigilando que la dieta permita cubrir las IR y los objetivos nutricionales marcados para la población infantil. Teniendo en cuenta los hábitos alimentarios medios de la población infantil resulta deseable aumentar el consumo de cereales integrales y de grano completo, hortalizas, frutas, pescados, huevos y lácteos, con reducción del consumo de carnes y derivados, sal y grasa saturada, con mejora del desayuno y organización horaria de las comidas, todo asociado a un aumento en la actividad física cotidiana.

Conviene establecer un orden con 4-5 comidas/día, distribuyendo las calorías a ingerir entre el desayuno (20-25% del total), comida (30-35%), merienda (15-20%) y cena (25%). Considerando el mayor riesgo nutricional de los descendientes de padres con sobrepeso / obesidad, fumadores, con escaso nivel de estudios o bajo nivel de ingresos, se plantea que estas influencias, por sí mismas o por condicionar los hábitos alimentarios y/o pautas de actividad del niño, se asocian con un mayor riesgo nutricional y exceso de peso, por lo que se requieren medidas especiales para estos preescolares y escolares. Los niños sedentarios, que duermen poco, no desayunan... también deben ser objeto de vigilancia especial.

La lucha contra el desconocimiento en nutrición y el evitar la difusión de mensajes por parte de personas con escasa formación en nutrición resulta vital en el futuro

5 Discusión-Conclusión

Mediante este trabajo de recopilación bibliográfica a cerca de la importancia de la alimentación pongo de manifiesto un tema preocupante en la actualidad y que además inquieta a padres y población en general de manera creciente. Podemos

ver algunas de las más importantes recomendaciones actuales en materia de alimentación infantil.

6 Bibliografía

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria. (2005). Estrategia NAOS para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid.
- Aranceta, J., Contreras, J., González, M., García, M., Herrera, P., de León, A., Luque, E. y Menéndez, M.A. (2008). Alimentación, consumo y salud. En Aranceta, J., Obesidad Infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud (216-246). Madrid: Fundación “la Caixa”.
- Aranceta, J. (2013). Cómo hablar de alimentación y salud a los niños. San Sebastián: Nerea S.A.
- Ballesteros, J.M. y Villar, C. (2010). Documento de consenso sobre la alimentación en los centros educativos. Ministerio de Educación
- Banet, E. (2004). Educación para la salud: la alimentación. Barcelona: Graó.
- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. On the Feeding of Supplemental Foods to Infants. *Pediatrics* 1980; 65: 1178-1181.
- Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación Complementaria y Periodo del Destete. En: Nutrición de la Infancia y Adolescencia 2ª ed. Madrid: Ergon; 2001.
- Bueno Lozano O, Lázaro Almarza A. Lactancia Materna. En: Nutrición en al Infancia y Adolescencia, 2ª ed. Madrid: Ergon; 2001.
- ESPGHAN Committee on Nutrition. Guidelines on Infant Nutrition II. Recommendations for the compositions of follow up Formula and Beikost. *Acta Paediatr. Scand.* 1981; 336 (suppl): 1-25.
- Leis R, Tojo R, Ros L (2010). Nutrición del niño de 1 a 3 años, preescolar y escolar. Tratado de Nutrición. 2.ª ed. Tomo III. Gil A (ed.). Panamericana. Madrid.
- Dalmau J (2012). Nutrición en la infancia y adolescencia. Manual práctico de nutrición y salud. Carbajal A, Martínez C (coordinación). Exlibris. Madrid.
- Food and Nutrition Board: Dietary Reference Intakes. Institute of Medicine. National Academy of Sciences. National Academy Press. Washington. 2002-2005. www.nap.edu.
- EFSA NDA Panel (EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies) (2013). Scientific Opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union. *EFSA Journal* 11(10):3408, 103 pp.

Capítulo 42

ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es “aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales”. El Programa de Atención Domiciliaria es aquel que se ocupa de las necesidades especiales derivadas de la dificultad para la movilización y/o desplazamiento del paciente bien sea por personas mayores, con enfermedades crónicas o terminales de diagnóstico y tratamiento establecido o con discapacidades que les impiden el acceso a los servicios de salud por sus propios medios. Se centra en el lugar de residencia del paciente.

Los pacientes que presentan criterios de inclusión al programa de atención domiciliaria son:

- Inmovilizados.

- Terminales.
- Pacientes con tratamiento domiciliario que requieren supervisión con oxigenoterapia, sueroterapia, alimentación por SNG o portadores de sonda vesical.
- Inmovilizados.

La Visita Domiciliaria se define como el encuentro o acercamiento del Equipo de Salud al domicilio del usuario y familia y queda reflejada su existencia a través de la Ley General de Sanidad.

2 Objetivos

- Establecer los objetivos generales de la visita domiciliaria.
- Conocer los tipos y la estructura de la visita domiciliaria en atención primaria.
- Conocer los puntos clave a valorar durante la visita domiciliaria.
- Identificar las ventajas y desventajas de la visita domiciliaria.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos académicos en motores de búsqueda (SciELO, CochRane, PubMed) así como de protocolos de los diferentes Servicios de Salud del SNS. Palabras clave: visita domiciliaria, atención domiciliaria, planificación visita.

4 Resultados

Los objetivos generales de la visita domiciliaria son:

- Investigación.- Se basa en conocer marco en que se desarrolla la convivencia entre los distintos miembros de la familia. Se valora la calidad de las condiciones higiénico-sanitarias, la red de apoyo, los medios disponibles y la convivencia en el hogar.
- Asistencia.- Se dispensan cuidados de enfermería según las necesidades del paciente y su familia.
- Educación Sanitaria.- educación para la salud, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Los tipos y estructura de la visita domiciliaria. Existen dos tipos de visita domiciliaria, que son:

A Demanda. El paciente reclama atención sanitaria.

Programada. La cita es concertada de mutuo acuerdo entre el paciente y el profesional sanitario.

Las Etapas que incluyen la visita domiciliaria son:

1º.-Planificación de la Visita. Concentración de la visita y revisión de la historia clínica en busca de información sobre del paciente y su entorno familiar así como características arquitectónicas (escaleras ascensor, ventilación, animales...) de su domicilio y zona en la que se ubica.

2º.- Introducción a la Familia.- es importante avisar a la familia con suficiente antelación antes de acudir. Se realiza la presentación y la exposición de los motivos y objetivos de dicha visita con actitud positiva.

3º.- Desarrollo de la Visita.- Se identifican las necesidades encontradas, se establecen prioridades y se buscan soluciones. Se informa todo ello así como de los recursos que se disponen para afrontar las situaciones existentes y los servicios que ofrece la red sanitaria de la zona. Se realizan las actividades de enfermería según lo encontrado: cuidados, educación sanitaria de promoción o prevención de salud. La inspección del hogar se realiza de manera discreta y respetuosa.

4º.- Registro de la Actividad.- Se registran todos los problemas y necesidades encontradas así como los cambios y las soluciones aplicadas para la evaluación posterior. Las necesidades descubiertas que no pueden ser resueltas por el equipo de enfermería deben ponerse en conocimiento del resto del equipo multidisciplinario (médico, psicólogo, matrona o trabajador social) para darle solución.

La visita debe ser flexible para adaptarse al paciente y su familia y dinámico dado que pueden aparecer nuevos problemas a solucionar.

Los puntos clave a evaluar en la visita domiciliaria son:

- Paciente inmovilizado: causas de inmovilidad, Grado de inmovilidad, Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria Dependencia para las actividades básicas vitales Complicaciones de la inmovilidad.
- Evaluación del medio: barreras arquitectónicas en el domicilio, en el edificio y en el entorno o barrio
- Evaluación familiar y de la red social: red familiar (genograma). Conviviente. Si el paciente vive solo o acompañado.
- Ciclo Vital familiar; cuando el paciente vive con un descendiente, y que repercusiones tiene la presencia en el hogar.
- Cambios de roles y funciones.
- Identificar al cuidador principal.

- Red social e apoyos con los que cuenta el paciente y su familia .
- Evaluación de riesgos: por inmovilidad, son los más frecuentes, como por ejemplo las úlceras por presión. Desnutrición, debido a anorexia o a la dificultada para la preparación de los alimentos. Otros riesgos: pérdidas sensoriales, incontinencia de esfínteres, desorientación, aislamiento, riesgo de caídas, etc.

El especial entorno en el que se realizan las actividades, implican un a serie de ventajas y desventajas tanto para el profesional como para el paciente y la familia. Entre las ventajas de la atención domiciliaria encontramos:

- Ventajas técnicas: No hay infección nosocomial y no hay entorno agresivo.
- Ventajas psicosociales: Mejor relación personal, mayor adaptación, mejor comunicación, mejor educación sanitaria y menor desorientación-depresión.
- Ventajas gestoras: Menor gasto, disminución de numero de ingresos hospitalarios, comunicación entre niveles asistenciales.

Entre las desventajas podemos encontrar:

- Dificultades técnicas: limitación de recursos materiales.
- Desventajas psicosociales: aumento de carga de trabajo para familiares /cuidadores, sentimiento de culpabilidad del paciente por causar sobrecarga de trabajo a sus familiares/cuidadores y ensación de vulnerabilidad del paciente o la familia al no estar vigilado 24 horas por profesionales sanitarios.
- Desventajas gestoras: aumento de necesidad de recursos humanos y mayor cantidad de tiempo necesario debido al desplazamiento del profesional al domicilio.

5 Discusión-Conclusión

La atención domiciliaria por parte de enfermería es sin duda una piedra angular en el cuidado integral y continuo del paciente en atención primaria, como se puede extraer de los resultados de esta revisión, ofreciendo un cuidado holístico e integral al paciente y a su familia.

6 Bibliografía

- ABORDAJE DE ATENCIÓN MEDICA DOMICILIARIA AL PACIENTE TERMINAL ONTOLÓGICO. Aguirreche J, Granadillo B, Lobo O. Médico de Familia 2009; 17(2):21-26
- GUIA DE BUENA PRACTICA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. Esteban

JM, Ramírez D, Sánchez F. . Ed IM &C Organización Médica Colegial de España-
Ministerio de Sanidad y Consumo 2005

- ORGANIZACIÓN DE LA VISITA MEDICA DOMICILIARIA EN ATENCIÓN PRI-
MARIA. Gómez JM. . JANO 2008; 1695:29-31

- ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN AN-
DALUCÍA, Servicio Andaluz de Salud DISPONIBLE EN

- Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. Fernández Lao, Isabel,
Silvano Arranz, Agustina and Pino Berenguer, Margarita Del Index Enferm, Jun
2013, vol.22, no.1-2, p.12-15. ISSN 1132-1296

Capítulo 43

EDUCACIÓN ENFERMERA PARA POTENCIAR LA SALUD: USO CORRECTO DE LOS INHALADORES

CELIA CANELLADA RIESTRA

GEMA FERNANDEZ NOVO

BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES

LUCIA ALVAREZ PRENDES

XIOMARA EDROSA LÓPEZ

1 Introducción

Como sabemos, las enfermedades del aparato respiratorio continúan siendo un importante problema de salud pública. Las enfermedades respiratorias crónicas más extendidas son el EPOC y el asma, enfermedades que tienen reagudizaciones y que pueden ser tratadas o controladas por el propio paciente, siempre y cuando sepa cómo hacerlo y disponga de las cualidades suficientes para ello.

La administración de fármacos por vía inhalatoria es el tratamiento de elección para las enfermedades que cursan con obstrucción bronquial, debido a sus ventajas sobre la vía oral. Al usar la vía inhalatoria estamos permitiendo al fármaco actuar directamente sobre el árbol bronquial. Razón por la cual, a través de esta vía, obtenemos una mayor rapidez de acción y necesitamos dosis más bajas para

una respuesta adecuada. Además, al necesitar menor dosis, e ir directamente el fármaco al lugar de acción, pasa menos cantidad al torrente sanguíneo, con lo que la aparición de efectos secundarios es menor. Los fármacos que más se usan son los broncodilatadores y los corticoides.

Ya desde tiempos muy antiguos se ha tenido constancia del uso de la vía inhalatoria con fines terapéuticos, pero su utilización ha experimentado un incremento en los últimos años, desde que los avances tecnológicos permitieron en 1956 disponer de un sistema de inhalación multidosis, de fácil manejo, en cartucho presurizado, y de dosis controladas: Metered Dose Inhaler (MDI).

Esto supuso una revolución en el tratamiento de las enfermedades de la vía aérea y desde entonces, el número de fármacos disponibles para su administración por vía inhalatoria se ha multiplicado.

En la actualidad existe una gran diversidad de opciones técnicas y terapéuticas para el tratamiento de nuestros pacientes, lo cual facilita que a cada paciente se le pueda tratar con el sistema que más se ajuste a sus características.

El profesional debe valorar según las características del paciente cuál es su inhalador ideal, el que puede realizar de manera correcta para que produzca el efecto deseado.

2 Objetivos

El objetivo principal es conocer el manejo de los inhaladores y dar una adecuada enseñanza a los pacientes para que se administren correctamente los inhaladores. Los objetivos específicos son:

- Conocer la técnica de utilización de los distintos sistemas de inhalación comercializados actualmente.
- Conocer los cuidados de mantenimiento.
- Educar al paciente sabiendo para qué sirven los medicamentos que le han prescrito y cuáles son los objetivos que persigue su médico con la medicación inhalada.
- Conocer técnicas de enseñanza hacia los pacientes.
- Detección de errores en la técnica por parte del paciente.
- Minimizar agudizaciones de sus enfermedades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión de la literatura existente sobre uso y manejo de los inhaladores.

4 Resultados

- Para evitar algún error en el uso del inhalador. Por tanto, es necesario que todos los pacientes que vayan a utilizar un dispositivo de inhalación reciban la información y las instrucciones necesarias sobre su uso.
- Se ha constatado que el principal factor asociado a una técnica inadecuada es la ausencia de una supervisión correcta al indicar el tratamiento. Sería conveniente que el enfermo realizara las maniobras delante del profesional, y así corregir los posibles errores. Se debería controlar periódicamente, con talleres o en cada visita al médico cómo siguen utilizando los dispositivos de inhalación, ya que su uso rutinario puede hacer que se falle en algún paso de la técnica. Se podría decir, que si el paciente conociera bien los medicamentos que le han prescrito, éstos serían mejor utilizados. Por eso la realización de talleres frecuentes mejoraría la utilización de los inhaladores.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el personal sanitario posea un grado de conocimientos adecuado para poder instruir adecuadamente al paciente, ya que de ello depende en gran medida la eficacia del tratamiento, independientemente de las ventajas e inconvenientes que se exponen a continuación, se deben formar a los sanitarios y a los pacientes en los diferentes dispositivos del Mercado y en la técnica correcta de inhalación:

Ventajas vía inhalatoria

- Rapidez de acceso al sistema respiratorio – alta concentración de fármaco en vía aérea
- Inicio de acción de forma rápida
- Grandes efectos con pequeñas dosis

- Pocos efectos secundarios.
- Administración indolora

Inconvenientes

- Necesidad de entrenamiento en la técnica de administración.
- Falta de instrucción adecuada por parte del personal sanitario
- Olvido de la técnica adecuada con el paso del tiempo
- Necesidad de vehiculizar el fármaco de forma apropiada para que pueda alcanzar las vías respiratorias.
- Se desconoce con exactitud la “dosis terapéutica final”.
- Efectos indeseables (ej: irritación, micosis...)

SISTEMAS DE INHALACIÓN

Inhalador en cartucho presurizado:

Un cartucho a presión dentro de una carcasa contiene el medicamento, se pulsa y se abre la válvula liberando el contenido.

La utilización de estos dispositivos pueden ser con cámara (requiere una perfecta sincronización entre la inspiración y la activación de la válvula) y sin ella.

- Convencional.
- Autohaler.
- Easybreath.
- Respimat.

PRESURIZADO AUTOHALER

Técnica de inhalación:

- Cogemos el cartucho hacia abajo en forma de L colocando el dedo pulgar en la parte inferior y el dedo índice en la superior.
- Destapamos dispositivo.
- Agitamos enérgicamente, subimos el gatillo solo en sistema AUTOHALER
- Espirar lento y profundo, sacando todo el aire de los pulmones.
- Colocamos la boquilla del cartucho en la boca, sellándola con los labios, la lengua debe estar en el suelo de la boca no interfiriendo la salida del medicamento.
- Inspirar lentamente por la boca. Al iniciar la inspiración presionar el cartucho, seguir inspirando de forma pausada y profunda hasta llenar los pulmones.
- Aguantar la respiración durante unos 10 segundos. Si tenemos que administrar una o más dosis del mismo u otro aerosol, se debe esperar un tiempo prudencial de 30 segundos, entre cada toma.
- Tapar el cartucho y guardarlo.
- Al finalizar el proceso, enjuagarse la boca para eliminar restos del medicamento.

Limpieza del cartucho presurizado:

- Para ello debemos separar el cartucho del envoltorio de plástico.
- Lavaremos el envoltorio con agua y jabón y lo aclararemos exhaustivamente.
- Secaremos con un paño.
- Sacudirlo para eliminar posibles restos de agua en el interior del activador de la válvula.

CÁMARAS DE INHALACIÓN:

Son aquellas que actúan de reservorio del medicamento desde que disparamos el cartucho presurizado hasta que es inhalado por el individuo, facilitando así la técnica

Técnica:

- Montar la cámara de inhalación.
- Destapar cartucho y agitarlo.
- Encajarlo en la cámara.
- Espirar lenta y profundamente.
- Colocar la cámara en la boca y efectuar una pulsación.
- Inspirar de forma pausada a través de la boquilla de la cámara.
- Retirar la cámara de la boca y aguantar la respiración 10 segundos.
- Continuar con la técnica tal y como se ha descrito.
- Finalizado el proceso se enjuaga la boca para eliminar los restos del medicamento.

Limpieza de la cámara:

- Desmontar la cámara de inhalación.
- Lavar con agua, jabón y aclararla.
- Secar sin frotar y guardarla.

Se debe lavar como máximo una vez por semana. Si la cámara estuviera con grietas, rota en las paredes o la válvula no funcionara, se debe sustituir inmediatamente por otra.

Inhalador en polvo seco:

Se activan con la propia inspiración, por lo cual no necesitamos coordinación entre la pulsación del dispositivo y la inhalación del fármaco. El polvo es arrastrado directamente hacia los pulmones.

Clasificación en función de las dosis:

- Unidosis: Son cápsulas con una sola dosis de fármaco que deben perforarse y necesitan más fuerza en la inspiración que los sistemas multidosis.
- Multidosis: Nos proporciona una cantidad uniforme de fármaco mediante una inspiración profunda cada vez que lo activamos.

Limpieza:

Debemos recordar que los dispositivos en seco nunca han de lavarse con agua, siempre utilizaremos un trapo seco.

Errores en la técnica - pacientes

- No aguantar la respiración tras la inhalación (apnea).
- No agitar de nuevo (para cartuchos presurizados).
- No realizar la espiración máxima antes de proceder a la inhalación.
- No agitar el dispositivo (para cartuchos presurizados).
- No sincronizar la activación de cartucho presurizado con la inspiración.
- No inspirar enérgicamente en caso de dispositivos de polvo seco
- No espirar antes de inhalar.
- Aplicar 2 o más puff.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CORRECTA/INCORRECTA UTILIZACIÓN

Relacionados con el paciente:

- Grado afectación de la enfermedad.
- Edad del paciente.
- Actitud del paciente frente al aprendizaje.
- Factores económicos: no administrarlos por ahorro.

Relacionados con la técnica.

- Coordinación.

Relacionados con los profesionales:

- Falta de conocimientos.
- No cerciorarnos que el paciente realiza bien la técnica.

Relacionados con el tipo de inhalador:

- Son más difíciles de usar los de cartucho presurizado.
- Capacidad inhalatoria.
- Percepción de la inhalación.

6 Bibliografía

1. Sanchís Aldás J, Casan Clarà P, Castillo Gómez J, González Mangado N, Palenciano Ballesteros L, Roca Torrent J. Espirometría forzada. En: Recomendaciones SEPAR. Caminero Luna JA, Fernández Fau L (Eds.). Doyma S.A., Barcelona, 1998; 1-18.
2. Hueto J, Borderías L, Eguía VM, González-Moya JE, Colomo A, Vidal MJ, et al. Evaluación del uso de los inhaladores. Importancia de una correcta instrucción. Arch Bronconeumol 1990; 26: 235-8.

3. Carrión Valero F, Maya Martínez M, Fontana Sanchos I, Díaz López J, Marín Pardo J. Técnica de inhalación en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Arch Bronconeumol 2000; 5: 236-40.
4. Golpe Gómez R, Mateos Colino A, Soto Franco I. Técnica inadecuada en el empleo de inhaladores en pacientes atendidos en una consulta de neumología. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 69-73.
5. Giner J, Macián V, Hernández C, y grupo EDEN. Estudio multicéntrico y prospectivo de "educación y enseñanza" del procedimiento de inhalación en pacientes respiratorios (Estudio Eden). Arch Bronconeumol 2002; 38: 300-5.
6. Félez MA, González Clemente JM, Cardona Q, Montserrat JM, Picado C. Destreza en el manejo de los aerosoles por parte del personal sanitario. Rev Clin Esp 1991; 188: 185-7.
7. Ponce de León T, Cerdón P. Utilización de los dispositivos de inhalación por pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(2): 78-83.
8. Giner J, Basualdo LV, Casán P, Hernández C, Macián V, Martínez I, Mengíbar A. Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados. Arch Bronconeumol 2000.
9. Plaza V, Casán P, De Diego A, Duce F, Gladis J, López Viña A, et al. Recomendaciones para la utilización de los fármacos inhalados. Arch Bronconeumol 1996; 32 (Supl.): 8-9.
10. Gascón JA, Dueñas R, Muñoz del Castillo F, Almoguera E, Aguado C, Pérula de Torres LA. Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos. Med. fam. Andal. 2000; 1(2): 132-136.

Capítulo 44

PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO

AIDA GIL VECINO

MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA

LAURA SANROMAN CLAROS

1 Introducción

La parálisis cerebral se define como un déficit motor central no progresivo que se debe a sucesos ocurridos en los periodos prenatal o perinatal. Es uno de los cuadros invalidantes más frecuentes. No es una enfermedad específica sino un grupo de trastornos de etiología variable.

Su incidencia oscila entre 1.5 y 2.5 por 100 nacidos vivos. Afecta a todas las clases sociales, raza, sin distinción de sexo, aunque es ligeramente superior en varones. El factor etiológico más probable en estos casos es la anoxia cerebral, a menudo complicada con hemorragias intraventriculares y subependimarias. El traumatismo intraparto también es una posible causa, sobretodo en aquellos que presentan una hemiplejía espástica. Los estudios más recientes demuestran que más de la tercera parte de los niños afectados por parálisis cerebral pesaron menos de 2500gr al nacer.

TIPOS DE PARÁLISIS CEREBRAL

-Parálisis Cerebral Espástica. Es la forma de parálisis más frecuente (60 – 75% del total). Se caracteriza por aumento del tono, espasticidad que no desaparece

durante el sueño, dando lugar a postura típica de los miembros afectados con tendencia a las contracturas. Hiperreflexia osteotendinosa con extensión del área reflexógena y clonus aquileo. Reflejo plantar en extensión y disminución de la motilidad.

-Parálisis Cerebral Disquinética. Su frecuencia es relativamente baja (10 a 13%), cursa con forma distónica, con grandes alteraciones del tono, muy mal pronóstico funcional. Forma coreo – atetósica, se caracteriza por movimientos involuntarios, habitualmente lentos, reptantes, irregulares, de predominio distal asociado a otros más rápidos y bruscos de predominio proximal, con participación facial lo cual dará lugar a dificultad para tragar, hablar, etc.

-Parálisis Cerebral Atáxica Es la forma menos frecuente de las tres (5 – 13%), se caracteriza por hipotonía, trastorno de la coordinación motora e inestabilidad.

En cualquier tipo de parálisis cerebral las formas más severas se asocian con retraso mental, con crisis epilépticas y a veces con trastornos sensoriales. En las formas moderadas se puede observar con relativamente frecuencia trastornos psicoafectivos.

MANIFESTACIONES FÍSICAS

El conjunto de manifestaciones de los pacientes con parálisis cerebral se basa en las características del déficit motor observado. El trastorno motor varía a lo largo de la vida ya que la lesión asienta en un cerebro que se encuentra en formación, por tanto va a provocar interacciones con el mismo modificando su estructura normal. La maduración también va a actuar sobre la lesión, moldeando la expresión clínica en cada edad independientemente de cual haya sido la causa.

Por tanto, durante el primer año el déficit motor se expresará por disminución de la motilidad, hipotonía axial y persistencia de reflejos primarios en cualquier tipo de parálisis cerebral. A partir del final del primer año se van perfilando las características concretas de cada tipo.

2 Objetivos

- Establecer las medidas adecuadas en la prevención primaria y específica e inespecífica relacionada con esta patología.
- Evaluar el pronóstico según la forma clínica de aparición de esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El objetivo fundamental es la prevención principalmente primaria, evitando factores de riesgo. Los más importantes son:

- Bajo peso pretérmino.
- Bajo índice de APGAR.
- Malformaciones.
- Infecciones.
- Intoxicaciones.
- Oclusiones vasculares.
- Hiperbilirrubinemia.
- Traumatismos, malnutrición y hemorragia materna.

Prevención específica: la vacuna antirubeola en la pubertad evita embriofetopatía, a pesar de que haya contacto con el virus durante el embarazo. Evitar la infección con toxoplasma, no comiendo carne cruda o poco cocinada, evitar contacto con perros durante la gestación. Evitar contagio infeccioso como (sífilis y SIDA). Controlar la diabetes y toxemia gravídica.

Prevención inespecífica: realizar controles periódicos del embarazo (analítico, ecográfico). Se debe extremar la precaución en embarazadas muy jóvenes o añosas o en casos de embarazos múltiples. Buena asistencia al parto. Evitar en niño pequeño y lactante infecciones, traumatismos. Evitar drogas y alcohol durante la gestación.

El pronóstico va a depender de la forma clínica, de la existencia o no de signos asociados, de la edad de instauración del tratamiento, de la respuesta familiar y de los servicios disponibles. El pronóstico funcional es bueno en las formas espásticas salvo en la tetraplejia, en las formas coreo-atetóxicas y en las formas atáxicas simples y displéjicas.

Los niños con parálisis cerebral severa asociada a retraso mental profundo tienen, en general pocas expectativas con dependencia siempre de terceros. Las crisis epilépticas complican la evolución, éstas son de difícil control. Los trastornos de la conducta dificultan el ajuste social.

La determinación de la enfermedad es sobretodo clínico, la valoración neurológica se hace siguiendo la sistemática de cada edad y el estudio se complementa con:

- Neuroimagen, TAC, o RMN craneal, que muestran alteraciones en la mayoría de los casos en relación con la lesión o el agente causal que lo haya provocado.
- El ECG muestra unos hallazgos inespecíficos.
- Exámenes oftalmológicos y de la audición para descartar un déficit sensorial.

La evaluación de un niño con parálisis cerebral se completa con estudios psicológicos, psicometría y de personalidad.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de un niño con parálisis cerebral es multidisciplinario (fisioterapeuta, enfermero, psicólogo, logopeda, pediatra, neurólogo, ortopeda, trabajador/a social, etc.) Hay que establecer un plan concreto después de evaluar las deficiencias y las posibilidades del niño. El núcleo central del tratamiento es la fisioterapia. Dieta: muchas veces es necesario alimentarlos con purés ya que hay niños que tienen dificultad en la deglución, masticación, etc.

El tratamiento farmacológico se utiliza para intentar disminuir la espasticidad, con lo cual se facilita el tratamiento fisioterapéutico. Los fármacos más utilizados son el diazepam, dantrolene y baclofen. Cuando existen movimientos distónicos se puede emplear la tetrabenacina. Otros fármacos están en relación con la sintomatología asociada (antiepilépticos, tranquilizantes mayores).

6 Bibliografía

- Sánchez Sánchez, C. Impacto socio sanitario de las enfermedades neurológicas en España. Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (FEEN). 2006.
- Nieto, M.; Correa, A.; González, B.; Herrera del Rey, M.C.; Rufo, M. y Canday, R. Signos de alerta en el primer año de vida. Rev. Esp. Pediar. 38. 1992.
- Lion, G. Neuropediatría. Ed Masson, S.A. 1990.

Capítulo 45

CRIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARTA GUTIÉRREZ MOYANO

ANA DÍAZ FERNÁNDEZ

CECILIA FERNANDEZ GARRIDO

1 Introducción

En los últimos años observamos un aumento del uso de técnicas de cirugía menor en atención primaria. Una de esas técnicas es la crioterapia, en la cual voy a centrarme.

La crioterapia consiste en la congelación terapéutica de la piel con el fin de eliminar lesiones en la piel, lesiones dermatológicas benignas o malignas.

Las indicaciones de la crioterapia en medicina de familia son: verrugas, queratosis seborreicas y actínicas, molluscum contagiosum, nevo dérmico, efélides y léntigo simple. Otras indicaciones, como lesiones vasculares (telangiectasias, spiders y hemangiomas), quistes mucosos, leucoplasia, acné, condilomas o queloides deben ser consultadas previamente por el dermatólogo.

2 Objetivos

- Conocer la aplicación de la técnica y sus variantes.
- Comparar los beneficios de ésta, frente a otras técnicas de cirugía menor.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de la bibliografía científica existente en diferentes bases de datos (scielo, pubMed, google académico) y páginas web en relación a la cirugía menor . Usando como descriptores: crioterapia, cirugía menor, nitrógeno líquido, verrugas vulgares.

4 Resultados

La aplicación de la técnica exige su conocimiento y estudio, así como las distintas formas de aplicación de ésta:

- Antes de realizar la técnica se debe tener un diagnóstico médico sobre la lesión o lesiones , descartando malignidad por parte del facultativo.

Siempre se dará un consentimiento informado al paciente, firmado por el facultativo, y el cual firmara él también estando de acuerdo con la técnica que se le llevará a cabo. Se debe facilitar una información correcta y entendible de la intervención propuesta y de sus posibles alternativas y consecuencias.

- Distintas formas de aplicación:

Con torunda de algodón: verter el nitrógeno líquido en un recipiente de plástico , impregnar la torunda de algodón durante unos 10 segundos. Aplicar rápidamente a la lesión a tratar durante varios segundos, hasta que la superficie se vea blanquecina con un halo de 1 a 3 mm. y retirar. Esperamos a que la lesión vuelva a su coloración normal, y repetimos el proceso 2 -3 veces por sesión. Desechar material. Repetir las sesiones necesarias (entre 3 y 6) para la resolución total con interval-os de 3 a 4 semanas. Ventajas. Es un método muy económico, la técnica es sencilla, el equipo mínimo, con eficacia alta en lesiones superficiales y de pequeño tamaño, y las complicaciones son raras. Inconvenientes. Escasa capacidad de congelación, incomodidad de transporte (evaporación rápida), aplicación lenta y poco útil para lesiones profundas, múltiples, irregulares o extensas.

Con pulverización: es la técnica más empleada, es cómoda y efectiva. Consiste en pulverizar de forma intermitente sobre la lesión, con un pulverizador portátil a una distancia aproximada de 1 cm y en posición vertical, siguiendo los mismos pasos que en el caso anterior. No precisa desechar nada ya que no entra en contacto con el paciente en ningún momento. Ventajas. Procedimiento sencillo que necesita un mínimo equipo, de fácil transporte y alta eficacia en todo tipo de lesiones ya que la congelación es muy rápida. Inconvenientes. Los elevados costes de pulverizador y accesorios.

Aplicación con pinza: se utiliza la pinza de Adson, introduciéndola en un recipiente al igual que la torunda de algodón. Cuando la pinza está congelada se usa sobre lesiones de pequeño tamaño y pediculadas (fibromas), se observa que la congelación llegue a la base de la lesión y se siguen los mismos pasos que con las otras técnicas. Los cuidados post intervención no son más que mantener la zona seca, y posteriormente hidratada.

- Con respecto a la Cirugía menor:

Es una técnica bien tolerada por el paciente y de fácil manejo. No necesita anestésicos locales ni suturas evitando posibles infecciones y retrasos de curación, disminuyendo el tiempo de seguimiento y cuidado de la zona tratada.

Es una técnica de alta eficacia en los centros de Atención Primaria, evitando el colapso de las consultas de dermatología.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de crioterapia con N₂O es una técnica tolerada bien por el paciente y de manejo fácil. Cuya intervención no supone el uso de anestésicos ni suturas, como en otras cirugías menores, que son causa de posibles infecciones, retrasos en la curación o simplemente conllevan un seguimiento y cuidado de la zona tratada.

Su uso en Atención Primaria consigue una solución casi completa a los distintos tipos de lesiones no malignas dermatológicas, evitando el colapso de las consultas de dermatología y ampliando el campo de actuación en cirugía menor para enfermería. Su único inconveniente es el coste de la técnica.

6 Bibliografía

- Arribas Blanco J.M., Fernández Cañadas S., Rodríguez Pata N. Y Baos Vicente V. Técnicas alternativas en cirugía menor: criocirugía y electrocirugía. *Semergén.* 2002; 28: 496-513.
- Castillo Castillo R., Morales Mañero A.M., Carrasco Serrano A. Guía de uso de la criocirugía en atención primaria. *Med Fam (And).* 2002; 2: 114- 122.
- Kwok CS., Holland R., Gibbs S. Efficacy of topical treatments for cutaneous warts: a meta-analysis and pooled analysis of randomized controlled trials. *Br J Dermatol.* 2011 Jan 11.
- Morgan AJ. Cryotherapy. [Internet]. *eMedicine*; 2010. [acceso 18/2/2010].

- Pérez Sánchez J., Villar Gil J., Aguilar Martínez A., Ortega Hervás V., Campón Montero M^a V. Crioterapia en Atención Primaria. Madrid: MSD; 2001.
- Society of Interventional Radiology (SIR). Disponible en: <https://www.radiologyinfo.org>

Capítulo 46

GASTROENTERITIS POR ROTAVIRUS EN PEDIATRÍA

MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ

NEREA OTEO GARCIA

NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA

MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN

1 Introducción

La gastroenteritis es una inflamación del estómago y los intestinos, manifestada por la presencia de diarrea y que puede dar otros síntomas como fiebre, vómitos o dolor abdominal.

Tiene un comienzo de manera brusca y cura por sí sola en unos días. La mayoría de las veces es causada por una infección vírica, bacteria o incluso parásito intestinal.

El rotavirus, es un virus, que causa gastroenteritis aguda en la infancia, frecuente en niños pequeños y la primera causa de ingreso hospitalario por diarrea aguda.

2 Objetivos

- Dar a conocer los síntomas, manejo y vía de entrada de la enfermedad por rotavirus.
- Dotar de conocimientos de prevención de la gastroenteritis a nivel sanitario y particular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Revisión de la página Web de la asociación española de pediatra, utilizando las palabras claves: gastroenteritis, rotavirus, pediatría, enfermería.

Además, se han analizado textos más actuales ordenados por relevancia, como criterios de inclusión empleados: textos gratuitos en castellano

4 Resultados

Los síntomas, manejo y vía de entrada de la infección por rotavirus son:

- Vómitos.
- Deshidratación.
- Fiebre
- Pérdida de apetito.
- Dolor Abdominal
- Diarrea acuosa de 3 a 8 días.

Cómo actúa el rotavirus:

- Entra en el organismo por vía oral.
- Tras la ingestión oral se adhieren a las paredes del intestino.
- En unas 48 horas la infección se propaga, produciendo lesiones en la mucosa digestiva.
- Los rotavirus atrofian las vellosidades, disminuyendo la capacidad de absorción de agua y sales por lo que se produce la diarrea.

Tratamiento.

Rehidratación oral para evitar la deshidratación.

Cómo se transmite

Entre lactantes y niños pequeños fácilmente por vía fecal-oral a través de las manos, comida, agua u objetos contaminados.

La prevención del rotavirus, se resumen en las siguientes indicaciones: La buena higiene de manos y la limpieza son medidas importantes. Vacunación.

Se recomienda la vacunación de rutina en los bebés, con cualquiera de las dos vacunas disponibles:

- La vacuna RotaTeq (RV5), aprobada en el 2006, se administra en 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad.
- La vacuna Rotarix (RV1), aprobada en el 2008, se administra en 2 dosis a los 2 y 4 meses de edad.

Estas vacunas son diferentes por la forma en que se preparan y el número de dosis, pero ambas se administran por vía oral.

5 Discusión-Conclusión

Conocer los síntomas de la enfermedad y su manejo es fundamental para mejorar el pronóstico y curación.

La enfermería, que esta en contacto con los padres y madres es fundamental para la prevención de la misma y para proporcionar información sobre la vacuna existente.

6 Bibliografía

- Gastroenteritis | EnFamilia [Internet]. Enfamilia.aeped.es. 2019 [cited 2 June 2019].
- Rotavirus | Acerca del rotavirus | CDC [Internet]. Cdc.gov. 2019 [cited 28 November 2019].

Capítulo 47

BABY LED WEANING: ALIMENTACION COMPLEMENTARIA A DEMANDA.REVISION BIBLIOGRAFICA.

VANESA TELLA RIOS

ELENA GONZALEZ GONZALEZ

LAURA Riestra Blanco

ESTHER LÓPEZ HERES

RODRIGO MESA GONZÁLEZ

1 Introducción

Tradicionalmente el destete del bebe se realizaba a través de la introducion de pures en la dieta del lactante, purés a base de cereales, frutas o proteínas.

Este enfoque esta encontrando una alternativa cada vez más popular entre las familias españolas y a nivel mundial; se trata del baby led weaning (BLW) o destete dirigido por el bebé, cuyo objetivo principal es el autoabastecimiento e introducción de alimentos sólidos una vez cumplidos los seis meses de edad. BLW también se caracteriza por realizar las comidas en familia, e ir sustituyendo la toma de leche, de forma gradual, por alimentos sólidos, en lugar de purés o papillas.

De esta manera, el niño es capaz de regular el cuánto y con qué rapidez quiere comer, desarrollando, su autonomía y sensación de saciedad.

Si bien en los últimos años ha habido un aumento considerable de familias que utilizan este método, existe todavía cierta variabilidad por parte de profesionales sanitarios a la hora de recomendarlo.

2 Objetivos

- Conocer la eficacia de la introducción de la alimentación complementaria mediante el BLW.
- Evaluar el Baby Led Weaning y su calidad dietética.

3 Metodología

Para la búsqueda de contenido científico se han consultado las siguientes bases de datos y fuentes documentadas: PubMed, MedLine, Biblioteca Cochrane, Cuiden Plus, Dialnet, ScienceDirect y Google Scholar. Para el resto de contenidos se utilizó el motor de búsqueda Google (blogs, foros, páginas webs,...), y Redes Sociales como YouTube, Twitter, Facebook e Instagram. La búsqueda comenzó en el mes de Septiembre del año 2019 y finalizó en el mes de Diciembre del año 2019.

Los términos de búsqueda empleados se rastrearon en español e inglés. Además, se utilizó el operador booleano AND para combinar los términos y crear diferentes ecuaciones de búsqueda, y el truncamiento (*) para localizar palabras desde su raíz y obtener sus derivaciones.

La selección de artículos se hizo mediante la lectura del título, resumen y texto completo, escogiendo aquellos que cumplían los criterios de selección. Para evaluar la calidad metodológica se usó la Declaración PRISMA para las RS y la Declaración CONSORT para los ECAs.

4 Resultados

Tras haber realizado la búsqueda bibliográfica, se pueden afirmar una serie de conclusiones acerca del método de destete dirigido por el bebé:

- El Baby Led Weaning podría ser capaz de prevenir patologías crónicas como la obesidad y el sobrepeso infantil, debiendo asociarse a este enfoque un estilo de

vida saludable, fomentado por los padres y la participación del lactante en las comidas familiares.

- En el enfoque dirigido por el bebé, los parámetros de hierro pueden llegar a ser insuficientes, debido a la escasez de cereales fortificados y carnes rojas en la dieta.

- El riesgo de atragantamiento resulta ser el aspecto que más intranquilidad crea en madres y profesionales sanitarios. Con una serie de modificaciones en el enfoque dirigido por el bebé, podría reducirse en la dieta del lactante el aporte de alimentos de riesgo.

-Baby Led Weaning y calidad dietética

Los hábitos y la rutina alimenticia de las familias es una cuestión importante en el destete dirigido por el bebé, ya que según qué tipos de alimentos se tomen se fomentará o se preverá el sobrepeso u obesidad del niño. Por tanto, se deben evaluar en los estudios los distintos tipos de alimentos que se ofrecen al lactante. Para conseguir una adecuada dieta para el pequeño, se deben ofrecer nutrientes con proporciones energéticas altas y bajas.

En distintas investigaciones^{5,7, 8} se dispone que los componentes del estudio lleven a cabo un registro de todos los alimentos que ofrecen a su hijo durante 3 días: tipo de nutriente, cuantía y forma de preparación de los alimentos para evaluar la calidad dietética del enfoque dirigido.

En uno de los estudios se afirma que los niños realizan una media de 5-6 comidas al día por sí mismos mediante el enfoque dirigido. En dicho estudio se muestra que un 40% los bebés ya eran capaces de alimentarse por sí mismos antes de los 6 meses, y a partir de los 8 meses un 90% de los niños participes del estudio.

A pesar de que en muchas investigaciones se pone en duda la calidad nutricional que ofrece este enfoque, debido a las carencias que se observan en algunos micronutrientes como el hierro, zinc o vitamina B12, en el BLW se observa un menor consumo de alimentos comerciales, lo cual resulta ser beneficioso para la prevención del sobrepeso infantil.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe la alimentación complementaria como “el proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante por sí sola. La

evidencia considera que la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses se asocia a una mayor protección contra enfermedades, por lo que la OMS aconseja desde el año 2002 que los lactantes deben recibir LME hasta los 6 meses, ya que ésta aporta al niño toda la energía y nutrientes necesarios hasta la fecha. Por ello, las recomendaciones de la OMS anteriores a éstas últimas que sugerían que la introducción a la alimentación complementaria debía iniciarse a los 4 meses quedan obsoletas, retrasando el inicio de la AC hasta el sexto mes de vida.

A partir de los 6 meses de edad, tanto la leche materna como las fórmulas adaptadas no cubren los requerimientos de energía y nutrientes de los lactantes, lo que les expone a un riesgo muy elevado de desnutrición y hace necesario la introducción de la AC para cubrir esas carencias. Al mismo tiempo, la mayoría de los bebés ya están suficientemente desarrollados a nivel neurológico, psicomotor, renal, gastrointestinal e inmunológico para poder recibir alimentos distintos de la leche.

En cuanto a la forma de introducción de la AC, han aumentado las controversias en los últimos años sobre cuál es el método más adecuado a emplear. Los métodos convencionales proponen que la dieta del lactante se diversifique de forma lenta y progresiva, mediante la introducción de alimentos sólidos triturados (papillas/purés) administrados por un adulto que se van modificando en textura, consistencia y cantidad acorde a su edad, hasta alcanzar una dieta similar a la del adulto modificada. No existe una secuencia única, estricta y rígida en la introducción. Se recomienda una cronología de introducción flexible, realista e individualizada de acorde a las necesidades del lactante, que proponga una inclusión progresiva con intervalos de varios días entre nuevos alimentos con el propósito de que el niño se habitúe a nuevos sabores y texturas y de poder detectar posibles intolerancias o alergias.

No obstante, entre los padres van ganando en popularidad los novedosos y poco conocidos métodos alternativos de AC, como el Baby-Led Weaning (BLW), traducido al español como “alimentación complementaria guiada/dirigida por el bebé”. Esta tendencia fue impulsada por una matrona y enfermera pediátrica, Gill Rapley, al observar el rechazo que los niños tenían a comer papillas, instaurando un proceso de destete basado en la evolución natural, pues su teoría consistía en que si el bebé era capaz de alimentarse a demanda durante el primer período de lactancia, en la introducción de la alimentación también debía de serlo. Es igualmente aplicable en lactantes de fórmula de inicio ó leche materna.

El objetivo del BLW es conseguir una alimentación a demanda de las necesidades

del niño y que ellos muestren signos de hambre y saciedad evitando que se les obligue a comer. Al acercarle un trozo de alimento, si tiene hambre abrirá la boca, moverá la cabeza hacia delante e intentará alcanzarlo, mientras que si está saciado realizaría gestos contrarios.

La alimentación autorregulada por el bebé deja que el niño lleve a su boca trozos de comida cuando esté preparado, en vez de que los padres se lo introduzcan en la boca con la cuchara de forma pasiva. Este método continúa otorgando un papel activo al bebé (reduciendo la monotonía), decidiendo lo que quiere comer y la cantidad, a pesar de que sean los padres los encargados de ofrecer el tipo de comida. Sin embargo, es necesaria cierta vigilancia ya que las habilidades para comer totalmente autónomos se adquieren a los 8 meses y hay algunos riesgos que se pueden producir.

Se recoge que el lactante debe de haber desarrollado una serie de habilidades necesarias para comenzar la transición a los alimentos sólidos siguiendo el BLW:

- Capacidad para la sedestación. Capacidad para mantenerse sentado de forma autónoma, estable y erguida .
- Pérdida del reflejo de extrusión. La presencia de este reflejo supone la expulsión de cualquier alimento que se introduzca en el interior de la boca del bebé.
- Coordinación ojo-mano-boca. Capacidad para agarrar con las manos objetos y llevárselos a la boca.
- Muestras de interés por la comida.
- Muestras de hambre/saciedad con gestos: abrir/cerrar la boca, girar/apartar la cabeza como negación ante la introducción de un alimento.

Las webs y estudios consultados no imponen ni mencionan un orden detallado, ni edad concreta para introducir cada uno de los nuevos alimentos sólidos excepto para los considerados como “prohibidos” (azúcar, sal, miel, frutos secos, leche de vaca, verduras de hoja verde, pescado azul,...), que proponen retrasarlos a partir de los 12 meses o más . Varias fuentes recogen que lo más lógico sería comenzar por alimentos ricos en los nutrientes que carece la leche materna, como el hierro (Fe).

En cuanto a los alimentos potencialmente alergénicos (como el huevo, el gluten o el pescado, entre otros), proponen que se introduzcan lo antes posible sin retrasarse más allá de los 6 meses , excepto en los niños con antecedentes familiares de alergias alimenticias.

En un principio la pieza de alimento debe tener una consistencia blanda, para que

el lactante lo pueda morder con sus encías y aplastar con la lengua y el techo del paladar; y una forma alargada de un tamaño superior al de su puño cerrado, para que lo pueda agarrar, chupar y comer cómodamente . A medida que aprende a gestionar los diferentes alimentos y, con el tiempo, se progresa hacia una consistencia más sólida, con texturas diferentes, y de un tamaño más pequeño y complejo de sujetar . Preferiblemente se introduce cada nuevo alimento de uno en uno, observando al bebé durante varios días para detectar posibles intolerancias o alergias alimentarias.

El principal beneficio es que este sistema contribuye a que el bebé desarrolle las habilidades de masticación, motricidad fina y coordinación, además de aumentar la seguridad y la confianza en sí mismo, ya que es él quien toma la iniciativa. De forma secundaria, aunque no menos importante, existen otros beneficios:

- El bebé se acostumbra a probar más variedad de alimentos y es posible que los acepte más fácilmente en el futuro.
- Se evitan los perjuicios y las manías con las comidas.
- La diversidad alimentaria es mayor, pues cualquier tipo de alimento puede estar presente en cualquier comida. Además, se ofrecen siempre alimentos y no productos comestibles, con lo que se evita el consumo de procesados desde pequeños.
- No existe un calendario de incorporación de alimentos, sino que se pueden ofrecer todo tipo de alimentos a excepción de aquellos con los que pueda atragantarse y algunos que se deben evitar antes del año de edad.
- Mayor (o más temprano) desarrollo de habilidades motoras y visuales, así como de coordinación.
- Mayor control de la velocidad a la que se come, lo que permite una mejor adecuación a su sensación de saciedad.
- Se estimulan los sentidos, puesto que dejamos que explore: que toque, que estruje, que lance o que huelga.
- Se respeta mucho más al bebé, a su ritmo, a sus preferencias.
- Se favorece su seguridad, ya que siente que sus padres le ven capaz y confían en él.
- Existe un menor riesgo de padecer sobrepeso a largo plazo ya que no se interfiere en los procesos de regulación de la ingesta, pues se respeta su hambre y su saciedad dejando que coma la cantidad que necesite en ese instante.
- No se obliga ni coacciona al bebé a comer, por lo que no se inician relaciones emocionales inadecuadas con la comida, que pueden tener consecuencias negativas a medida que crece.

- Tienen a atragantarse menos, pues experimentan con sólidos desde el primer momento.
- No requiere proceso de transición entre los triturados y los sólidos.
- El bebé nunca come solo sino que lo hace junto a otro miembro de la familia, siendo uno más en la mesa, y compartiendo la comida de los demás (adaptada a su tamaño y consistencia).
- El acto de comer no se convierte en un momento de tensión ni enfado sino que el bebé aprende a comer jugando e imitando a su familia, con la que no sólo comparte plato sino también la mesa y la diversión.

Inconvenientes, ¿es peligroso?

La única precaución importante a tener en cuenta es el atragantamiento. Para ello, evitar alimentos sólidos duros, que cueste trabajo masticar o estrujar con las mandíbulas, o bien que tengan facilidad para pegarse a las paredes del esófago. Además, siempre deberá haber un adulto con el bebé mientras come y jamás se le debe dejar solo. No existe mayor riesgo para el bebé iniciar la alimentación complementaria con el Baby Led Weaning en relación al sistema de triturados, pero sí muchas más ventajas.

6 Bibliografía

1. Lázaro A, Martín B. Alimentación del lactante sano. En: Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHPN-AEP. 2a ed. España: Ergón S.A; 2002. p. 287-295.
2. Cuadros-Mendoza CA et al. Actualidades en alimentación complementaria. *Acta Pediatr Mex.* 2017; 38(3):182-201.
3. Borja C, Iglesias M, Ortega A, Galdón S, Garrigós Á. Actualizando la evidencia sobre las recomendaciones de enfermería en la “alimentación complementaria”. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.* 2016; 144(4):57-62.
4. Organización Mundial de la Salud [Internet] Programas y proyectos: Alimentación complementaria; 2015 [23 de Febrero de 2015; 27 de Enero de 2018] Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
5. World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young

Child Feeding. World Health Organization; 2003.

6. ESPGHAN Committee on Nutrition: Fewtrell M et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017; 64(4):119-132.

7. Sachs M. Baby-led weaning and current UK recommendations-are they compatible? *Matern Child Nutr.* 2011; 7(1):1-2.

8. Rapley G. Baby-led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract.* 2011; 84(6):20-23.

9. Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin guión escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos?. En: AEPap, editores. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66

10. Locke A. Agency, 'good motherhood' and 'a load of mush': Constructions of baby-led weaning in the press. *Womens Stud Int Forum.* 2015; 53(1):139-146.

11. Ortega Anta RM, López-Sobaler AM, Aparicio Vizquete A, González Rodríguez L, Navia Lombán B, Perea Sánchez JM. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

12. Cameron SL, Taylor RW, Health AM. How Feasible Is Baby-Led Weaning as an Approach to Infant Feeding? A Review of the Evidence. *Nutrients.* 2012. 4(11):1575-1609.

13. Brown A, Lee MD. Maternal Control of Child Feeding During the Weaning Period: Differences Between Mothers Following a Baby-led or Standard Weaning Approach. *Matern Child Health J.* 2011. 15:1265-1271.

14. Brown A, Lee MD. Early influences on child satiety responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr. Obes.* 10(1):57-66.

15. Fangupo LJ, Health AM, Williams SM, Erickson Williams LW, Morison BJ, Fleming EA, et al. A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics.* 2016. 138(4).

16. Cláudia Regina L Alves et al. Alimentação complementar em crianças no se-

gundo ano de vida. Rev Paul Pediatr. 2012. 30(4):499-504.

17. Brown A, Lee M. An exploration of experiences of mothers following a baby led weaning style: developmental readiness for complementary foods. Matern. Child. Nutr. 2013. 9(2):233-243.

Capítulo 48

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ALTERACIONES DEL ESTÓMAGO

MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA

1 Introducción

El estómago es un órgano, receptáculo de alimentos, con múltiples funciones. La principal es una función trituradora y digestiva de los alimentos. Otras funciones son endocrinas, inmunitarias y anti infecciosas. Puede presentar las siguientes patologías: gastritis, enfermedad péptica y tumores gástricos, entre otras.

GASTRITIS

Es la inflamación de la mucosa del estómago y se diferencian según sus características:

- Hemorrágica-erosiva.
- Aguda y crónica.
- Inespecífica según afectación anatómica:

Otras inflamaciones específicas son la enfermedad de Menetrier (hipertrófica de pliegues gástricos), de etiología desconocida caracterizada por aclorhidria y pérdida de proteínas; gastritis granulomatosa, como la sarcoidosis, tuberculosis o Enfermedad de Crohn con afectación gástrica; eosinófila, hiperplasia linfoide o infecciosa.

La clínica común de la gastritis es disfunción gástrica, con digestiones pesadas, por disminución de acidez gástrica. Así también alteraciones de otras funciones

como gastritis atrófica, anemia perniciosa por disminución en la producción del factor intrínseco.

ENFERMEDAD PÉPTICA

La úlcera péptica, consiste en una herida en la mucosa gástrica o duodenal mínimo hasta muscularis mucosae, para distinguirla de la gastritis erosiva. Se produce por disminución de los mecanismos defensivos de la mucosa gástrica, que cotejan la función lesiva del ácido gástrico como el moco, atrofia gástrica, el flujo sanguíneo, la restitución celular, prostaglandinas, o exaltación de los agresivos como hipersecreción ácida.

Estos mecanismos defensivos son alterados por la infección del *Helicobacter pylori*, causante de casi el total de las úlceras duodenales y un 80% de las gástricas. El *Helicobacter pylori* coloniza y daña la mucosa gástrica, provocando una reacción inflamatoria local, una gastritis crónica activa.

Otros factores son el estrés y los AINES (inhibe prostaglandinas). Causas más raras son por hipersecreción ácida (gastrinoma, mastocitosis, hiperplasia de células G), infecciones (citomegalovirus, herpes simple I).

Otros factores asociados a la úlcera son factores genéticos, de ahí la agregación familiar, el tabaquismo y la ansiedad.

La clínica de la dispepsia es dolor epigástrico, recurrentes por temporadas y en brote que cede con la ingesta. La confirmación diagnóstica es endoscópica para detectar la úlcera. El aspecto simétrico, redondo y oval, con márgenes lisos, nos orientará hacia la benignidad de la úlcera y no a un tumor ulcerado. Se precisa biopsia para descartar origen neoplásico. El diagnóstico etiológico de la úlcera es importante para tratar la causa.

Existen múltiples técnicas de diferentes sensibilidades y especificidades para diagnosticar la infección por *Helicobacter Pylori*. Si se confirma la etiología infecciosa de la úlcera por *Helicobacter Pylori*, el tratamiento es antibiótico (amoxicilina y claritromicina) durante 7 días; si es una úlcera duodenal sin complicación como perforación o hemorragia, no necesita confirmación de erradicación. Se necesita confirmar erradicación de la úlcera con endoscopia o en la duodenal complicada con urea marcada.

En las úlceras por AINEs que no pueden suprimirse, el tratamiento es antisecretores.

El tratamiento quirúrgico para úlceras pépticas no complicadas se reserva para

aquellas refractarias al tratamiento correcto, al rechazo de un tratamiento prolongado y persistente. Realizando un tratamiento antisecretor en la úlcera duodenal como es la vagotomía troncular o supra selectiva, actualmente excepcional.

Las úlceras pueden debutar por una complicación: la hemorragia, la estenosis o la perforación. La hemorragia es la complicación más frecuente de la úlcera péptica, y es la causa más frecuente de ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva alta. Clínica de hematemesis importante y melenas, que precisan tratamiento urgente endoscópico con inyección de sustancias esclerosantes y/o vasopresina que habitualmente controlan la hemorragia.

La perforación es más frecuente en varones que en mujeres, generalmente en pared anterior, más frecuente la duodenal que la gástrica. Se refiere como cuadro de dispepsia previo con un dolor en puñalada y signos de irritación peritoneal e imagen radiológica de neumoperitoneo. La complicación menos frecuente, y signo de cronicidad, es la estenosis pilórica, donde la fibrosis cicatricial del tejido inflamatorio crónico periulceroso, origina una estenosis infranqueable, irreversible, duradera, manifestándose con vómitos sin bilis y alimentarios de retención.

El tratamiento primero es médico, con aspiración naso-gástrica y tratamiento antisecretor, en un 75% persiste la fibrosis, por lo que precisará tratamiento de dilatación endoscópica o quirúrgico para reconstrucción del tránsito intestinal.

TUMORES GÁSTRICOS

Existen tumoraciones gástricas benignas, pero estas son poco frecuentes, y asintomáticas. Desde pólipos hiperplásicos, adenomatosos, de forma única o múltiples, aisladas o en el contexto de síndromes. Es necesario realizar biopsia de los mismos, y preferible la extirpación completa de los pólipos. Así son los hiperplásicos o regenerativos, normalmente milimétricos, con bajo potencial maligno, pueden dar clínica de hemorragia digestiva alta.

Los hemartomatosos, formando parte de síndromes como Cowden, Peutz Jeghers, raramente se malignizan. Los adenomatosos, de origen glandular, si presentan un claro potencial de malignidad por lo que es necesario researlos endoscópicamente.

Recientemente, los tumores mesenquimales de todo el tracto digestivo se han reclasificado, observando el origen de células intersticiales de Cajal, denominándose tumores estroma gastrointestinal. Estas lesiones asientan en la submucosa y

muscular, con un variable potencial maligno, indicándose siempre el tratamiento quirúrgico y tratamiento quimioterápico.

El adenocarcinoma gástrico, es el tumor más frecuente de los malignos gástricos. Es variable su incidencia dependiendo de la zona geográfica. Afecta más a varones, a partir de 60 años. Se combinan factores genéticos y factores ambientales como la dieta de alimentos ahumados salados y nitratos, mientras que la fruta fresca y hortaliza, protegen frente al cáncer gástrico. Trastornos precancerosos como anemia perniciosa o gastritis fúndica, la cirugía previa gástrica, gastritis crónica atrófica, displasia de pólipos gástricos son otros factores.

La localización clásica es en antro, posteriormente curvatura menor, pero recientemente observamos un aumento de localizaciones proximales (subcardial y cardial). La clasificación macroscópica-morfológica: I polipoide, II ulcerado, III ulcerado infiltrante, IV infiltrante, según sea el crecimiento intraluminal o intramural, diferencia características clínicas, terapéuticas y pronósticas.

La clasificación histológica de Lauren diferencia estirpes celulares que implican características epidemiológicas, clínicas y pronósticas distintas.

Distinguimos el concepto de cáncer gástrico precoz, a tumores gástricos con profundidad limitada de la lesión que afecta hasta submucosa sin sobrepasarla, por su buena evolución.

La clínica es inespecífica por lo que provoca un retraso en el diagnóstico. Molestias gástricas, en ocasiones con patrón dispéptico. Solicitaremos en personas mayores de 40/45 años ante esta clínica una endoscopia alta que descarte este problema. Diagnóstico tránsito baritado.

En enfermedad más evolucionada presentaría hemorragia digestiva alta, una masa epigástrica con bazuqueo gástrico (ruido obtenido imprimiendo con los pulpejos de los dedos pequeñas sacudidas bruscas y repetidas en la pared abdominal relajada, cuando el estómago o el intestino contienen una cierta cantidad de líquido y de gas. La investigación de este signo permite apreciar el grado de dilatación de estos órganos), un cuadro obstructivo con dificultad al vaciamiento gástrico, astenia, anorexia y síndrome constitucional. La prueba fundamental diagnóstica es la endoscopia, con biopsias regladas y abundantes de bordes de la ulcera para apreciar la naturaleza neoplásica.

El tratamiento de elección es quirúrgico, e incluso en aquellos pacientes con edad avanzada para tratamiento paliativo. La técnica quirúrgica dependerá de: a. Lo-

calización del tumor (por ejemplo, un tumor distal nos permitirá gastrectomía parcial). b. Las características histológicas, de forma que el tipo difuso exige unos márgenes de resección libre de enfermedad mayores, por tanto, una mayor resección de la pieza quirúrgica.

El estómago es el órgano donde con más frecuencia afecta los linfomas extraganglionares no hodgkiniano..

Otras patologías gástricas:

El vólvulo gástrico consiste en que el estómago rota sobre sí mismo, en distintos ejes, el más común órgano-axial, provocando un cuadro obstructivo, y si existe compromiso vascular, estrangulación. Circunstancias que lo favorecen son la hernia diafragmática, laxitud. La imagen radiológica es la de doble burbuja gástrica, o cámara gástrica, inferior al píloro. Puede ser tratado con descompresión nasogástrica, endoscópica, o puede precisar urgencia quirúrgica.

Los bezoares son cuerpos extraños formados por fibras vegetales, fitobezoar, en personas con patología en la motilidad gástrica, como cirugía previa, gastroparesia diabética, por dificultad del vaciamiento gástrico. Con lo que conlleva un acumulo de concreciones. Cuando la concreción es de pelos se denomina tricobezoar, más frecuente en mujeres jóvenes y patología psiquiátrica.

La clínica es de saciedad precoz, dolor epigástrico, náuseas o pérdida de peso. El tratamiento consiste en la disolución enzimática de las concreciones, lavados gástricos o desfragmentación endoscópica y extracción de este.

Por último, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico, reservado para las complicaciones como la perforación u obstrucción.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados de enfermería en pacientes con alteraciones del estómago.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería adecuados en pacientes con alteraciones gástricas son:

- Ingesta de fibra: la fibra es un componente vegetal que favorece la digestión. Ayuda al cuerpo a procesar mejor los alimentos y a evitar problemas como el estreñimiento, el cáncer de colon o la diabetes. Se encuentra en vegetales, granos enteros y fruta.
- Masticar bien: la forma y el tiempo que tardas en masticar es muy importante. Creemos que el proceso digestivo comienza en el estómago, pero en realidad comienza en tu boca. Cuando masticas muy rápido no das tiempo a que tu cerebro envíe la orden de saciedad. Y que no segregues saliva correctamente. Lo que significa que ingerirás más alimentos de los que necesitas.
- Beber agua: facilita la eliminación de desechos y limpia el intestino, el páncreas y los riñones. Además, tu piel estará más sana y suave. Dos por uno.
- Estrés: cuando estás estresado lo más común es comer alimentos poco saludables. El estrés suele verse reflejado en tu salud digestiva y suele ser una de las causas de los malos hábitos.
- Evita elementos irritantes: trata de evitar el exceso de dulces y azúcares, así como alimentos grasos. También el alcohol y el tabaco. Y, por supuesto, los laxantes.
- Modera el consumo de alimentos flatulentos: trata de evitar las coles, alcachofas o alimentos o chicles y caramelos. No los erradiques de tu dieta, simplemente consúmelos con moderación.
- Deporte: realiza actividad física con frecuencia. Favorece el tránsito intestinal, mejora las digestiones pesadas y libera el estrés.
- Cocina de forma suave: son preferibles cocciones suaves: al vapor, horno, etc. Evita grasas, salsas y picantes, que complican el proceso digestivo.
- Mantén horarios regulares para las comidas: evita comidas copiosas después de un ayuno. Saltarse comidas o pasar horas de ayuno priva al cuerpo de los nutrientes necesarios y altera el sistema digestivo.
- Baño: intenta ir al baño siempre a la misma hora, sin prisas y de forma relajada, así como en intimidad.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran relevancia unificar la praxis en los cuidados de enfermería en pacientes con patología gástrica.

6 Bibliografía

1. Vargo JJ. Preparation for and complications of GI endoscopy. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 41.
2. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2010: section IX.
3. National Cancer Institute. Gastrointestinal complications PDQ. Updated May 12, 2015. Accessed May 24, 2016.
Disponible en: <https://www.cancer.gov>.
4. Hogenauer C, Hammer HF. Maldigestion and malabsorption. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 104.
Disponible en: <http://printerfriendly.adam.com/>

Capítulo 49

EL CIGARRILLO ELECTRÓNICO Y LA SALUD

GRACIELA ZAPICO LÓPEZ

MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

1 Introducción

Hace poco menos de 20 años que un farmacéutico de Pekín inventó el cigarrillo electrónico (CE) atendiendo a la problemática de salud pública que desde hace milenios se viene dando sobre los cigarrillos convencionales (CC).

Se creó un cigarrillo que al inhalar no tuviera en sus componentes alquitrán, y por lo tanto al exhalar el aire tampoco. A priori, el problema estaba solucionado, pero cabe pensar que no sólo el alquitrán es perjudicial, este tipo de cigarrillos tiene otros componentes que podrían ser tóxicos para el resto de personas en una atmósfera cerrada.

En esta revisión se trata de conocer cuáles son los componentes de un CE, y si es perjudicial para las personas que están respirando ese aire.

2 Objetivos

- Revisar estudios publicados que arrojen datos de los problemas de salud que puede ocasionar al fumador pasivo.

- Comparar las toxinas del vapor del CE frente a las del humo del CC

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones en las que se habla del CE en los últimos 15 años. Se consultaron diferentes bases de datos como Dialnet, Medline y PubMed.

En función de las características y ámbito de cobertura de bases de datos nacionales o internacionales se utilizaron descriptores en español como: cigarrillo electrónico, vapear, fumador pasivo; y en inglés: electronic cigarette, passive smoker o ambos.

Los criterios establecidos para que fueran incorporados a la revisión fueron:

- Documentos que hicieran mención del CE y sus componentes.
- Documentos que compararan el CE con el CC.
- Documentos que hablen de los problemas potenciales del fumador pasivo.

4 Bibliografía

Igualdad, M. d. (2014). Informe sobre los cigarrillos electrónicos: situación actual, evidencia disponible y regulación.

Pública, D. G. (2013). Programa de información sobre tabaquismo. Murcia.

Tabaquismo, C. N. (Madrid). Informe del CNPT sobre los cigarrillos electrónicos.

Zelada, K., Troilo, M., Petraglia, L., Haddad, J., Tarrasa, S., & Saimovici, J. (2010). El cigarrillo electrónico. Evidencia Activa Práctica Ambulatoria.

Capítulo 50

SONDAJE VESICAL, PRINCIPALES RECOMENDACIONES RESPECTO A SU TÉCNICA

MARTA RODRÍGUEZ PEÑA

RAQUEL ZAMORA DÍAZ

ISABEL LOPEZ RUBIO

SARA GONZÁLEZ-NICOLÁS LEAL

MAGDALENA JIMENEZ DE LA TORRE

1 Introducción

El sondaje vesical constituye una de las técnicas más realizadas por el personal de Enfermería. Quedaría definida como una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda vesical a través del meato urinario hasta la vejiga. También con esta técnica podemos realizar mediciones de orina, recogida de de muestras estériles, pruebas de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas.

Dentro de sus indicaciones quedarían excluidas las prostatitis agudas, presencia de hematuria franca por traumatismo, la observación directa de sangre en el meato urinario y en el caso de sospecha de rotura uretral. Por otro lado, como contraindicaciones relativas quedarían representadas las cirugías recientes urinarias o estenosis uretrales.

Esta técnica precisa de material específico, por ello es de relevancia hacer una mención especial hacia la tipología de las sondas utilizadas en este proceso. Estableciendo una clasificación en función de su duración quedarían incluidas los sondajes de carácter intermitente o evacuadores (donde el catéter se retira una vez conseguido el objetivo de vaciamiento vesical) y sondajes permanentes (donde su utilización estaría indicada tanto a corto como a largo plazo).

Atendiendo a su periodicidad es de suma importancia establecer cambios periódicos según el material de fabricación (Sonda PVC el cambio se realiza en dos semanas, sonda de silicona el cambio se establece en 30 días y sonda de látex cuyo cambio ha de realizarse en una semana).

En cuanto a su técnica cabe destacar la manipulación aséptica cumpliendo la esterilidad tanto en el catéter como en el resto de los materiales utilizados. Según las últimas recomendaciones de evidencia científica tipo A, la utilización de un sistema de drenaje cerrado es la más indicada (evita una manipulación excesiva relativa a la desconexión del sistema) con respecto al sistema abierto (en el cual su manipulación es de forma más continua). En términos comparativos en ambos tipos de sistemas, tendríamos una bacteriuria a los 4 días en sistema abierto frente a 30 días en sistema cerrado.

En cuanto a su desarrollo, es considerada una técnica aséptica, siendo primordial el lavado de manos para la misma, como consideraciones esenciales durante dicho proceso quedarían incluidas la identificación del paciente y consentimiento verbal, preservar la intimidad, uso del material adecuado, fases durante el procedimiento (indicación y contraindicación desde la visión de los profesionales) y signos de alarma (incluyendo antes, durante y posterior al procedimiento). Su retirada debe ser de manera aséptica y gradual comprobando el vaciamiento del balón

2 Objetivos

Objetivo general

- Determinar las principales recomendaciones respecto a la técnica del sondaje vesical.

Objetivos específicos

- Identificar las consideraciones más significativas respecto a su desarrollo.
- Conocer los principales cuidados de enfermería durante el procedimiento.

- Establecer las complicaciones relacionadas con una mala praxis.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en bases de datos de Google Académico, Eslevier, Scielo y diferentes fuentes bibliográficas, así artículos científicos de diferentes revistas indexadas.

La búsqueda se realiza en idioma castellano, utilizando como palabras clave sondaje vesical, técnica aséptica, retención urinaria.

4 Resultados

- El sondaje vesical constituye una técnica aséptica donde el manejo estéril es clave para prevenir la infección nosocomial y el control de balance hídrico con medición estricta de diuresis.
- La utilización de los materiales adecuados es clave para evitar manipulaciones excesivas y reducir costos. La estandarización de la técnica es imprescindible para la unificación de los criterios de actuación.
- La acción formativa para su abordaje es necesaria para su correcta consecución.
- La identificación de signos y síntomas de alarma es fundamental para tomar medidas de actuación futuras frente a una posible infección nosocomial y disminuir así su incidencia.

5 Discusión-Conclusión

Según la búsqueda bibliográfica existe una simetría entre la práctica clínica que se utiliza de forma habitual en los centros hospitalarios y los artículos de evidencia científica donde se exponen las recomendaciones a seguir en la realización de un sondaje vesical de forma segura.

6 Bibliografía

1-<https://enfermeriacreativa.com/2018/03/04/sondaje-vesical/>
(enfermería creativa, marzo2018)

2-<https://enfermeriapractica.com/procedimientos/sondaje-vesical>

3-The Joanna Briggs Institute. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario. Best Practice 2000; 4(1): 1-6 (Actualizado: 20-03-07).

4-Martínez S, Urío T, Garrón L, Sainz J, Uriz J, Bermejo B. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2000; 23(suplemento 2): 123-128.

5-The Joanna Briggs Institute. Retirada del sondaje vesical permanente de corta duración. Best Practice 2006; 10(3) (Actualizado: 14-06-07).

Capítulo 51

USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

SILVIA HUERGO DE DIOS

PATRICIA GARCIA VIÑA

ALICIA HUERGO ORDIALES

SUSANA DEL CORRO FERNANDEZ

1 Introducción

La historia del desarrollo tecnológico en diabetes se remonta a la década de 1970, época en que se utilizó por primera vez un infusor continuo subcutáneo de insulina (ISCI), también conocido como bomba de insulina. En la siguiente década surgió la monitorización continua de glucosa (MCG), que permite medir la glucemia intersticial en forma continua. Inicialmente el MCG era usado sólo como examen solicitado por el médico y analizado en forma retrospectiva; posteriormente fueron desarrollados equipos que informan niveles de glicemia en tiempo real (MCG-TR).

Hace una década que ISCI y MCG fueron unidos en un sólo dispositivo que tiene la capacidad de infundir insulina y también medir glucemia intersticial, dando paso a lo que se conoce como Sensor-Augmented Pump Therapy (SAPT).

Estos equipos inicialmente no tenían un programa que permitiera suspender el aporte de insulina ante hipoglucemia, pero actualmente existen modelos de SAPT

que interrumpen automáticamente la infusión de insulina frente a la predicción de hipoglucemia, tecnología conocida como integrada.

2 Objetivos

- Conocer la función y el uso de algunas de las nuevas tecnologías disponibles para los pacientes con diabetes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Biblioteca Cochrane, Cuiden, también se consultó SciELO y Google Scholar.

Descriptores: Blood Glucose Self Monitoring; Insulin Infusion Systems, monitor glucosa, infusores insulina

4 Resultados

Tipos de tecnología en diabetes:

- Bombas de insulina o ISCI

La terapia con bomba de insulina actúa de la forma más parecida a un páncreas sano. En comparación con las múltiples inyecciones diarias. El páncreas sano libera continuamente pequeñas cantidades de insulina las 24 horas del día para mantener niveles normales de glucosa en sangre entre las comidas y durante la noche.

- MCG

Es un minúsculo dispositivo electrónico, sensor, que se inserta en la piel. Consta de un sensor de glucosa, un transmisor y un pequeño monitor externo (puede estar integrado en la bomba de insulina o como un dispositivo autónomo) para ver sus niveles de glucosa. Mide los niveles de glucosa intersticial del tejido subcutáneo cada pocos minutos (aprox. 5 min), obteniendo 288 mediciones diarias. Mejor control metabólico: se ha demostrado una reducción de la HbA1c con el uso de MCG al compararse con la automonitorización efectuado con glucemia capilar. La mejoría del control metabólico está en directa relación con el uso del sensor, siendo evidente cuando es usado al menos 60-70% del tiempo.

- Futuras líneas de investigación.

En la actualidad se está desarrollando un “Páncreas artificial” que mejora las características de la Terapia integrada bomba de insulina más monitorización continua de glucosa (Sensor Augmented Pump Therapy: SAPT).

5 Discusión-Conclusión

Las nuevas tecnologías han expandido las alternativas terapéuticas de los pacientes que usan insulino terapia, permitiendo un mejor control metabólico con menor riesgo de hipoglucemia.

En el futuro próximo se espera contar comercialmente un con un sistema híbrido que integre la medición de glucemia y la infusión de insulina, pero actualmente aún depende parcialmente de las instrucciones del paciente. Tendremos que seguir esperando a los avances de las nuevas líneas de investigación.

Las nuevas terapias presentan características definitorias que el profesional sanitario debería conocer para el manejo del paciente diabético, especificándose a continuación las siguientes:

Bomba de insulina (ISCI) es un pequeño dispositivo electrónico diseñado para administrar insulina de forma continua al tejido subcutáneo. Las bombas tienen un reservorio de insulina ultrarrápida que al ser entregada al tejido subcutáneo en pequeño volumen de forma continua permite una absorción estable y rápida. Esta infusión reemplaza la secreción fisiológica basal del páncreas en períodos de ayuno e interprandiales. En pacientes previamente tratados con múltiples inyecciones diarias de insulina, esta administración sustituye a la insulina de acción prolongada. La dosis de infusión basal es programada por el especialista en distintos segmentos horarios según los requerimientos del individuo. El usuario y el médico pueden programar la bomba de insulina para que administre insulina automáticamente casi de la misma forma (esto se llama índice basal) a fin de controlar la glucosa en sangre.

Para las comidas y corrección de la hiperglucemia, la insulina es administrada de forma aguda, lo que se denomina bolos y se asemeja a la secreción fisiológica prandial del páncreas frente a la ingesta. Con las bombas los bolos deben ser activamente operados por el paciente, quien debe ingresar al dispositivo la información de glucemia e hidratos de carbono que va a ingerir. Se requiere que el paciente recuerde hacerlo cada vez que va a comer o necesite corregir una hiperglucemia.

Las bombas cuentan con un programa que asiste al paciente en el cálculo de la dosis del bolo, y permite la entrega de dosis muy pequeñas aumentando la precisión del tratamiento. Este programa es configurado por el tratamiento en base a la relación insulina/hidrato de carbono y la sensibilidad a la insulina de cada paciente. Además, considera la presencia de insulina activa que pueda haber desde el último bolo administrado, permitiendo la entrega de bolos con dosis más precisas. Tras la configuración inicial de las bombas, deben existir continuamente ajustes en los diferentes parámetros que permiten la entrega de insulina basal y prandial, según los patrones glucémicos individualizados en el tiempo.

Inicio e indicaciones de terapia con bombas de insulina: Los aspectos prácticos para hacer la transferencia desde múltiples dosis de insulina (MDI) a las bombas de insulina han sido recientemente revisados. Aunque inicialmente se recomendaba de forma más limitada, las guías actuales plantean que aquéllos sujetos que tienen problemas de variabilidad glucémica, hipoglucemia severa o no logran el control metabólico óptimo, entre otras indicaciones, son candidatos a usar tecnología en diabetes. Así mismo, se plantean que todo sujeto que quiera usar bombas puede hacerlo si tiene compromiso con su tratamiento y reúne las características necesarias.

Beneficios del uso del ISCI

Los beneficios de las tecnologías en diabetes dependen del buen uso que le da el paciente, por lo que en gran medida dependen de las características del individuo. Los principales beneficios son:

- Mejor control metabólico: Diferentes meta-análisis han mostrado que adultos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) presentan una reducción de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) de -0,3% promedio, al comparar el ISCI con MDI. La mayor reducción se ha visto con SAPT en pacientes con DM1 (-0,68%). Si bien la mejoría en el control metabólico parece discreta, esto se debe analizar en el contexto que los pacientes incluidos en estos estudios tienen en general un buen control metabólico antes del estudio. Ayudar a gestionar mejor la necesidad de ajustar la dosis de insulina, en especial después de las comidas y durante la noche, y así contribuye a lograr un mejor control de la glucosa.
- Reducción de los episodios de hipoglucemia severa (HS): Uno de los grandes beneficios del uso de tecnología en diabetes es la disminución de la HS o inducida por ejercicio, especialmente cuando se utiliza SAPT con sistema de suspensión automática de la infusión frente a hipoglucemia. Se recomienda el uso de SAPT, con o sin suspensión automática de insulina, en aquéllos sujetos en que los episodios de HS sean recurrentes y/o no manifiesten síntomas.

- Mejoría en la calidad de vida: Diferentes estudios muestran un impacto positivo sobre la calidad de vida de los usuarios de ISCI o SAPT comparado con MDI, siendo infrecuente que los pacientes decidan suspender el uso de este tipo de dispositivos y volver a MDI.
- La bomba de insulina da mas libertad. Esto significa que se puede comer cuando quiera, dormir tranquilamente y sin restricción los fines de semana, dormir fuera de casa y en viajes y excursiones sin preocuparse de las inyecciones y de la alimentación especial. La bomba de insulina es muy pequeña y fácil de llevar. Se puede guardar la bomba en el bolsillo, en un clip para el cinturón, o esconderla bajo la ropa.

Desventajas del uso de bombas de insulina

- Fallo del set de infusión. Esta complicación comprende los siguientes problemas: oclusión del catéter, desplazamiento de la cánula fuera del espacio subcutáneo, filtración de insulina, formación de burbujas de aire en el catéter y acodamiento del catéter o cánula. Estos problemas son más frecuentes cuando el paciente no cumple las recomendaciones en relación a la instalación, cuidado y vigilancia del set de infusión.
- Hiperglucemia, cetosis y cetoacidosis diabética (CAD): En el caso de interrupción accidental del paso de insulina desde el ISCI al espacio subcutáneo, en vista que el aporte insulínico se realiza con análogos rápidos de insulina, rápidamente se desencadena insulinopenia severa. Con más de 60 minutos de interrupción en la administración de la misma, ocurre una elevación significativa de la glucemia que, de no corregirse, da lugar a formación de cuerpos cetónicos, pudiendo llegar a CAD en pocas horas. Recientemente se ha visto que la incidencia de CAD no es mayor que con MDI al utilizar ISCI modernos. Esta complicación es prevenible con una adecuada selección y educación del paciente en el manejo del dispositivo y set de infusión.
- Infecciones cutáneas y otros eventos adversos en el sitio de infusión: La frecuencia de infección en el sitio de infusión ha ido disminuyendo sustancialmente a través de los años, y recientemente es casi inexistente. Cuando se presenta infección esta se da en directa relación con la inadecuada preparación de la piel previa al cambio del set de infusión y/o mantención del mismo por un plazo mayor al recomendado.
- Otros eventos adversos cutáneos: La complicación asociada al sitio de infusión más frecuente es la lipohipertrofia, afectando al 26% de los usuarios de ISCI. La irritación y/o alergia a los adhesivos del set y la hiperpigmentación en el sitio de infusión también son frecuentes y dependen de la sensibilidad cutánea de cada paciente.

- Costes: el coste de la terapia con ISCI está dado por el valor del dispositivo mismo y los consumos de uso permanente. Se ha demostrado costo-efectividad del tratamiento con ISCI comparado a MDI al analizar el control metabólico, la menor tasa de HS, prevención de complicaciones crónicas y mejor calidad de vida.

El MCG está diseñado para determinar la glucosa intersticial usando un sensor con glucosa oxidasa, enzima que cataliza la reacción electroquímica entre glucosa y O₂, obteniéndose una corriente eléctrica en “nano amperios”, El sensor de glucosa emite esta señal electrónica que se relaciona con la cantidad de glucosa existente en la sangre. Está conectado a un transmisor que envía por radiofrecuencia la información al dispositivo de monitorización de datos. La pantalla del monitor muestra entonces los valores de glucosa leídos, y le avisa cuando detecta que se acercan a un límite alto o bajo. Los últimos sistemas de MCG pueden incluso alertar antes de que se alcance los propios límites de la glucosa. El sensor de glucosa se inserta debajo de la piel para comprobar los niveles de glucosa en el líquido intersticial. El sensor de glucosa tiene un pequeño parche adhesivo para sostenerse en su lugar durante algunos días, después de los cuales debe reemplazarse por uno nuevo. El sensor de glucosa se inserta fácilmente debajo de la piel utilizando un insertador. El sensor se coloca en el insertador y con solo oprimir un botón se inserta de forma fácil y rápida. El sitio más común para colocar el sensor de glucosa es el abdomen. El sensor del MCG es desechable y su vida útil varía de 3 a 14 días, según los equipos, debiendo ser reemplazado por uno nuevo cuando su funcionamiento caduca.

A diferencia de los glucómetros que miden glucosa capilar, el MCG mide la glucosa intersticial. Esto hace que exista un desfase fisiológico entre ambos métodos de 5 a 20 min, dado por el tiempo que tarda la glucosa en difundir desde el capilar, a través del intersticio, hasta el sensor ubicado a ese nivel. Este desfase no es importante cuando los niveles de glucosa se mantienen estables. En los casos en que existen cambios rápidos en la glucemia en sangre, existe un retraso en la medición de glucosa intersticial obtenido por MCG.

También existen sistemas de monitorización de la glucosa tipo flash que ofrecen una lectura a demanda de la glucosa intersticial cuando la persona acerca un receptor al sensor instaurado. Estas tecnologías que se encuentran en continua actualización, permiten realizar un control glucémico más exhaustivo, evitando las posibles complicaciones y mejorando, en definitiva, la calidad de vida de los pacientes. La situación de estos dispositivos se encuentra en continua revisión. Por ejemplo en España el SNS ha anunciado la financiación de los sistemas MCG

tipo Flash a todos los pacientes con DM1 adultos que requieran al menos 6 punciones diarias. De esta forma, se beneficiarán más de 53.000 pacientes adultos antes del 31 de diciembre de 2020, que se unen a los más de 13.000 menores que ya los utilizan.

Beneficios del uso del MCG

- Mejor control metabólico: se ha demostrado una reducción de la HbA1c con el uso de MCG al compararse con la automonitorización efectuado con glucemia capilar. La mejoría del control metabólico está en directa relación con el uso del sensor, siendo evidente cuando es usado al menos 60-70% del tiempo.
- Le ofrece una imagen completa de sus niveles de glucosa, y esto puede conducir a decisiones más adecuadas para el tratamiento y un control más eficaz de la glucosa.
- Reducción de hipoglucemias: el uso de MCG en el contexto de SAPT con suspensión automática de la infusión de insulina reduce de forma significativa la tasa, duración y severidad de los episodios de hipoglucemia, sin deterioro del control glucémico.

Desventajas del uso del MCG

- Desfase fisiológico: Debido a que el MCG mide la glucemia intersticial, la que tiene un desfase respecto a la medición en sangre capilar, existe imprecisión en la medición frente a variaciones de glucemias mayores a 2 mg/dl/min. Por esta razón, el MCG es considerado un complemento de la automonitorización de glucemias capilares y no un reemplazo de éste.
- Necesidad de calibraciones periódicas: La tecnología actual de MCG requiere que el paciente ingrese al dispositivo 2 a 4 mediciones diarias de glucemia capilar para calibración. El MCG con sistema Flash constituye una excepción ya que es calibrado en fábrica.
- Necesidad de instalación y cambio periódico del sensor: Uno de los factores que influye en la mala adherencia de algunos pacientes al uso del MCG es la instalación y cambio periódico del sensor, que agrega una tarea adicional a la instalación del set de infusión del ISCI.
- Agobio por exceso de información: para algunos pacientes el exceso de alarmas e información que proporciona el MCG resulta cansado, por lo que en estos casos se recomienda anular o personalizar las alarmas dejando activas sólo aquellas consideradas más importantes.
- Costes: El coste del uso de MCG es superior al del automonitor con glucemias capilares. Varios estudios muestran costo efectividad de su uso, ya sea como tecnología aislada o en contexto de SAPT, basado en la mejoría del control glucémico

y la proyección de la prevención de complicaciones crónicas.

SAPT: Terapia integrada, del inglés Sensor Augmented Pump Therapy

Son equipos muy innovadores que integran las bombas de insulina y MCG en un mismo dispositivo permitiendo que la información de los niveles de glucemia intersticial sea transmitida al equipo de infusión de insulina. Constan con un algoritmo específico que permite la detención en forma automática de la infusión de insulina frente a la hipoglucemia o antes de que ésta ocurra, y la reanudan posteriormente tras un periodo de suspensión o cuando se reestablece la glucemia. Existen modelos que reinician la infusión tras dos horas de suspensión y otros que la reinician cuando la glucemia regresa a niveles seguros. Los umbrales de glucemia para dicha suspensión son programados individualmente para cada paciente. La auto-suspensión por parte de estos equipos ha demostrado ser segura.

Ventajas de la SAPT

- Buen control metabólico
- Gran disminución del riesgo de hipoglucemias.
- Reducción de las punciones capilares

Futuras líneas de investigación.

Existen diferentes niveles de perfeccionamiento, desde la suspensión de la infusión de insulina ante niveles de hipoglucemia, pasando por un control de la glucemia dentro de un rango de valores hasta conseguir un sistema de circuito cerrado regulado por dos hormonas, insulina y glucagón. Existen ensayos que prueban un posible tratamiento con células madre que permita el trasplante de islotes de células β productoras de insulina.

Por ahora, las investigaciones se centran en roedores. También destacan los estudios sobre la implicación del cuerpo carotídeo en la regulación de la sensibilidad a la insulina, éstos juegan un papel fisiológico importante en la homeostasis de la glucosa considerándose sensores de glucosa e insulina en sangre. Estos quimiorreceptores periféricos responden a la hipoxia activando el sistema nervioso simpático; se ha demostrado que la terapia con oxígeno hiperbárico produce un bloqueo de los cuerpos carotídeos y mejora la tolerancia a la glucosa de los pacientes diabéticos.

Todas las investigaciones descritas ofrecen la posibilidad de nuevos objetivos terapéuticos para estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Pickup JC, Keen H, Parsons J, Alberti K. Continuous subcutaneous insulin infusion: an approach to achieving normoglycaemia. *Br Med J* 1978; 1 (6107): 204-7.
2. Apablaza P, Soto N, Román R, Codner E. *Rev Med Clin Condes* 2016; 27 (2): 213-6.
3. Quirós C, Patrascioiu I, Giménez M, Vinagre I, Vidal M, Jansa M, et al. Assessment of use of specific features of subcutaneous insulin infusion systems and their relationship to metabolic control in patients with type 1 diabetes. *Endocrinol Nutr* 2014; 61 (6): 318-2.
4. Gómez A, Grizales A, Veloza A, Marín A, Muñoz O, Rondon M. Factores asociados con el control glucémico óptimo en pacientes tratados con bomba de insulina y monitorización continua de glucosa en tiempo real. *Av Diabetol* 2013; 29 (3): 74-80.
5. Gómez A, Marín A. Monitorización continua de glucosa en tiempo real: imprescindible su uso combinado con infusión continua de insulina. *Av Diabetol* 2011; 27 (4): 143-50.
6. Bailey T, Bode B, Christiansen M, Klaff L, Alva S. The Performance and Usability of a Factory-Calibrated Flash Glucose Monitoring System. *Diabetes Technol Ther* 2015; 17 (11): 787-94.
7. Ang K, Tamborlane W, Weinzimer S. Combining glucose monitoring and insulin delivery into a single device: current progress and ongoing challenges of the artificial pancreas. *Expert Opin. Drug Deliv* 2015; 12 (10): 1579- 82.
8. Thabit H, Tauschmann M, Allen J, Leelarathna L, Hartnell S, Wilinska M, et al. Home Use of an Artificial Beta Cell in Type 1 Diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373 (22): 2129-40.
9. Trevitt S, Simpson S, Wood A. Artificial Pancreas Device Systems for the Closed-Loop Control of Type 1 Diabetes: What Systems Are in Development? *J Diabetes Sci Technol* 2016; 10 (3): 714-23.
10. Grunberger G, Abelseth J, Bailey T, Bode B, Handelsman Y, Hellman R, et al. Consensus Statement by the American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Insulin Pump Management Task Force. *Endocr Pract* 2014; 20 (5): 463-89.
11. Maurizi A, Suraci C, Pitocco D, Schiaffini R, Tubili C, Morviducci L, et al. Position Statement on the management of continuous subcutaneous insulin infusion (CSII): The Italian Lazio experience. *J Diabetes* 2016; 8 (1): 41-4.
12. Gómez A, Gómez C, Aschner P, Veloza A, Muñoz O, Rubio C, et al. Effects of Performing Morning versus Afternoon Exercise on Glycemic Control and Hypo-

glycemia Frequency in Type 1 Diabetes Patients on Sensor-Augmented Insulin Pump Therapy. *J Diabetes Sci Technol* 2015; 9 (3): 619-24.

13. Franc S, Daoudi A, Pochat A, Petit M, Randazzo C, Petit C, et al. Insulin-based strategies to prevent hypoglycaemia during and after exercise in adult patients with type 1 diabetes on pump therapy: the DIABRASPORT randomized study. *Diabetes Obes Metab* 2015; 17 (12): 1150-7.

14. Choudhary P, Rickels M, Senior P, Vantighem MC, Maffi P, Kay T, et al. Evidence-Informed Clinical Practice Recommendations for Treatment of Type 1 Diabetes Complicated by Problematic Hypoglycemia. *Diabetes Care* 2015; 38 (6): 1016-29.

15. Roze S, Saunders R, Brandt A, De Portu S, Papo N, Jendle J. Health-economic analysis of real-time continuous glucose monitoring in people with Type 1 diabetes. *Diabet Med* 2015; 32 (5): 618-26.

16. Roze S, Smith-Palmer J, Valentine W, Cook M, Jethwa M, De Portu S, et al. Long-term health economic benefits of sensor-augmented pump therapy vs continuous subcutaneous insulin infusion alone in type 1 diabetes: a U.K. perspective. *J Med Econ* 2016; 19 (3): 236-42.

17. MiaoMiao. FreeStyle Libre Reader. 2019. [citado 7 de abril de 2019]. Disponible en: <https://miaomiao.cool/>

Capítulo 52

VIRUS INFLUENZA

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LORENA GARCÍA ARIAS

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Paciente 35 años que trabaja como profesora, que acude al centro de salud por encontrarse con malestar y debilidad general de cinco días de duración, sensación de escalofríos sin fiebre termometrada, astenia intensa, odinofagia, disnea de moderados esfuerzos y aumento de tos con expectoración amarillenta.

No dolor torácico no palpitations no dolor abdominal no alteraciones del hábito intestinal no síndrome miccional no clínica a otros niveles. No vacunada de la gripe anual.

Tiene un gato en casa.

2 Objetivos

- Establecer cuidados respecto a la valoración, diagnóstico y tratamiento en infecciones por influenza.

3 Caso clínico

COC. Palidez cutánea. Eupneica con VMK al 35% con SatO₂ al 94%. Aparentemente REG. Fiebre 38.3°C. CyC: normal. Ausencia de adenopatías. Sin soplos

carotídeos. No IVY. AC: normal.RsCsRs. Sin soplos.FC: 97 TA: 111/45. AP: hipofonías y crepitantes hasta 2/3 en pulmón izquierdo.

Abdomen:no dolor a la palpación, blando, depresible. Sin masas ni megalias. Peristaltismo conservado. No signos de irritación peritoneal. Blumberg, PPRB y Murphy negativos. EEII: no edemas. Sin signos de TVP. Pulsos pedios y tibiales posteriores presentes.

4 Resultados

Plan terapéutico adecuado para mitigar síntomas.

Plan de cuidados:

- Administrar antitéticos pautados.
- Abundante hidratación oral.
- Cabecero de cama incorporado.
- Limpieza de fosas nasales con suero fisiológico.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de la vacuna frente al virus influenza es importante para la población en general y sobre todo en los grupos de riesgo como medida de prevención y propagación de la infección.

Extremar la higiene de manos ya que el contagio se produce por vía aérea, pero los últimos estudios demuestran que también es posible a través de las manos.

6 Bibliografía

- <https://www.cambridge.org>
- <https://www.sciencedirect.com>

Capítulo 53

ENFERMERIA ANTE EL MALTRATO AL ANCIANO

TANIA MENÉNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

Según la Declaración de Toronto la definición del maltrato a personas mayores es "la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzcan daños o angustia a una persona anciana".

2 Objetivos

- Conocer el papel de enfermería ante un paciente anciano que presente signos o síntomas de maltrato.
- Descubrir los pasos o protocolos que se siguen ante un posible maltrato a un anciano.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos y publicaciones de internet como son Scielo, Cochrane, Elsevier Y Google Académico.

Para realizar la búsqueda se han utilizado como palabras clave: maltrato anciano, denuncia, vejez, abusos, personas mayores, demencia.

4 Resultados

El personal sanitario ante un anciano con sospecha de maltrato deben de:
Valoración inicial.

- Entrevista con el paciente anciano y con el cuidador principal de forma individual.
- Transmitir tranquilidad, confianza y empatía con el anciano para que así podamos obtener información.
- Preservar la intimidad del anciano.
- Mantener una escucha activa.
- Observar la relación del anciano con su cuidador.

Exploración física.

- Observar la apariencia del anciano (ropa, higiene, piel, lesiones, estado bucal, etc).
- Exploración cognitiva y psicológica (miedo, ansiedad, depresión, grado de dependencia o deterioro cognitivo, etc).
- Valoración de la relación del anciano con su cuidador (sobrecarga, negligencia, abandono emocional, maltrato emocional, abuso sexual).

Ante cualquier sospecha el personal de enfermería preguntara directamente al anciano, asesorará sobre recursos disponibles y junto al personal médico y trabajadores sociales tendrá que dejar constancia en un informe.

5 Discusión-Conclusión

Es importante detectar el maltrato al anciano por parte del personal de enfermería, siendo esto más fácil gracias al grado de proximidad que se puede generar entre el personal de enfermería y el paciente.

El personal de enfermería debe minimizar los riesgos psicológicos que puede tener el paciente anciano maltratado durante la exploración física y entrevista con el personal sanitario, tras ello debe ofrecer las ayudas necesarias al paciente que está bajo sospecha de abuso.

Este hecho ocurre de manera concurrente, por lo que se hace necesario concienciar sobre el gran problema del maltrato al anciano que existe en una sociedad cada vez mas envejecida, para que la población actúe ante estas situaciones.

6 Bibliografía

- Atención a las personas en situación de dependencia en España: libro blanco: Diciembre 2004. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005. 820 p.
- Coma Solé, Montserrat; et al. Los malos tratos a las personas mayores. Majadahonda (Madrid): MAPFRE, 2005. IX, 123 p.
- Moya Bernal, Antonio; Barbero Gutierrez, Javier (coord.). Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. Madrid: IMSERSO, 2005. 209 p.
- Sánchez Sánchez, Teresa (coord.). Maltrato de género, infantil y de ancianos. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia, 2005. 379 p.

Capítulo 54

ALZHEIMER. SIGNOS, SINTOMAS Y ETAPAS.

SARA DÍAZ FERNÁNDEZ

LORENA LÓPEZ LÓPEZ

LIDIA RIERA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que afecta principalmente a la población de tercera edad, viéndose afectada aproximadamente el 8% mayores de 65 años y hasta el 30% a mayores de 80 años. La enfermedad de Alzheimer podría definirse como el deterioro progresivo de las funciones mentales que en un principio se puede atribuir a los cambios propios de la vejez.

Se estima que aproximadamente el 98% de los afectados es de etiología esporádica y un 2% genético o familiar, siendo esta segunda iniciada a edad más temprana. La enfermedad de Alzheimer cursa con diversas alteraciones neuropsicológicas entre las que cabe destacar:

- Pérdida de memoria: muchas personas experimentan descuidos u olvidos que a veces pueden deberse al propio envejecimiento.

Sin embargo la pérdida de memoria en dicha enfermedad presenta signos más específicos como pueden ser cambios personalizados o en el estado de ánimo, incapacidad para resolver situaciones cotidianas, deterioro musculoesquelético con déficit del movimiento y ya la nombrada pérdida de memoria. Hay diferentes tipos de pérdida de memoria; inmediata, reciente y remota. La memoria reciente y

la dificultad en el aprendizaje se puede observar de forma mas precoz y llamativa, no obstante con el paso del tiempo también lo hace la memoria remota.

- Afasia: Es una alteración que causa dificultad principalmente tanto en la expresión como en la comprensión del lenguaje, aunque también puede presentar dificultad en la escritura o la lectura en una persona con un desarrollo previo normal del lenguaje.
- Anomia: Incapacidad o dificultad para poder recordar o reconocer nombres de cosas u objetos. Pude ir acompañada de alexia y agrafia.
- Apraxia: Es un trastorno del cerebro y del sistema nervioso por el cual una persona es incapaz de realizar tareas o movimientos ,con preservación de las capacidades motoras de base, aun comprendiendo la orden, entre ellas apraxia del vestido, del baño, en la alimentación.
- Agnosia: Es la incapacidad para identificar un objeto o incluso a la propia familiar en las fases mas avanzadas. Dependiendo de la modalidad sensorial pueden ser visuales, auditivas, táctil o gustativa.[2][3]

Estos cambios cerebrales relacionados con el Alzheimer pueden comenzar mucho antes de la aparición de los signos de la enfermedad y que incluso pueden durar años, estaríamos hablando de Alzheimer preclínico. En las etapas que siguen se observan como cambian las habilidades una vez que aparecen los síntomas. Podríamos destacar en la Enfermedad de Alzheimer 3 etapas:

- Enfermedad de Alzheimer leve (edad temprana):
En la etapa temprana del Alzheimer, la persona todavía puede hacer vida y desenvolverse de forma independiente, hacer actividades cotidianas de la vida diaria, tales como ir a trabajar, conducir o participar en cualquier actividad. A pesar de todo ello, es cuando puede empezar a aparecer algún episodio de perdida de memoria, por ejemplo “el olvido de las llaves de casa” o de cualquier objeto cotidiano. Ahí es cuando los familiares mas cercanos o personas del entorno del paciente comienzan a darse cuenta de que hay dificultades en la vida cotidiana de la persona.
- Enfermedad de Alzheimer moderada (etapa media)
El Alzheimer moderado es la etapa más prolongada y puede durar muchos años. A medida que la enfermedad avanza, la persona con Alzheimer requerirá un mayor nivel de atención. Durante la etapa moderada del Alzheimer, las personas pueden tener más dificultades para realizar tareas mas concretas de la vida cotid-

iana, pero pueden recordar detalles significativos de su vida.

En esta etapa la persona con dicha enfermedad podría llegar a frustrarse ya que puede llegar a confundir palabras y por ello podría actuar de diferentes formas inesperadas. Podría decirse que las células nerviosas del cerebro ya estarían afectando a la expresión del pensamiento o realización de tareas de la vida diaria.

- Enfermedad de Alzheimer grave (etapa final)

En la última fase de esta enfermedad, las personas sufren un deterioro cognitivo y comportamental severo. Pierden la capacidad de responder a su entorno, es incapaz de valerse por sí misma o incluso incapacidad para tener una conversación. Por todo ello se requerirán cuidados específicos y una supervisión constante.

2 Objetivos

- Identificar de forma precoz de signos y síntomas en la enfermedad de Alzheimer, para la actuación más rápida y eficaz posible, así como el tratamiento de dichos síntomas.
- Identificar la problemática en el manejo de esta patología tanto del profesional sanitario como de los propios familiares.
- Evaluar contexto a corto y medio plazo de programas de estimulación cognitiva global adaptada a su curso evolutivo mediante terapias no farmacológicas o grupos de terapia en Centros de día para su tratamiento precoz.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de pacientes que presentan la enfermedad de Alzheimer, destacando signos y síntomas de dicha patología y las etapas que transcurren durante años. Para ello se han utilizado diversas bases de datos tales como Pubmed, Scielo y los descriptores que se han utilizado han sido Alzheimer, Paciente, Cuidador, Demencia.

4 Resultados

Los signos y síntomas del Alzheimer son:

- Etapa precoz:

La dificultad para encontrar una palabra o nombre concreto de un objeto o cosa. Dificultad para realizar tareas que anteriormente eran cotidianas en su entorno laboral o sociales.

Olvido reciente de lo que estaba haciendo.

Dificultad para organizarse.

- Etapa media:

Sentirse malhumorado , sobretodo en situaciones social o mentalmente exigentes.

Incapacidad para recordar su propia dirección o su número de teléfono.

Confusión o desorientación temporo-espacial.

Ayuda para elegir la ropa adecuada.

Problema para controlar la necesidad de ir al baño.

Cambios en el ciclo del sueño, puede dormir durante la mañana mas que en la noche.

- Etapa avanzada

Incapacidad para hablar o para tragar, en resumen, una dificultad muy importante para comunicarse.

Incontinencia total.

Vulnerabilidad para contagio de infecciones, entre las que cabe destacar las infecciones respiratorias , tales como la neumonía.

Otros signos/síntomas neurológicos que le hacen dependiente pleno para las AVD.

Precisa de una atención continua por parte tanto del entorno familiar como de profesionales de la salud, en el que enfermería juega un rol fundamental en el desarrollo de una optima calidad de vida, procurando que sus necesidades básicas estén cubiertas. Es por ello que se han desarrollado planes de cuidados específicos, que van dirigidos al plano cognitivos: ámbito del lenguaje, orientación, funciones ejecutivas, memoria.

La enfermedad de Alzheimer transcurre en un ámbito estrictamente sanitario del paciente y genera múltiples trastornos de salud y sociales en el ámbito familiar. Debería existir un apoyo en la investigación científica para poder avanzar en la cura y en la evolución de la enfermedad.

Existen investigadores y científicos que están experimentando también con nuevos medicamentos, aunque todavía no está claro que puedan funcionar ya que se precisa con la financiación necesaria.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer es la demencia mas frecuente entre los individuos de edad avanzada.

Para ello existen diferentes intervenciones en casa sesión y etapa de la enfermedad. Actualmente no existe una cura para dicha enfermedad ni forma de detener esta patología, pero si hay tratamiento farmacológico y no farmacológico para paliar o poder disminuir los síntomas cognitivos y conductuales.

Según trascurren los años se está estudiando mas en profundidad sobre esta enfermedad, aunque todavía falta mas investigación clínica y ayuda de personas voluntarias para poder tratar o prevenir la enfermedad.

Entre los artículos estudiados se analizan la eficacia de nuevas intervenciones en la prevención y detección y así poder ir mejorando la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Alberca R, Lopez Pousa S. , Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2011
2. Donoso, Archibaldo., Alzheimer disease, 2003
3. Luis F. Pascual Millan y Teresa Fernández, Afasias: Tipología-Topografía,
4. Lanfranco G, Renzo, Manríquez-Navarro, Paula, Avello G, Leyla, & Canales-Johnson, Andrés, Evaluación de la enfermedad de Alzheimer en etapa temprana: biomarcadores y pruebas neuropsicológicas. , 2012
5. Donoso, Archibaldo. , Alzheimer disease. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 2003
- 6, Cacabelos R. Enfermedad de Alzheimer. Epidemiología y etiopatología. FOMECD 1995;3 (4): 212-20.
7. Jané F. Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer: situación actual y perspectivas. Rev Neurol (Barc) 1995; 23 (119): 103-7

Capítulo 55

HIGIENE DE MANOS, CUIDAR CON PREVENCIÓN ES GANAR EN CALIDAD

SARAI SANTOS MARTIN

BIBIANA POLO MORIS

1 Introducción

Cuando llevamos a cabo cualquier tipo de actividad clínica en el ámbito sanitario sabemos que lleva implícito un riesgo por el simple hecho de desempeñar actividades asistenciales. En el ámbito de la sanidad el riesgo y la aparición de efectos adversos son algo innato que debemos intentar minimizar y evitar en la medida de lo posible.

No se puede hablar de calidad asistencial sin hablar de seguridad del paciente, entendiendo por seguridad del paciente según la definición de la OMS la ausencia de un daño innecesario real o potencial, asociado a la atención sanitaria. Se conoce como tal al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Debemos aspirar a una asistencia sanitaria más segura que nos permita conseguir la excelencia en el cuidado, y sabemos que se trata de un proceso complejo que requiere del compromiso e implicación por parte de todos los profesionales.

Si buscamos la definición de calidad asistencial nos encontramos con múltiples enfoques y definiciones que han señalado los diferentes autores a lo largo de la

historia, pero es posible que la clasificación más completa y más conocida de las dimensiones de la calidad asistencial sea la de la doctora Heather Palmer (Harvard, USA) , que incluye: efectividad (beneficios en situación de aplicabilidad real), eficiencia (mayor nivel de calidad con los recursos disponibles), accesibilidad (facilidad para recibir la asistencia sanitaria considerando las barreras tanto socioeconómicas como estructurales), aceptabilidad (grado de satisfacción de los usuarios) y competencia profesional (conocimientos, habilidades y actitudes del profesional que le aportan capacidad para mejorar la salud y la satisfacción a los receptores de la atención sanitaria).

Los planes de mejora para la obtención de unos resultados satisfactorios pasan por el abordaje de forma prioritaria de la totalidad de los componentes que forman la estrategia de la higiene de manos.

2 Objetivos

- Evaluar y fomentar los programas de higiene de manos y formar al personal sanitario (difundiendo pautas de actuación correctas).
- Presentar recomendaciones acerca de la higiene de manos.
- Promover estrategias de prevención de la sepsis en atención sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración de este Trabajo se ha llevado a cabo un estudio descriptivo realizado mediante una revisión bibliográfica consultando guías de práctica clínica en el ámbito sanitario, publicación de artículos y bases de datos a nivel nacional e internacional como Cochrane Library, Cuiden o Pubmed, tomando como referencia las palabras clave: Seguridad del Paciente, Higiene de manos, Infección Nosocomial, Patient Safety, Hand Hygiene y Nosocomial Infection.

4 Resultados

Actualmente las evidencias sobre las tasas de cumplimiento de la correcta higiene de manos son mayoritariamente bajas, por ello existen numerosos estudios acerca de campañas de promoción del lavado de manos.

A lo largo de los últimos años se han propuesto diferentes estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, concretamente ya han pasado aprox-

imadamamente 10 años desde que la OMS comenzase con su programa “Una atención limpia es una atención más segura” seguida de diferentes campañas hasta llegar a la más actual.

La campaña “Está en tus manos” se dirige a:

- Profesionales Sanitarios: “Tome 5 momentos para limpiar sus manos a fin de prevenir la septicemia en la atención sanitaria”
- Responsables de la prevención y control de infecciones: “Sea uno de los paladines de la promoción de la higiene de las manos para prevenir la septicemia en la atención sanitaria”
- Directores de hospitales y otros líderes destacados: “Para prevenir la septicemia en la atención sanitaria, haga de la higiene de las manos un indicador de calidad en su hospital”
- Ministerios de Salud: “Aplique la resolución WHA70.7 (2017) sobre la septicemia. Haga de la higiene de las manos un indicador de la calidad de la atención sanitaria nacional.
- Grupos de defensa de los pacientes: “Pida que se ejecuten los 5 momentos para la higiene de las manos a fin de prevenir la septicemia en la atención sanitaria”

La OMS insiste en que “Una Atención Limpia es una Atención Segura” y nos recuerda que unas manos limpias evitan el sufrimiento del paciente y salvan vidas. Por todo ello nos invitan a contribuir a una atención más segura para el paciente.

Recomendaciones del lavado de manos.

Tras 10 años del programa de la OMS «Una atención limpia es una atención más segura», estas son las 10 razones por las que deberíamos participar en la campaña:

- 1.La higiene de las manos en el momento adecuado salva vidas.
- 2.La higiene de las manos en la atención sanitaria ha salvado millones de vidas en los últimos años.
- 3.La higiene de las manos es un indicador de calidad que destaca la seguridad de los sistemas de salud.
- 4.Los problemas de salud, como las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), que a menudo son invisibles pero sin embargo ocurren, son retos políticos y sociales que debemos abordar.
- 5.Las infecciones pueden ser evitadas por medio de una buena higiene de las manos, y el daño a la salud de los pacientes y del personal de la atención de la salud se puede prevenir por menos de 10 dólares.
- 6.Existe tecnología de bajo costo para salvar vidas. La solución desinfectante a base de alcohol, la cual cuesta aproximadamente 3 dólares por botella, puede

prevenir las IAAS y millones de muertes cada año.

7.Existe el hashtag #handhygiene en los medios sociales, lo cual significa que es un tema importante, ya sea debido a las IAAS o a brotes por enfermedades mortales como el ébola.

8.El incorporar los momentos específicos para la acción de la higiene de las manos en el flujo de trabajo del personal sanitario facilita hacer lo correcto a cada minuto, a cada hora, cada día.

9.La prevención de las infecciones es una parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud. La higiene de las manos es la base de todas las intervenciones, ya sea al insertar un dispositivo médico invasivo, manipular una herida quirúrgica, o al realizar una inyección.

10. El movimiento social ya ha comenzado a difundirse con la exitosa campaña «SALVE VIDAS: límpiense las manos», que promueve la acción del lavado de las manos en el punto de atención del paciente.

Estrategias de prevención de la infección

Higiene de manos y la prevención de bacteriemias. Directrices de la OMS sobre higiene de manos a profesionales, gestores y autoridades sanitarias:

- Indicaciones para el lavado y antisepsia de las manos.
- Técnica de higiene de manos.
- Recomendaciones para la antisepsia preoperatoria de las manos.
- Selección y manipulación de los productos para la higiene de las manos.
- Cuidados de la piel.
- Uso de guantes.
- Programas de formación y motivación de los profesionales sanitarios.

Actualmente el enfoque para la mejora en la higiene de manos se centra en la estrategia multimodal que consta de cinco componentes y está basada en la mejor evidencia internacional disponible. La estrategia gira en torno a un cambio metodológico que incluye el uso de preparaciones alcohólicas para la fricción de las manos, en la etapa de atención al paciente y se basa en los siguientes componentes:

- Cambio de sistema.
- Capacitación y educación del personal.
- Observación de que se cumple.
- Recordatorios en el lugar del trabajo.
- Establecimiento del clima de seguridad.

Promoción de estrategias en cuanto a la prevención de bacteriemias: se trata de

un proyecto impulsado por la Agencia de Calidad del SNS, para la prevención de las infecciones relacionadas con el uso del catéter venoso central en las unidades de cuidados intensivos.

El éxito de dicho programa proviene de combinar dos elementos claves e inseparables entre sí: la introducción de medidas basadas en la evidencia científica sobre la inserción y el mantenimiento de un catéter venoso central y el desarrollo de un programa para la mejora de la cultura de seguridad basado en acciones y actividades para la mejora del trabajo en equipo y para aprender de los errores.

La intervención para la prevención de bacteriemias consiste en dos actividades complementarias: la intervención estandarizada de inserción y manejo de catéteres y el Plan de Seguridad Integral que persigue fortalecer la cultura de seguridad en el trabajo diario de los profesionales de las UCI. La intervención estandarizada para la prevención de bacteriemias con la inserción y manejo de los catéteres venosos centrales, consta de los siguientes pasos:

- Higiene adecuada de manos.
- Uso de clorhexidina en la preparación de la piel.
- Uso de medidas de barrera total durante la inserción de los catéteres.
- Preferencia de la vena subclavia como lugar de colocación.
- Retirada de aquellos catéteres que no sean necesarios.
- Manejo higiénico de los catéteres.

Los objetivos del Plan de Seguridad Integral serían los 5 siguientes:

1. Evaluar la cultura de seguridad.
2. Educar en seguridad del paciente.
3. Identificar errores en la práctica habitual.
4. Establecer alianzas con la dirección de la institución para la mejora de la seguridad.
5. Aprender de los errores.

Es imprescindible en el tema de la Higiene de Manos hacer referencia a La norma UNE 173009:2013 o de Seguridad del Paciente. Ésta nos permite realizar un proceso de mejora continua del sistema de gestión de riesgos que tengamos establecido.

La Norma UNE 173009:2013 O de Seguridad del Paciente

Su desarrollo nos va a servir como puntos principales para lograr que sea posible:

- Promover una cultura de seguridad a todos los niveles.
- Integrar la gestión de riesgos dentro de la práctica clínica.

- Establecer un sistema de comunicación y de gestión del mismo.
- Permite asignar recursos.

Por último debemos resaltar que la Norma UNE 179003:2013 tiene como objetivo fomentar la implantación de un sistema de gestión de riesgos sanitarios que permita a la organización conocer y controlar sus riesgos y poder así ofrecer una asistencia sanitaria más segura a todos sus pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Desde la época de Florence Nightingale (1.820-1.910) ya se hablaba de la importancia del lavado de manos frecuente para evitar que las infecciones impidiesen el proceso de curación y para reducir la mortalidad en los hospitales ingleses.(1)

La higiene de manos debe ser una medida prioritaria a tener en cuenta, habiendo quedado demostrado que es clave en la reducción de infecciones nosocomiales, representando éstas una pérdida en la calidad asistencial que afecta directamente a la seguridad del paciente, por eso debemos abordar los cuidados de manera integral siguiendo unas pautas de buena práctica y las recomendaciones que nos permitan minimizar riesgos.

Teniendo en cuenta que las infecciones intrahospitalarias suponen un agravamiento de la enfermedad del paciente, prolongan el tiempo de hospitalización y aumentan de manera considerable el gasto económico del Sistema Sanitario, si los profesionales no tomamos conciencia e incumplimos con las recomendaciones actuales, tenemos entre manos, y nunca mejor dicho, un problema a nivel mundial.

Las infecciones nosocomiales son una consecuencia involuntaria de la atención que recibe el paciente del personal sanitario y genera un grave problema de salud debido su alta morbilidad y mortalidad. (4) Los estudios hablan de una prevalencia de pacientes con infección nosocomial adquirida en el propio centro de aproximadamente un 6,70%.

La revisión de las diferentes estrategias adoptadas a lo largo de la historia ante las técnicas de higiene de manos demuestran la gran preocupación que existe para evitar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

El progreso hacia una asistencia sanitaria más segura es un proceso complejo que requiere del compromiso e implicación por parte de todos los profesionales y se

trata de una tarea complicada que precisa programas de formación, motivación, implantación de protocolos de actuación en los centros, capacitación y educación del personal, además del compromiso por parte de todas las administraciones y organizaciones sanitarias.

Una tarea tan sencilla y tan simple como el lavado de manos es una medida que podemos adoptar todos los profesionales sanitarios y con ella evitar causarle daños graves al paciente que podrían incluso llegar a causarle la muerte en el peor de los casos.

La seguridad del paciente debe ser una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que brindamos como profesionales sanitarios, siendo el abordaje integral el único capaz de permitirnos caminar hacia la excelencia, siguiendo unas pautas de buena práctica con el fin de incrementar la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- 1)Rodríguez L, Leiva A, Gallardo J. Implementación de la guía de aplicación de la estrategia multimodal de la organización mundial de la salud para la mejora de la higiene de manos. *Ciencia y Cuidado*. 2015;10(1):28-35.
- 2)Pérez P, Herrera M, Bueno A, Alonso M.S, Buiza B, Vázquez M. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(1):149-160.
- 3)Organización Mundial para la Salud. [Internet]. Guía de la OMS sobre Higiene de las Manos en la Atención de la Salud: Resumen. 2009.
- 4)Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Seguridad del paciente. Programa higiene de manos. 2015.
- 5)Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Españoles EPINE Informe 2017.
- 6)Herrera M, Pérez P, Vázquez M, Santana V. Profesionales de salud ante la mejora de la higiene de las manos: estrategias clásicas versus estrategias avanzadas. *Rev Chil Infectol*. 2014;31(5):534-541.
- 7)Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los

formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. 2009.

8)De Vita V, Weisburd G, Beltramino D, Bussi E. Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud relacionados con el lavado de manos clínico en una unidad de cuidados intensivos. Rev Med. 2014;80(3):105-116.

9) AENOR Web oficial www.aenor.es

10)Magiorakos AP, Leens E, Drouvot D, May-Michelangeli L, Reichardt C, Gastmeier P, et al. Pathways to clean hands: Highlights of successful hand hygiene implementation strategies in Europe. Eurosurveillance 2010;15(18):1-5.

Capítulo 56

PLAN DE CUIDADOS: INTENTO AUTOLÍTICO EN MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

NAIARA CASTAN PESCADOR

1 Introducción

Actualmente y por desgracia, la violencia de género es un tema en auge declarado como prioridad internacional. Según la OMS se define como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”

Los datos son alarmantes, a nivel mundial en el año 2017 fueron asesinadas 87.000 mujeres, se calcula que el 33% ha sufrido violencia física o sexual. En nuestro país, el número de víctimas mortales en el año 2018 asciende a 50, siendo el total de mujeres que han sufrido alguna clase de violencia de género 31.286 en ese mismo año.

Estas situaciones, son un factor clave en detrimento de la salud. Las consecuencias no son sólo físicas, sino que también afectan a nivel psíquico y a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El suicidio y la depresión son ejemplos comunes de daño colateral, según Golding el 13% ha presentado ideación autolítica y un 23,7% ha realizado un intento de suicidio.

Se define al suicidio como el acto por el cual un individuo decide poner fin a su vida de forma intencional. Está considerado un grave problema de salud pública,

siendo la primera causa de muerte externa en España. Su prevención es una medida prioritaria para la OMS.

Según la bibliografía existe una relación directa entre las mujeres que han sido víctimas de violencia de género y la ideación o conducta suicida, así como el suicidio consumado. Como profesionales de la salud debemos tener en cuenta estas consecuencias y abordar de manera directa y normalizada este problema en las mujeres pertenecientes a este grupo tan vulnerable.

2 Objetivos

- Aplicar la metodología enfermera estandarizada NANDA/NIC/NOC ante un caso de una paciente víctima de violencia de género que realiza un intento autolítico (plan de cuidados).

3 Metodología

Con el fin de recopilar la evidencia científica más actualizada sobre el tema se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet, Cochrane y Cinhal.

A continuación, se aplicaron los principios de la metodología enfermera NANDA/NIC/NOC durante la estancia de la paciente en la unidad de hospitalización psiquiátrica (6).

4 Resultados

Presentación del caso, entrevista de valoración y plan de cuidados (metodología enfermera estandarizada NANDA/NIC/NOC):

Mujer de 45 años que es traída a urgencias del hospital en ambulancia junto con equipo de atención primaria, tras intoxicación medicamentosa con benzodiazepinas (20 comprimidos de lorazepam 5mg) en su domicilio. Tras realizarse lavado gástrico y estabilización de la paciente se procede a ingreso en unidad de hospitalización psiquiátrica.

Actualmente se encuentra en seguimiento en la red de salud mental en el equipo de atención a mujeres víctimas de violencia de género. Diagnosticada de depresión, múltiples episodios de ansiedad que han requerido atención especializada

en varias ocasiones. A tratamiento con Sertralina 1-0-0 y lorazepam 5 mg 1-0-1. No ingresos previos en la unidad de psiquiatría ni intentos autolíticos anteriores. Convive con sus dos hijos de 10 y 7 años. Reciente separación de su marido hace tres meses, aún se encuentra en trámites judiciales relacionados con los malos tratos recibidos por su parte. Falta de apoyos familiares y sociales.

No alergias medicamentosas conocidas ni intolerancias alimentarias. Fumadora de dos cajetillas diarias y bebedora ocasional de fines de semana, niega consumo de otras drogas. Presenta aspecto descuidado.

Refiere desesperanza, ánimo bajo, falta de autoestima y tendencia a la clinofilia, apenas sale de casa salvo para lo estrictamente necesario y la mayor parte del tiempo se encuentra encamada. Comenta que desde hace unas semanas han aumentado las ideas relacionadas con quitarse la vida.

Presenta insomnio de conciliación y despertar precoz, duerme menos de 5 horas diarias, no consigue un descanso reparador.

A continuación, se detalla en plan de cuidados llevado a cabo durante su ingreso en la unidad de hospitalización psiquiátrica:

Dominio 4: Actividad/Reposo

Insomnio 00095

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Factores relacionados: Ansiedad, depresión, temor y estrés.

Características definitorias: La persona informa de dificultad para conciliar el sueño.

NOC:

- 3 Descanso
- 303 Calidad del descanso

NIC:

- 1850 Fomentar el sueño
- 5880 Técnica de relajación
- 6482 Manejo ambiental confort

Dominio 6: Auto percepción

- Autoestima situacional baja 00120

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

Factores relacionados: Cambio del rol social.

Características definitorias: Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.

NOC:

- 01205 Autoestima
- 120501 Verbalización de autoaceptación.

NIC:

- 5400 Potenciación de la autoestima
- Desesperanza 00124

Definición: Estado subjetivo en el que un individuo no ve alternativas o elecciones personales disponibles o limitadas o nulas y es incapaz de movilizar energía por sí mismo.

Factores relacionados: Abandono.

Características definitorias: Pasividad, verbalización disminuida, falta de iniciativa y falta de participación en su cuidado.

NOC:

- 2002 Bienestar personal
- 1201 Esperanza

NIC

- 5270 Apoyo emocional
- 5330 Control del estado de ánimo
- 5310 Dar esperanza
- 5340 Presencia

Dominio 8: Sexualidad

Patrón sexual ineficaz 00065

Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Factores relacionados: Deterioro de las relaciones con la persona significativa.

Características definitorias: Informe de dificultades en las conductas y actividades sexuales.

NOC:

- 0119 Funcionamiento sexual

NIC

- 5248 Asesoramiento sexual

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Ansiedad 00146

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, Es una señal

de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Factores relacionados: Amenaza de muerte, al concepto de sí mismo, para el estado de salud, para el estado socioeconómico, de cambio de rol, al medio ambiente, cambio de los patrones de interacción.

Características definitorias: Expresiones de vergüenza o de culpa. Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales. Verbalización de los sentimientos negativos sobre sí mismo.

NOC:

- 01402 Control de la ansiedad
- 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad
- 140206 Utiliza estrategias de superación efectivas
- 1211 Nivel de ansiedad

NIC:

- 5270 Apoyo emocional
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 1460 Relajación muscular progresiva
- 5880 Técnica de relajación

Dominio 11: Seguridad/Protección

Riesgo de suicidio 00150

Definición: Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo: Expresión de deseos de morir, historia de intentos previos de suicidio y malos tratos

NOC:

- 1408 Autocontrol del impulso suicida
- 140804 Verbaliza ideas de suicidio
- 2813 Control del riesgo social: suicidio

NIC:

- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 6487 Manejo ambiental: Prevención de la violencia
- 6486 Manejo ambiental: seguridad
- 6650 Vigilancia

Dominio 12: Confort

Aislamiento social: (00053)

Definición: Soledad experimentada por un individuo y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o de amenaza.

Factores relacionados: Alteración del estado de bienestar.

Características definatorias: Ausencia de apoyo familiar y expresión sentimientos de soledad o de rechazo.

NOC:

- 1502 Habilidades de interacción social.
- 1604 Participación en actividades de ocio.

NIC

- 4340 Entrenamiento de la asertividad.
- 5100 Potenciación de la socialización.
- 4310 Terapia de actividad.

5 Discusión-Conclusión

Durante la entrevista, se recogieron los datos clave para realizar la valoración de enfermería, tras esto se propuso el plan de cuidados adecuando los diagnósticos al caso que nos ocupa y describiendo las intervenciones necesarias para conseguir los resultados esperados.

La utilización del lenguaje estandarizado NANDA/NIC/NOC facilita el trabajo en equipo, la comunicación y mejora la calidad de la atención a los usuarios.

La violencia de género y el intento de suicidio, problemas mayoritariamente en mujeres, exigen realizar adecuadamente entrevistas y seguimiento para su detección, tratamiento y prevención. Los profesionales de la salud debemos estar formados y actualizados en estos campos para poder realizar adecuadamente nuestro trabajo diario.

Existe poca bibliografía que unifique los dos problemas que se relatan en esta paciente aunque la relación entre ambos es indiscutible. Para futuras investigaciones, se propone conocer objetivamente con cifras la realidad del problema al que nos enfrentamos.

6 Bibliografía

1. World Health Organization. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneva; 2016
2. Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades [Internet] Madrid; 2017 [Acceso el 20 Noviembre 2019].

3. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence* 1999; 14: 99 -132.
4. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 [Acceso el 20 Noviembre 2019].
5. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid; 2012
6. NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

Capítulo 57

CASO CLÍNICO TIPOLOGÍA: PEDIATRÍA (12 MESES)

ANIA IRAZOQUI CEBERIO

1 Introducción

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- Sexo: femenino
- Edad: 12 meses
- Cuidador principal: Madre

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Lactante de 12 meses de edad que acude al centro para revisión de niño sano acompañada de sus padres.

No acudieron a la revisión de los 9 meses, por lo que no ha sido valorada desde los 6 meses.

Por protocolo del centro es valorada tanto por el pediatra como por la enfermera de pediatría.

ANTECEDENTES:

- Antecedentes médicos: np
- Situación del paciente: niña sana, diagnosticada de plagiocefalia posterior.

PATOLOGIAS, CONDICIONANTES Y RAMS:

- No RAMs conocidas.

MEDICACIÓN HABITUAL

- Vitamina D3: 6 gotas cada 24h v/o
- Paracetamol s/p: dosis 1.3ml c/6-8h v/o

2 Objetivos

Aplicar los conocimientos teóricos adquiridos en relación al proceso de atención de enfermería en la consulta de pediatría de atención primaria en relación a:

- Administración y toma de vitamina D.
- Técnica de vacunación intramuscular en pediatría.
- Recomendaciones en prevención y cuidado de plagiocefalia.

3 Caso clínico

VALORACIÓN NECESIDADES:

Promoción de la salud: Actualmente no tiene ningún tratamiento farmacológico crónico, únicamente le administran 6 gotas de vitamina D3 vía oral. Cumple calendario vacunación infantil 2015 de la CAV. Hábitos tóxicos en familia: padre en deshabituación tabáquica.

Nutrición: No presenta dificultad para deglutir o succionar. Los padres refieren que tiene buen apetito.

La alimentación es adecuada. Come en casa con los padres. Realizan cinco comidas al día. Come de todos los grupos de alimentos. Por las mañanas toma un biberón de 240cc. A media mañana come un trozo de pan o unas galletas. Come puré de verduras/legumbres + carne/pescado, pasta... Merienda puré de frutas y cena un biberón de 240cc con 5 cucharadas de cereales. Los padres refieren aversión a la cucharilla en las dos últimas semanas. No tiene intolerancias alimentarias. Normopeso. Presenta piel y mucosas hidratadas.

Eliminación-intercambio: Orina a chorro, abundante, de características normales, no presenta síntomas urinarios. No controla esfínteres. Realiza 1 dps cada 2 días, de características normales blandas de color marrón-amarillento.

Actividad-reposo: Duerme desde las 10 de la noche hasta las 9h de la mañana. No se levanta para comer durante la noche. Duerme una hora de siesta aproximadamente. Refieren que la calidad percibida del sueño es buena. La niña duerme sola en su habitación, aunque en ocasiones se despierta con pesadillas y acude a la cama de sus padres, por lo que acaba durmiendo con ellos. Patrón respiratorio: eupnea. El aspecto general es adecuado. Tiene una higiene tanto general como bucodental adecuada. Gatea.

Percepción-cognición: Ve y oye bien. Se asusta y llora con sonidos fuertes, obedece órdenes sencillas. Sigue con la mirada diferentes objetos. Test de Lang: no

colabora. Su lengua materna es el castellano. Dice palabras.

Autopercepción: N/v

Rol-relaciones: Acude a la consulta con su madre y padre. La madre consta como cuidadora principal en Osanaia aunque actualmente pasa más tiempo con el padre por motivos laborales (madre en activo, padre en paro). Ambos participan en la toma de decisiones. Primera y única hija. Convive con familia y residencia estable. La percepción de la relación familiar es buena. Hasta los 4 meses mantuvieron lactancia materna exclusiva, a los 4 meses comenzaron con lactancia mixta hasta los 9 meses. Actualmente la lactancia es artificial. No acude a guardería, comenzará en septiembre.

Sexualidad: N/v

Afrontamiento y tolerancia al estrés: N/v

Principios vitales: N/v

Seguridad y protección: Piel normal. Mucosas normales. Exploración bucodental normal. Actualmente no es fumador pasivo.

Confort: N/v

Crecimiento y desarrollo: Actualmente mantienen la profilaxis del raquitismo (vitamina D3). Tiene una fontanela normal normotensa, tamaño (una punta de dedo). Desarrollo psicomotor normal, lenguaje adecuado a la etapa de desarrollo.

DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

. Peso: 8.530kg

- Talla: 72cm

- PC: 43cm

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

00186-Disposición para mejorar el estado de inmunización m/p expresan deseos de mejorar la conducta para prevenir las enfermedades infecciosas.

00164-Disposición para mejorar el rol parenteral m/p Las necesidades del niño están satisfechas

NOC:

Conductas de vacunación (1900)

- Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas por el sistema de salud.

Conocimiento: cuidados de los hijos (1826)

- Conducta normal del niño.
- Crecimiento y desarrollo normal.
- Necesidades nutricionales.
- Prevención de lesiones.

Cuidados de los hijos: seguridad física del lactante y del preescolar (2900)

- Maneja adecuadamente al lactante/niño pequeño.
- Mantiene el ambiente sin humo.
- Mantiene el entorno para prevenir caídas peligrosas.
- Protege de la exposición solar.
- Utiliza la silla para el coche adecuadamente.
- Come con la cuchara.

Desarrollo infantil: 12 meses (0103)

- Imita vocalizaciones.
- Participa en juegos sociales.
- Se apoya en el mobiliario para caminar.

NIC:

Manejo de la inmunización/vacunación (6530)

- Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y lista de efectos secundarios (p.ej: hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, haemophilus influenzae, poliomielitis, sarampión, paperas, rubeola y varicela) (SP)
- Informar al paciente acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño. (SP)
- Seguir los consejos del servicio de salud de la comunidad autónoma para la administración de inmunizaciones. (SP)
- Administrar inyección a los bebés en la parte anterolateral del muslo, si precisa. (SP)

Análisis de la situación sanitaria (6520)

- Medir el perímetro craneal (C)
- Medir el peso, e IMC si procede (PAPS) (C)
- Medir talla (C)
- Medir la agudeza auditiva (SP)

Educación paterna: crianza familiar de los niños (5566)

- Aconsejar medidas para la fotoprotección (SP)
- Aconsejar uso de flúor (en función del riesgo de caries y la fluoración del agua bebida) (C)

- Enseñar la importancia de una dieta equilibrada (C)
- Enseñar las características fisiológicas, emocionales y de conducta (C)
- Informar sobre medidas de seguridad y prevención de accidentes (PAPS) (C)
- Revisar el tema de la exposición al humo de tabaco con los padres (C)
- Revisar el tema de la higiene dental con los padres (C)
- Revisar el tema del aseo personal con los padres (C)
- Revisar las necesidades nutricionales específicas (C)
- Aconsejar medidas para el manejo del sueño (C)
- Enseñar las características fisiológicas, emocionales y de conducta (C)
- Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuados para el niño (PAPS) (C)

EVOLUTIVO:

Consulta programa: Antes de comenzar la consulta se revisa HC. Se trata de una niña de 1 año de edad. Actualmente cumple con el calendario de vacunación. No acude a consulta de enfermería desde agosto del 2015. La última revisión que se le realizó fue la de los 6 meses. Por confusión en citación no se le realizó la de los 9 meses. Tuvo un catarro de vías altas en septiembre del 2015 y está diagnosticada de plagiocefalia posterior.

La niña entra en la consulta caminando de la mano de su madre, el padre entra detrás con la silleta. En primer lugar realizo las presentaciones y seguidamente se les consulta cómo les ha ido los últimos 6 meses.

Pido a los padres que vayan desvistiendo a la niña y comienzo la valoración por dominios. Mientras valoramos la somatometría (peso, talla y PC) hablamos de la alimentación, la eliminación y el sueño. Se realizan preguntas abiertas en relación a los diferentes dominios (p.ej: que come “la niña” en vez de que tal come esta niña, y les pido que me cuenten que comió durante el día de ayer). A lo largo de la valoración se aclaran las dudas que presentan los padres (se trata especialmente el tema de la alimentación, reforzando las actuaciones realizadas hasta el momento, paso de la lactancia materna a la artificial, introducción de la alimentación complementaria, paso de purés a otras texturas, comer en familia sin distracciones, alimentación equilibrada...). Se valora la cabeza (plagiocefalia posterior marcada) y fontanela, y hablamos de la suspensión a partir de ahora de la profilaxis del raquitismo (vitamina D3). A lo largo de la consulta aprovecho para valorar el desarrollo psicomotor de la niña. Se observa que camina con apoyo, que imita vocalizaciones, dice “mama” y “papa”, le dejamos un subrayador y cuando se le cae lo busca y lo coge, dice adiós con la mano, señala con el dedo índice, prefiere estar de pie en vez de sentada...

Se valoran resto de los dominios mediante entrevista. Así conocemos que el padre dejó de fumar (la niña ya no es fumadora pasiva), comenzará en guardería en septiembre de este año, pasa la mayor parte del día con el padre ya que la madre está trabajando.

Se realiza prevención de accidentes (atragantamiento con juguetes, moviliario, armarios y productos de limpieza, mangos de cazuelas y sartenes, enchufes, silla de coche...) y educación en cuanto a higiene dental (que comience a utilizar el cepillo de dientes, cepillo adaptado, con agua en vez de pasta de dientes, sirviendo ellos como ejemplo, intentando realizar la higiene tras cada comida pero especialmente a la noche, dar agua del grifo de Vitoria (fluorada)).

Mientras pasa la pediatra a valorar a la niña voy aclarando las dudas de los padres nuevamente relacionadas con la alimentación y también con las vacunas. Explico las vacunas que se le van a poner hoy y la vacuna del meningococo B. Entrego material por escrito para que lo lean y valoren en casa si quieren comenzar con la vacunación. Explico efectos secundarios que pueden tener las vacunas que se le ponen hoy (enrojecimiento, calor, dolor en la zona de inyección, y malestar, somnolencia y fiebre) y medidas para aliviarlas (p.e: hielo local envuelto en un paño, nunca en contacto directo), así como dosis recomendada de paracetamol (1.3ml c/6-8h) si temperatura $>38^{\circ}\text{C}$.

Una vez que la pediatra termina su valoración, pido que vayan vistiendo a la niña dejando las EEII y uno de los brazos libres.

Se hace resumen de la consulta (continuar igual, puede comer de todo excepto frutos secos, aceitunas, chucerias..., importante comenzar con la higiene dental. Se le administran las 3 vacunas correspondientes.

Colocamos a la niña en una silla encima del regazo de su padre, pidiendo a este que sujete primero los brazos de la niña, ponemos la vacuna TV s/c en ESI, luego ponemos la vacuna del Meningococo C en EII mediante la técnica de administración de inyección i/m de la OMS y más tarde la vacuna del Neumococo en EID. Se les facilita nueva cita para la revisión de los 15 meses con enfermería.

4 Resultados

Administración y toma de vitamina D:

Se recomienda la vitamina D profiláctica ya que gracias a ella prevenimos enfermedades como la osteomalacia y el raquitismo. Según la IOM (Institute Of

Medicine 2011) la dosis recomendada de vitamina D para menores de un año es de 400UI/día, para edades comprendidas entre 1-70 años 600UI/día y para mayores de 70 años 800UI/día. La exposición solar y una dieta equilibrada nos proporcionan niveles adecuados de esta vitamina a la mayor parte de la población.

Tanto la Asociación Americana de Pediatría como la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria recomiendan el aporte de 400UI/día de vitamina D. En los niños que no se pueda asegurar la obtención de esta vitamina a través de la ingesta y de la exposición solar, se debe valorar la administración de suplementos (6 gotas de vitamina D3 al día).

El contenido de vitamina D de la leche materna es muy bajo. Las formulas artificiales de lactancia contienen aproximadamente 400UI/l de vitamina D, por lo que también los niños alimentados con fórmula, necesitaran suplemento (Vitamina D3 Kern Pharma solución oleosa®. VitaminaD3: 2000UI/ml 400UI=6 gotas/día) hasta que sean capaces de tomar aproximadamente 1litro de leche al día .

A partir del año suspendemos la administración de vitamina D3, debido a que el niño ya es capaz de tomar un la cantidad precisa de leche en formula al día, aportando las 400UI/día requeridas. Si no tomaría un litro de leche fortificada al día su pediatra tendría que valorar la continuidad de la suplementación hasta los 2 años de vida.

En el caso de esta niña el aporte e leche no llega al litro (500ml aproximadamente), en principio habría que valorar si continuar con la vitD, aunque la pediatra comenta que con la cantidad de leche que toma y la exposición solar sería suficiente.

Técnica de vacunación intramuscular en pediatría.

Existen varias técnicas aceptadas para la administración intramuscular de vacunas. Algunas bibliografías destacan principalmente las siguientes:

- Técnica del aplanado: consiste en aplanar la piel y el tejido subcutáneo en el sitio de inyección mediante un movimiento de separación entre pulgar e índice al tiempo que se presiona sobre la masa muscular. Es la técnica recomendada por la OMS.

- Técnica del pellizco: consiste en coger el músculo entre los dedos pulgar e índice de la mano libre. Es la técnica utilizada en EEUU y en Australia. Otras bibliografías hacen una distinción en la técnica del pellizco:

Propuesta por EEUU: inserción de la aguja en el cuadrante superolateral del muslo con ángulo de 45° respecto al eje longitudinal y hacia atrás con un ángulo

de 45°. Con los dedos se pellizca la masa muscular para aumentar su volumen. Propuesta por las autoridades Australianas: la aguja se inserta en la unión del tercio superior del vasto lateral con un ángulo de 45-60° respecto a la piel y apuntando hacia la rodilla.

Se concluye que la técnica propuesta por la OMS era menos reactogénica tanto local (menos hematomas), como general (menos irritabilidad). Por lo tanto esta técnica es la que mejor cumple los requerimientos de una técnica de inyección óptima: garantiza la administración intramuscular, provoca menos efectos adversos y es más fácil de administrar.

Para la técnica del aplanado la OMS recomienda la introducción de la aguja en un ángulo de 90° (aguja de 23G-cono azul-). Tras comprobar (aspiración) que no nos encontramos en un vaso se procede a inyectar la vacuna. La inyección rápida parece ser menos dolorosa que la inyección lenta. Para la administración subcutánea se utiliza la técnica del pellizco intentando separar la piel y el tejido subcutáneo del músculo subyacente. La aguja se introduce en con un grado de 45°. Por lo tanto tendría que poner las vacunas modificando la técnica (realizar técnica recomendada por la OMS, que es también la que recomienda Osakidetza en los cursos sobre vacunación que dirige a los profesionales). La localización y la técnica s/c empleadas hasta el momento son correctas según indica la bibliografía.

En cuanto a la desinfección la bibliografía consultada recalca la limpieza adecuada de la piel en el lugar de punción, habitualmente con suero fisiológico. El uso de antiséptico para la limpieza de la piel se ha ido abandonando. En caso de utilizar alcohol isopropílico (70°) deberá dejarse secar la piel antes de administrar la vacuna.

Según el comité asesor de vacunas de la AEP el uso de soluciones antisépticas como el alcohol se ha desaconsejado por el riesgo potencial de inactivación (para vacunas de virus vivos atenuados). Actualmente se acepta que no es necesario utilizar un antiséptico si la piel está visiblemente limpia. En estos casos es suficiente utilizar suero fisiológico.

En caso de utilizar alcohol se recomienda alcohol isopropílico de 70°C y seguir la práctica de dejar secar el alcohol antes de inyectar la vacuna. De todos modos estamos hablando de un riesgo potencial y consideramos que no debe tomar ninguna medida respecto de los pacientes ya vacunados.

ALIVIO DEL DOLOR Y DEL ESTRÉS AL VACUNAR:

- Recomendación 1: se recomienda amamantar a los lactantes durante las vacunaciones como mejor método analgésico y de consuelo (recomendación fuerte a favor).
- Recomendación 2: si no es posible el amamantamiento, en niños de hasta 18 meses de edad se recomienda la administración oral de una solución dulce de agua con sacarosa, previa a la inyección de vacunas (recomendación fuerte a favor).
- Recomendación 3: el uso de anestésicos tópicos, como cremas tipo EMLA®, con la antelación suficiente, se recomienda a cualquier edad pediátrica para la prevención del dolor asociado a la vacunación (recomendación fuerte a favor).
- Recomendación 4: elegir la marca de vacuna menos dolorosa, cuando sea posible (recomendación fuerte a favor).
- Recomendación 5: evitar la posición supina (recomendación fuerte a favor).
- Recomendación 6: aplicar las vacunas intramusculares utilizando una técnica de administración rápida y sin aspiración (recomendación fuerte a favor).
- Recomendación 7: cuando se administran varias vacunas secuencialmente, aplicar la más dolorosa en último lugar (recomendación débil a favor).
- Recomendación 8: asegurar que la inyección intramuscular se pone en el plano adecuado. Esto no supone más o menos dolor en el momento de la inyección, pero sí puede mejorar la experiencia sensorial posterior (recomendación por consenso de los autores).
- Recomendación 9: administrar las vacunas a lactantes de forma simultánea y no secuencial, si hay disponibilidad de profesionales (recomendación débil a favor).
- Recomendación 10: frotar la vacuna entre las manos antes de la administración (recomendación por consenso de los autores).
- Recomendación 11: elegir la zona de punción que garantice la administración por la vía indicada, según la edad y características del niño (recomendación débil a favor).
- Recomendación 12: elegir una aguja suficientemente larga que permita llegar al músculo, dependiendo de zona de administración, edad y características del niño (recomendación débil a favor).
- Recomendación 13: en niños de 2 a 19 años utilizar técnicas de distracción, como leer una historia u oír música (recomendación fuerte a favor). En adolescentes de 14 años, utilizar música sin auriculares (recomendación débil a favor).
- Recomendación 14: en niños de cuatro años o mayores, frotar o acariciar la piel cerca del lugar de inyección, con intensidad moderada, antes y durante la administración (recomendación débil a favor).

Recomendaciones en prevención y cuidado de plagiocefalia.

Tras contrastar la hoja de recomendaciones que Osakidetza da (y en su día se dio a esta familia) para la prevención de la deformidad craneal postural (Anexo1) con el artículo de la unidad de Neurocirugía del Hospital 12 de Octubre, las recomendaciones de ambas son acordes incluso las de Osakidetza resultan más visuales y sencillas para la comprensión de la familia.

El tratamiento de la plagiocefalia posicional en una serie de medidas escalonadas:

- Rehabilitación (indicaciones de hoja informativa)
- Ortesis craneal (casco)
- Reconstrucción quirúrgica (procedimiento a seguir en último lugar).

La ortesis craneal ha sido cuestionada por varios autores pero parece ser útil en algunos casos.

Parece que la respuesta a este tipo de tratamiento se da a partir de los 4 meses hasta un límite de 1 meses, más allá de los cuales el cráneo deja de ser susceptible a moldeamientos externos (por lo tanto en nuestro caso la ortesis no estaría recomendada, aunque quizás si hubiera acudido a la revisión de los 9 meses, sería una buena recomendación).

Existe concordancia en reservar la ortesis craneal en niños de diagnóstico tardío o cuando los cambios posturales no han resultado eficaces, o existe una deformidad craneal igual o mayor a 1 cm a los 6 meses. No se encuentran evidencias relacionadas con el cojín mimos en las bases de dato consultadas.

5 Discusión-Conclusión

La valoración integral tanto del menor como de su familia, facilita la comprensión y seguimiento de los casos en pediatría. Las búsquedas bibliográficas en relación a las dudas que surgen a diario en consulta en relación a los diferentes casos ayudan en la respuesta que se da a las dudas expuestas así como a basarnos en la mejor evidencia en nuestra práctica clínica.

Preguntas para la reflexión. Tipo de dinámica familiar:

En mi opinión nos encontraríamos frente a una dinámica familiar democrática. Ambos padres acuden a la consulta (durante todas las revisiones realizadas hasta el momento). Ambos toman las decisiones de manera consensuada (p.e: fecha

próxima cita, vacunación...). Los padres ejercen control sobre la niña (ambos conocen su día a día, gustos...) pero a su vez parecen flexibles, ponen normas (p.e. no dejan que la niña coja los objetos de la pared (otoscopio...) pero la consuelan cuando precisa (tras las vacunas).

6 Bibliografía

Vitamina D. Evidencias y controversias. Infac. Osakidetza. Vol 20 nº2 2012
C. Alonso Diaz; N. Ureta Velasco; C. Rosa Pallás Alonso. Vitamina D profiláctica. PrevInfad (AEPap). Agosto 2009.

J. de la Flor i Bru; J.M^a. Casanovas i Gordó. Manual de bolsillo. Vacunas para enfermería pediátrica de atención primaria. Fecha de publicación 2009. Página 11.

J. Diez Domingo. La técnica vacunal propuesta por la OMS es la que provoca menos efectos adversos. Gestión Clínica y Sanitaria Volumen 7 número 4 invierno del 2005.

Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP. Comité Asesor de Vacunas de la AEP.2012

N. García Sánchez; M. Merino Moína; C. García Vera; I. Lacarta García; L. Carbonell Muñoz; B. Pina Marqués; F. J. Álvarez García; J. Arístegui Fernández. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia.

Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. 19/11/2015

J.Esparza; J. Hinojosa; M^aJ. Muñoz; A.Romance; I.Gracia-Recuero y A.Muñoz. Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo para un Sistema Público de Salud. Neurocirugía 2007, 18:457-467 (20/01/2007)

JL. Peña Segura; J. Sierra Sirvent; A. Cáceres Encinas; J.Cantero Antón; A. García Oguiza; R. Pérez Delgado; I. García Jiménez; J. López Pisón. Protocolo de actuación ante las deformidades craneales en las consultas de pediatría de atención primaria, neuropediatría y neurocirugía [Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2008; 38: 80-85]

Otros artículos/libros consultados:

- A. Alonso Álvarez; V. Martínez Suárez; J.Dalmau Serra. Profilaxis con vitamina D. Acta Pediatr Esp. 2011; 69(3):121-127

- Guía de Vacunas Para enfermería. Escuelas de Ciencias de la Salud de la Organización Colegial de enfermería. 2009.

- Manual de Vacunas en Pediatría. CAV (comité Asesor de Vacunas). 2008 4º edición 2008(1996 1º edic) Pagina 2020.

- H.Pretousis-Harris. Vaccine injection technique and reactogenicity-Evidence for practice. 2008 Elsevier.
- I.F. Cook; J.Murtagh. Optimal technique for intramuscular injection of infants and toddlers: a randomised trial. MJA 2005;183:60-63.
- JC. Buñuel Álvarez. Eficacia del tratamiento con ortesis craneal para la corrección de la plagiocefalia postural. Evid Pediatr. 2006; 2: 36

Capítulo 58

TUBERCULOSIS. FORMA CORRECTA DE REALIZAR TÉCNICA SOKAL

MARIA MORA ORTEGA

1 Introducción

La tuberculosis es quizá la enfermedad infecciosa que más ha atraído a investigadores a lo largo de la historia de la Humanidad por su contagiosidad.

Charles Mantoux era un médico francés que puso a punto un test para el diagnóstico de los contactos tuberculosos, que a día de hoy aún se utiliza.

El diagnóstico de infección tuberculosa se basa en el resultado de dicha prueba, la cual pone de manifiesto un estado de hipersensibilidad del organismo frente a las proteínas del bacilo tuberculoso, que se adquiere después de una infección producida por *M. tuberculosis*.

2 Objetivos

- Describir el proceso que debe realizar el personal de enfermería para la técnica Sokal y su correcta lectura e interpretación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Usando como palabras clave: mantoux, tuberculosis, sokal, cribado.

4 Resultados

- Para la técnica se utiliza 2 unidades de PPD RT 23, introduciendo 0.1 ml de tuberculina intradérmica (no subcutánea), en la cara anterior del antebrazo.

La inyección producirá una elevación de la piel con un habón de 6 a 10 mm de diámetro. Es importante informar al paciente para que no se frote, rasque o coloque tiritas o esparadrapo en la zona de inyección para no alterar la posterior lectura del resultado.

Para realizar la lectura del Mantoux se esperarán entre 48-72 horas desde la inoculación, midiendo la induración (no el eritema) de manera transversal con una regla transparente milimetrada ya que el resultado se informará en milímetros.

La interpretación del resultado va a depender del tamaño de la induración, de los factores de riesgo epidemiológico y del propio individuo.

Interpretación:

> 5 mm, la pt es positiva: Pacientes VIH positivo; contactos próximos de personas con TB pulmonar o laríngea; evidencia radiológica de TB antigua curada, en pacientes que no fueron tratados con pautas de reconocida eficacia; personas sometidas a tratamientos inmunosupresores.

> 10 mm, la pt es positiva: Personas con factores de riesgo para TB diferentes de VIH positivo; historia de consumo de drogas o ADVP seronegativos para el VIH; personas que viven en residencias de ancianos, hospitales, prisiones o centros de deshabitación de toxicómanos; personal sanitario; niños.

> 15 mm, la pt es positiva: personas de bajo riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Tanto la correcta realización de la técnica como la interpretación de los resultados de la técnica de Sokal por parte del personal sanitario es necesaria para poder

realizar un buen diagnóstico de la tuberculosis y con ello un rápido tratamiento con la reducción de costes que eso conlleva.

6 Bibliografía

- <https://medes.com/>
- <http://scielo.isciii.es>
- <https://www.fisterra.com>
- <https://femora.sergas.gal/>
- <https://medes.com/>
- <https://www.nursingcenter.com/tuberculosis>

Capítulo 59

PREVENCIÓN DE LA HIPOGLUCEMIA EN EL PACIENTE DIABÉTICO

CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La hipoglucemia constituye la complicación aguda más frecuente y además es la más temida por pacientes y familiares, llegando en algunos casos a ser para ellos más preocupante que las complicaciones crónicas. Se define como una disminución de glucosa en sangre, normalmente cifras menores de 50 mg/dl, siendo más frecuente en personas diabéticas.

Clínicamente, las hipoglucemias se caracterizan por síntomas adrenérgicos: sensación de hambre, nerviosismo, taquicardia, temblor, sudoración fría. Y síntomas neuroglucopénicos: cefalea, mareo, confusión, somnolencia, agresividad...

2 Objetivos

- Determinar actuación ante hipoglucemias.
- Recomendaciones para la prevención de hipoglucemias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Actuación ante una hipoglucemia:

- Si leve: tomar 20 gr de glucosa en forma de zumo, leche o bebidas azucaradas y repetir la determinación a los 15-20 minutos si no han cedido los síntomas.
- Si grave: Avisar al servicio de urgencias, e inyectar glucagón lo más rápido posible.

Ante la duda entre glucosa en sangre alta o baja es siempre preferible actuar como si se tratase de una bajada.

Prevención de hipoglucemias.

El mejor tratamiento es la prevención, para lo cual es necesario promover una adecuada educación diabetológica, ya que ayuda a reconocer de forma precoz las hipoglucemias. Intentar mantener un buen control metabólico sin presentar hipoglucemias, o al menos reducir su aparición al mínimo.

5 Discusión-Conclusión

Averiguar la causa de la hipoglucemia ayuda a prevenirla.

6 Bibliografía

- <http://www.fundaciondiabetes.org>
- <https://www.diabetesbienestarysalud.com>
- Nutridiabetes.com
- Bases de datos Pubmed y EMBASE

Capítulo 60

CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA DE ALIMENTACIÓN EN EL DOMICILIO

CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La sonda nasogástrica de alimentación está indicada en pacientes con tracto gastrointestinal funcionante pero que no pueden tomar por vía oral los aportes necesarios para cubrir sus requerimientos nutricionales.

Existen tres maneras de administrar la nutrición: gravedad, bomba o jeringa, siendo esta última la más habitual en domicilio.

2 Objetivos

- Determinar el proceso de alimentación por sonda nasogástrica a pacientes portadores de la misma.
- Identificar las complicaciones más frecuentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y

Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, además mas de revisión de protocolos del Servicio de Nutrición de Hospitales Asturianos.

4 Resultados

El proceso de alimentación en un paciente con sonda nasogástrica por parte del profesional de enfermería son:

- Identificar al paciente determinando la dosis correcta.
- Colocar al paciente sentado en silla o semiincorporado en cama a 30 40 grados de inclinación, para evitar el reflujo.
- Lavado de manos.
- Administrar la alimentación a temperatura ambiente.
- Tener preparada una jeringa para alimentación por sonda y agua mineral para lavarla antes y despues de cada comida.
- Regular la velocidad con la que pasa la alimentación, debemos emplear de 15 a 20 minutos, lentamente.
- Realizar diariamente el cambio de esparadrapo de fijación para asegurarnos que no se forman úlceras por decúbito, así como la limpieza exterior de la sonda.
- Aplicar productos humectantes en los labios y puntos de la nariz en contacto con la sonda nasogástrica.
- Limpiar diariamente las fosas nasales.

Las complicaciones más frecuentes de la sonda nasogástrica son obstrucción, náuseas, vómitos y diarrea.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario el conocimiento de la técnica correcta, así como disponer del material adecuado.

6 Bibliografía

Revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Medline, Pubmed.

Capítulo 61

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO

LORENA LÓPEZ LÓPEZ

LIDIA RIERA FERNÁNDEZ

SARA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los trastornos mentales se están convirtiendo en un problema de salud cada vez más grave y en aumento en nuestra sociedad, lo que representa un alto coste económico y social, directo e indirecto para el enfermo, la familia y la sociedad en general. Se estima que la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida está entre el 0,7 y el 1,5%.

En los estudios realizados en España, se estima una incidencia de 0,8 casos por diez mil habitantes por año, dato consistente con los estudios internacionales (OMS) para los países de Europa.

La prevalencia estimada es de 3 por 1000 habitantes por año para los hombres y 2,86 por mil para las mujeres. La edad media de comienzo de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. Y la incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres.

Su impacto en el gasto sanitario y social es muy elevado: los costes de la esquizofrenia representan el 1,9% del presupuesto sanitario total del conjunto de

los países europeos y el 2,5% del correspondiente a EEUU. Los costes totales estimados para el estado español (precios de 2002) son de 1.970 millones de euros, de los que el 53,0% corresponden a gasto sanitario directo.

La esquizofrenia es el trastorno mental más grave e incapacitante en todo el mundo, afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo y representa el 40-50% de las hospitalizaciones psiquiátricas.

Según la OMS, las personas con dicha patología tienen entre 2 y 2,5 veces más de probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se atribuye en un 60% a causa de enfermedades somáticas (cardiovasculares, metabólicas, infecciosas, etc.), un 28% por suicidio y un 12% a accidentes. (Bonet, 2016)

La esquizofrenia no es un trastorno o, si se quiere, una enfermedad mental como las demás. Implicando y comprometiendo las estructuras elementales de todo aquello que asociamos con aspectos nucleares de nuestra cultura como la individualidad, la privacidad, la identidad o la agencia, la esquizofrenia no es, como se sabe, un proceso que se padece de forma puntual, sino una condición que impregna la totalidad de la existencia y confiere a su portador un perfil psicológico constante y muy definido (Colodrón, 2002); no se tiene esquizofrenia, se es esquizofrénico.

El tratamiento de la esquizofrenia debe apuntar sobre todo a tres objetivos:

- Actuar sobre los síntomas para limitar el sufrimiento de los pacientes, su posible peligrosidad (riesgo de suicidio frecuente, riesgo de heteroagresividad no desdenable) y una evolución regresiva.
- Mejorar la calidad de vida del paciente, permitiéndole la mejor inserción social y profesional posible.
- No perjudicar al paciente por los efectos indeseables de los medicamentos que se le prescriben.

Es necesario un abordaje multidimensional de los pacientes que sufren esquizofrenia: el tratamiento farmacológico se asociará con psicoterapia individual o grupal, con técnicas de rehabilitación, con toma a cargo institucional o familiar y con intervenciones sociales. Es decir, el tratamiento será bio-psico-social, cuya premisa es la toma a cargo del paciente; necesariamente, la continuidad de cuidados es un objetivo primordial ya.

Por otro lado, los objetivos generales de la psicoterapia, y de las intervenciones psicosociales en general son minimizar la vulnerabilidad y el estrés y maximizar

las capacidades de adaptación y el funcionamiento, al tiempo que se favorecen los apoyos sociales. Los aspectos que se han de tener en cuenta en todas las modalidades terapéuticas son:

- La relación con el paciente.
- El papel activo por parte del terapeuta.
- La necesidad de poner unos límites claros en el encuadre como forma de evitar la interrupción prematura del tratamiento y el descontrol de impulsos.
- La actitud flexible por parte del terapeuta.
- La capacidad del terapeuta para crear una atmósfera de calidez y empatía, así como para manejar sus propios sentimientos.

2 Objetivos

- Determinar en qué consiste la esquizofrenia, su sintomatología y clasificación.
- Analizar el tratamiento farmacológico y las diferentes intervenciones psicosociales aplicables. En ello, se englobaría el importante y olvidado apoyo familiar y la integración social.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La esquizofrenia es definida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (Diagnostic and Statistical Manual) DSM-IV, donde se refiere a la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de fase activa (por ejemplo dos (o más) de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos).

El inicio de la esquizofrenia se produce de manera característica durante la adolescencia –e incluso en la infancia- o al inicio de la edad adulta. Afecta de forma

similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres lo es a finales de la tercera década y comienzos de la cuarta.

La mayor parte de los pacientes alternan los episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Esta enfermedad que habitualmente es de tipo crónico, puede caracterizarse por tres fases (fase aguda, fase de estabilización y fase estable) que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas.

Primer episodio. La aparición del primer episodio puede ser brusca o insidiosa, pero la mayor parte de sujetos presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por el desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas (retraimiento social, pérdida de intereses en la escuela o el trabajo, deterioro de la higiene y cuidado personal, enfado e irritabilidad) tras los cuales puede aparecer un síntoma característico de la fase activa que define el trastorno como esquizofrenia. También puede darse un periodo prodrómico antes de presentar una recidiva. Este periodo puede durar entre varios días y unas semanas y en ocasiones puede persistir durante varios meses.

- Fase aguda. Durante esta fase los pacientes presentan síntomas psicóticos graves, como delirios y/o alucinaciones, y un pensamiento gravemente desorganizado; y generalmente, no son capaces de cuidar de sí mismos de forma apropiada. Con frecuencia, los síntomas negativos pasan a ser más intensos.

- Fase de estabilización. Durante esta fase se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos. La duración de la fase puede ser de 6 meses o más después del inicio de un episodio agudo.

- Fase estable. Los síntomas son relativamente estables y, en el caso de que los haya, casi siempre son menos graves que en la fase aguda. Los pacientes pueden estar asintomáticos; otros pueden presentar síntomas no psicóticos, como tensión, ansiedad, depresión o insomnio. La mayor parte de los estudios longitudinales de la esquizofrenia sugieren que su curso es variable: en algunos pacientes no se presentan nuevos episodios, en la mayoría se producen exacerbaciones y remisiones, y en una pequeña parte persiste un estado psicótico grave de forma crónica. La remisión completa (es decir, el restablecimiento de la función previa a la aparición del trastorno) no es frecuente en esta enfermedad.

En la actualidad la Esquizofrenia se clasifica en diferentes subtipos en función de los distintos síntomas y cursos de evolución. Los esquemas de clasificación más ampliamente utilizados son el DSM-IV-TR y la CIE-10.

- Paranoide Paranoide.
- Hebefrénica Desorganizada.
- Catatónica Catatónica.
- Indiferenciada Indiferenciada.
- Simple Residual.
- Residual.

Con respecto al tratamiento farmacológico rigurosos estudios recientes han comparado los antipsicóticos clásicos o antipsicóticos de primera generación (APG) con los antipsicóticos atípicos o antipsicóticos de segunda generación (ASG):

- Estudio CULASS: no encuentra diferencias entre los APG y los ASG respecto a la calidad de vida de los pacientes, síntomas o necesidad de cuidados al año de tratamiento.
- Estudio CATIE: encuentra pocas diferencias de eficacia entre los APG y los ASG; además se constató que todos los antipsicóticos ensayados se asociaron a una elevada tasa de interrupción del tratamiento por iniciativa propia. Esto resalta la importancia del contexto en que se aplica el tratamiento, especialmente la buena relación médico-paciente y las medidas no farmacológicas que intentan favorecer la adhesión al tratamiento.
- Estudio de Stefan Leucht: llega a parecidas conclusiones. Su objetivo era comparar, en pacientes con esquizofrenia, los dos neurolépticos clásicos patrón (haloperidol y clorpromazina) y 13 antipsicóticos de segunda generación, con el fin de obtener una jerarquía basada en la evidencia de la eficacia comparada, riesgo de abandono del tratamiento y principales efectos adversos de estos medicamentos: entre los distintos fármacos existen diferencias pequeñas de eficacia, siendo los más eficaces, y por este orden, clozapina, amisulprida, olanzapina y risperidona.

Las diferencias son más notables en términos de tolerabilidad, tanto en términos cuantitativos, como cualitativos (perfil de efectos adversos específico de cada fármaco). En conclusión, puede afirmarse que los antipsicóticos, clásicos y atípicos, difieren fundamentalmente en su perfil de efectos adversos y que se observan pequeñas, aunque sólidas, diferencias en su eficacia.

Se cuestiona la clasificación de los antipsicóticos en Primera y Segunda generación. Es la valoración beneficio/riesgo (selección de antipsicóticos centrada en el perfil específico de efectos adversos de cada fármaco, su eficacia, adecuación y su coste) lo que debe ayudar a los clínicos para seleccionar un antipsicótico que satisfaga las necesidades del paciente individual. (Dirección de servicios sanitarios. Comisión de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Servicio de salud del Principado de Asturias. , 2015)

En cuanto a las intervenciones psicosociales se integran en un continuum asistencial lo que dificulta la delimitación entre ellas. A efectos de favorecer su exposición, se han dividido las intervenciones psicosociales en los siguientes apartados:

1. Terapia cognitivo-conductual
2. Psicoterapia de apoyo
3. Psicoterapia psicodinámica
4. Psicoeducación
5. Intervenciones familiares
6. Rehabilitación cognitiva
7. Entrenamiento en habilidades sociales
8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria
9. Actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia, etc.)
10. Apoyo a la inserción laboral
11. Recursos de vivienda

Los tratamientos psicoterapéuticos tienen en común el hecho de estar basados en diversas técnicas específicas de naturaleza psicológica, reconocidas por la comunidad científica y profesional.

La psicoterapia ha de estar basada en primer lugar en las necesidades y preferencias del paciente, pero no es posible pasar por alto la importancia de respetar su sistema de valores en la elección de objetivos y metas a conseguir. Una psicoterapia óptima utiliza estrategias diversas y facilita la consolidación de una relación interpersonal continua, de comprensión y empática entre el paciente y el psicoterapeuta.

Los tratamientos grupales se pueden incluir a lo largo del proceso de atención al paciente requiriéndose diferente modalidad de intervención según la fase de la enfermedad y el grado de discapacidad y de estabilidad clínica. La evidencia científica a favor de la eficacia de la terapia de grupo en la esquizofrenia no es robusta. Algunos estudios bien controlados con pacientes estables indican que

hay una modesta evidencia científica en cuanto a la efectividad de la terapia de grupo en la mejoría de la adaptación social y la capacidad de afrontar.

Para los pacientes hospitalizados en la fase aguda, no existe evidencia científica a favor de la psicoterapia de grupo orientada al insight y sí que existe cierta evidencia científica de que puede ser perjudicial. Sin embargo, los grupos de autoayuda pueden ser útiles para apoyar a los pacientes a afrontar sus síntomas, practicar con los demás en un ambiente controlado, y desarrollar una alianza terapéutica con el equipo de tratamiento (nivel de evidencia científica IV).

5 Discusión-Conclusión

Como se puede comprobar, resulta difícil recomendar un tratamiento concreto a nivel general para tratar la esquizofrenia.

Más bien se sabe que para cada tipo de síntomas y problemas del paciente, ciertos tratamientos funcionan mejor que otros. También puede verse que los síntomas negativos son a menudo los más resistentes y que pocos tratamientos consiguen abordarlos de forma eficaz.

Parece ser que, por el momento, el único tratamiento que aborda directamente los mismos es la Rehabilitación Cognitiva (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009) si bien hemos visto que otros como el EHS (Lyman et al., 2014), el Entrenamiento en Cognición Social (Roberts et al. (2014) o la IPT (Roder et al., 2011) también consiguen mejoras significativas. Como comentamos al hablar de la IPT de Roder et al. (1996), creemos que lo más eficaz puede ser seleccionar los componentes que mejor funcionan de cada tratamiento y aplicarlos de forma combinada en función de cada caso concreto. Por otra parte, en el DSM-5 (APA, 2014), se ha podido comprobar que han desaparecido los antiguos tipos de esquizofrenia a favor de un modelo más dimensional. Creo esto es debido a que, en cierto modo, no existen dos esquizofrénicos iguales.

Es cierto que existen patrones de evolución de la enfermedad, como se ha visto en la publicación. Sin embargo, factores como la combinación de síntomas que cada persona presenta, el comienzo del trastorno, su evolución a lo largo de la vida o si lleva o no varios años tomando medicación conlleva a que finalmente nos encontremos pacientes muy diferentes entre sí. Además, el consumo prolongado de antipsicóticos produce efectos secundarios.

Todo lo que he comentado acaba llevando a la misma conclusión: cada paciente es

único y por tanto el tratamiento también debe serlo y adaptarse a cada persona específica. Creo que el objetivo del tratamiento no debe ser simplemente que desaparezca la sintomatología y que el paciente deje de dar “problemas”.

El objetivo debería ser que el paciente pueda ser funcional, que pueda valerse por sí mismo en su día a día. Es decir, que pueda llevar una vida lo más normal posible. Para finalizar, se puede decir que la esquizofrenia es un trastorno complejo, del que existen muchas teorías explicativas y alternativas de tratamiento, pero del que aún nos faltan aspectos por conocer.

No obstante, los esfuerzos en la investigación van dando sus frutos y cada día que pasa el paciente está más cerca de poder recuperarse a un mayor nivel tanto funcional como de crecimiento personal.

6 Bibliografía

- Bonet, L. V. (2016). Plan de cuidados de enfermería al paciente con esquizofrenia.
- Cao, M. L. (2006). Creación artística y enfermedad mental. Madrid.
- Díaz, F. R. (2015). Estructuras administrativas y derechos de los pacientes. .
- Dirección de servicios sanitarios. Comisión de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Servicio de salud del Principado de Asturias. . (2015).
- Guía con recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia en el adulto.
- Huertas, E. J. (2010). El síndrome de Kraepelin- Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia.
- Moyano, F. A. (2009). Paciente con esquizofrenia: Proceso de enfermería.
- Moyano, F. A. (2014). Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería.
- Servicio murciano de salud. Julio Cesar Martín García-Sancho. (2009). Guía práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. .
- Órgano Oficial de la Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Chile. Revista Chilena de Neuro –Psiquiatría. 2014. Vol 52.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009.
- J. de la Gándara Manejo actual de las psicosis. Ventajas de los Antipsicóticos Atípicos respecto a los Antipsicóticos clásicos. Salud Rural. Vol XIX. N.º 13. sep 2002.

Capítulo 62

VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE EN EL PERSONAL SANITARIO

HECTOR FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

El personal sanitario se encuentra incluido cada año entre los grupos de riesgo con indicación para vacunarse frente a la gripe. No obstante, las coberturas vacunales entre el personal sanitario en nuestro país son muy bajas no superando el 25%. Convencidos de que una de las mejores herramientas para aumentar estas coberturas entre los profesionales de nuestro país son las evidencias científicas, 19 Sociedades Científicas y Asociaciones

Profesionales que agrupan a los profesionales sanitarios más directamente relacionados con la gripe como problema de salud, así como el Consejo General de Enfermería, se han reunido para debatir y elaborar este documento de consenso con el objetivo de concienciar al personal sanitario sobre la conveniencia de su vacunación frente a la gripe y de los beneficios que de ella se derivan para sí mismos, para sus pacientes y para el resto de la población.

Esta recomendación está basada en 3 pilares básicos: argumento de necesidad, de ética y de ejemplaridad.

2 Objetivos

- Revisar la justificación de la vacunación de los profesionales sanitarios.
- Evaluar la morbilidad y susceptibilidad a la vacuna en sanitarios y población general según su edad.

El personal sanitario es un pilar fundamental a la hora de aportar información a los pacientes y de realizar recomendaciones en salud que se hace más evidente cuando aparecen mensajes confusos entre la población. La propia opinión, y el ejemplo del personal sanitario, sobre la vacunación pueden resultar fundamentales en el aumento o descenso de las coberturas vacunales de la población general

El objetivo principal sería concienciar al personal sanitario sobre la conveniencia de su vacunación frente a la gripe y de los beneficios que de ella se derivan para sí mismos, para sus pacientes y para el resto de la población.

3 Metodología

Empleado una metodología basada en la revisión bibliográfica de bases de datos como Pumbed y Scielo. Así como la revisión de publicaciones de asociaciones como la OMS o AMSE. Descartando todas las publicaciones bibliográficas referentes al Dengue que no estuvieran basadas en ningún dato o estudio científico.

De todas las referencias analizadas solo hemos optado por las más útiles y contrastadas para el cumplimiento de los objetivos citadas en la bibliografía posterior.

4 Resultados

- La justificación de la vacunación en sanitario.

Existen numerosas evidencias científicas que hacen incuestionable la recomendación de vacunación frente a la gripe en el personal sanitario. Las más importantes se resumen y agrupan a continuación en tres argumentos fundamentales: el argumento de necesidad (la autoprotección en un colectivo más expuesto), el argumento de ética (la conciencia de posible fuente transmisora para pacientes en los que la gripe puede expresarse con mayor gravedad y ser causa de muerte con mayor frecuencia) y el argumento de ejemplaridad (el convencimiento científico de su utilidad y seguridad por el sanitario aporta confianza a la población general y grupos de riesgo lo que redundará en mejores coberturas vacunales).

Numerosos estudios de encuestas a sanitarios coinciden en señalar la autoprotección como el principal motivo para vacunarse, incluso muy por delante de la protección del paciente. Ciertamente, el personal sanitario está más expuesto que cualquier otro colectivo al virus circulante por lo que el riesgo de sufrir la

enfermedad, y sus complicaciones, es mayor con tasas de ataque que pueden alcanzar un 59%. Este riesgo es mayor en los trabajadores con factores de riesgo como enfermedades crónicas, obesidad o embarazo. Además este hecho se asocia a absentismo laboral que, dado el carácter estacional y epidémico de la gripe, puede llegar a comprometer gravemente la asistencia clínica en los centros sanitarios por falta de personal que obliga al cierre de unidades completas en uno de los momentos en que más necesarios son o a su sustitución por personal no suficientemente capacitado.

Entre el personal sanitario, los médicos parecen tener mayores tasas de infección y, dentro de éstos, los que trabajan en los servicios de urgencias.

- La morbilidad y susceptibilidad de la gripe en sanitarios y población general:

El curso clínico de la gripe se manifiesta de diferente forma en cada grupo de pacientes, siendo los más vulnerables los hospitalizados, ancianos, inmunodeprimidos, pacientes críticos y los niños, en los cuales la gripe puede ser más prolongada, grave y mortal. Por lo tanto, la transmisión nosocomial de la gripe puede acarrear mayor morbi-mortalidad en unidades como geriatría, oncología, hematología, trasplante, cuidados intensivos, pediatría, urgencias o primaria, entre otras. Además este tipo de pacientes son los que más tiempo pasan en los centros sanitarios. Por otro lado, distintas revisiones sistemáticas han puesto en evidencia que la eficacia y efectividad vacunal en algunos de estos pacientes (como ancianos e inmunodeprimidos) es menor que en la población general, mientras que otros no pueden ni siquiera ser vacunados (lactantes menores de 6 meses o los que presentan contraindicaciones), lo que le da mayor valor a la inmunidad de grupo.

No obstante, en un estudio no se pudo demostrar inmunidad de grupo con la vacunación exclusiva del personal sanitario, lo que se sugiere que cada sanitario adicional vacunado protege una porción adicional de pacientes y que para lograr este efecto se debe vacunar a todas las personas del entorno del paciente (familiares, cuidadores, sanitarios, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Según la OMS (salud en el mundo 2006) el personal sanitario es “todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades”. Esta definición puede variar

dependiendo del contexto de que se trate. Las recomendaciones que se realizan en este documento van dirigidas a personal médico, enfermeros, auxiliares de enfermería, cuidadores, celadores y el resto de personal que esté en contacto con pacientes de cualquier centro donde se brinde asistencia sanitaria, transporte o residencia a personas incluidas en los grupos de riesgo como ancianos o enfermos crónicos, entre otros.

Actualmente la gripe es la enfermedad inmunoprevenible más habitual en los países desarrollados. El virus infecta cada año a una media del 10-15% de la población de cualquier edad. Solo en EE.UU. la gripe provoca anualmente más de 31 millones de consultas médicas, genera más de 200.000 ingresos hospitalarios y deja más de 25.000 muertos. Si la unimos a la neumonía, juntas constituyen la séptima causa de mortalidad en ese país -por encima de las provocadas por el VIH- y se encuentran entre las diez primeras causas de mortalidad para cada década de la vida. En Europa, el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ha estimado que la mortalidad anual atribuible a la gripe varía entre 5400 en los años más benignos y 79.200 en los peores, con una media de 38.500.

Se estima que el 30-50% de los casos de gripe pueden ser asintomáticos por lo que muchos sanitarios siguen trabajando sin saber que pueden estar transmitiendo la gripe a los pacientes y compañeros próximos. Incluso aquellos sintomáticos que no acuden a trabajar pueden ser fuente de infección pues el virus se comienza a eliminar 24 horas antes de aparecer las manifestaciones clínicas. Esta transmisión desde el personal sanitario puede ser origen de importantes brotes de gripe relacionada con la asistencia sanitaria con tasas de ataque de hasta un 54,8% y letalidad de hasta un 25%.

Las Sociedades Científicas y Asociaciones Profesionales recomiendan encarecidamente, en base a las evidencias científicas disponibles, la vacunación frente a la gripe entre el personal sanitario pues de ella se derivan importantes beneficios para sí mismos, para sus pacientes y para el resto de la población.

6 Bibliografía

1. Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to Adult Immunization. The American Journal of Medicine. 2008;121(7, Supplement 2):S28-S35.
2. Ridda I, Lindley IR, Gao Z, McIntyre P, MacIntyre CR. Differences in attitudes,

beliefs and knowledge of hospital health care workers and community doctors to vaccination of older people. *Vaccine*. 2008;26(44):5633-40.

Consenso sobre la vacunación frente a la gripe en el personal sanitario Documento final

Página 16

3. Picazo JJ, González Romo F, Salleras i Sanmartí L, Bayas JM, Álvarez Pasquín MJ. Situación de la vacunación en adultos en España. Gripe y Neumococo. *Vacunas*. 2012;In press.

4. Stewart AM. Mandatory vaccination of health care workers. *N Engl J Med*. 2009 Nov

19;361(21):2015-7.

5. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000 Jan 8;355(9198):93-7.

6. Potter J, Stott DJ, Roberts MA, Elder AG, O'Donnell B, Knight PV, et al. Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients. *J Infect Dis*. 1997

Jan;175(1):1-6.

7. Clark NM, Lynch JP, 3rd. Influenza: epidemiology, clinical features, therapy, and prevention. *Semin*

Respir Crit Care Med. 2011 Aug;32(4):373-92.

8. Molinari NA, Ortega-Sanchez IR, Messonnier ML, Thompson WW, Wortley PM, Weintraub E, et al.

The annual impact of seasonal influenza in the US: measuring disease burden and costs. *Vaccine*. 2007 Jun

28;25(27):5086-96.

9. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Bridges CB, Cox NJ, et al. Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA*. 2004 Sep 15;292(11):1333-40.

10. Thompson WW, Weintraub E, Dhankhar P, Cheng PY, Brammer L, Meltzer MI, et al. Estimates of US influenza-associated deaths made using four different methods. *Influenza Other Respi Viruses*. 2009

Jan;3(1):37-49.

Capítulo 63

MASAJE Y RECIEN NACIDO

SOFIA GARCIA RODRIGUEZ

MARIA NISIDA LÓPEZ IGLESIAS

LAURA ESPINA FERNÁNDEZ

PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO

LAURA GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

El masaje infantil es una técnica muy antigua y una tradición para muchas culturas, se han registrado referencias de masajes en los niños desde hace más de 3000 años.

Hoy está en pleno redescubrimiento, cualquier persona capacitada puede ponerlo en práctica y sabemos que genera múltiples beneficios.

La piel es el mayor y más poderoso sistema de comunicación del que dispone el bebé; a través del tacto se transmiten infinidad de mensajes en forma de estímulos externos, los beneficios son innumerables tanto para el bebé como para quien da el masaje. Lo ideal es que este sea dado por los progenitores ya que uno de sus objetivos es fortalecer los vínculos familiares, por lo que las personas más indicadas para realizar el masaje son aquellas con quienes el bebé va a crear un lazo afectivo.

Su práctica en instituciones hospitalarias es una realidad y algunas investigaciones mencionan la práctica del masaje infantil como una técnica que puede ser

llevada a cabo por otras personas , los beneficios se producen tanto en el área emocional como física.

El tacto es el primer sentido que desarrollamos, nos permite conectarnos en la vida desde la etapa intrauterina hasta la vejez. Es una de las formas más avanzadas de comunicación y una de las más poderosas, se realiza en la piel, que es el órgano más grande del cuerpo y el con mayor superficie expuesta, por lo que, a través del masaje se puede realizar un estímulo importante a través de ella.

Los recién nacidos pretérmino, también se benefician del masaje infantil. Dicho masaje, es aplicado a través en el contacto físico terapéutico, con movimientos ordenados y preestablecidos cuya finalidad es que el paciente recicle su energía, favorezca su proceso de mielinización y de desarrollo en todas las áreas. Este método se lleva a cabo por medio de una estimulación táctil que se realiza en todo el cuerpo del niño y que requiere la repetición de caricias en todas las extremidades y tronco del niño y también en la cara. Se requiere hacer contacto visual con el niño y saber reconocer las señales de alerta que realiza, para poder detener el masaje en caso necesario. El niño puede estar desnudo, esto es más beneficioso para él., pero se puede realizar el masaje con ropa. Se puede utilizar aceite neutro , para poder deslizar mejor las manos y así lograr una mejor estimulación. El masaje se puede realizar a los niños desde su nacimiento y durante toda su infancia, tanto en niños a término, como pretérmino con o sin patologías asociadas.

El propósito del presente trabajo es revisar diferentes estudios de investigación que tengan como objetivo el estudio de los efectos que tiene el masaje en los recién nacidos pretermino y a termino

2 Objetivos

- Conocer la evidencia científica disponible acerca de los beneficios del masaje infantil.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión se han seleccionado artículos publicados en revistas indexadas en las bases de datos como Pubmed, Medline, Cochrane data base y Cinhal. Los criterios de inclusión fueron los artículos de investigación cuyo objeto de estudio fuese analizar los conocimientos acerca de los beneficios

del masaje infantil en recién nacidos a término y pretérmino. Se han aceptado los artículos más relevantes publicados sobre este tema.

4 Resultados

Los beneficios atribuidos al masaje son múltiples, dentro de los que se encuentran una mejor ganancia de peso, uno de los beneficios más presentes en la literatura científica en torno al masaje, ya que se puede ver que los prematuros que recibieron masaje de sus padres comparados con los que no recibieron, presentaron una ganancia de peso significativamente más rápida y mayor, además de un establecimiento de la alimentación materna más rápida.

Existen estudios que reflejan un aumento de peso de 5 g por día en aquellos recién nacidos que recibían masaje infantil a diario, se atribuye esta ganancia de peso a la mejora del tono vagal, aumentando a su vez la motilidad gástrica y disminuyendo la taquigastria, mejorando así la digestión y asimilación de los alimentos. Todo esto influirá en una ganancia de peso mayor.

También se registran períodos de alerta más amplios, menor reacción de estrés frente a estímulos dolorosos, disminución de forma evidente del cortisol y un aumento de las serotoninas. Se registran mejoras en los patrones de sueño y descanso, mejoras en el desarrollo neurológico, desarrollo cognitivo y motor. Además los recién nacidos pretérmino presentan menos días de hospitalización, gracias a la estimulación del desarrollo que promueve el masaje, y esto a su vez conlleva la disminución del gasto sanitario. También existe un establecimiento del vínculo madre-hijo muy estrecho, vínculo a través del cual la madre o los padres aprenden a conocer mejor a su hijo desde el nacimiento y mejoran la respuesta a sus necesidades.

Por ello, el masaje infantil ofrece grandes beneficios al recién nacido y debería ser practicado con mayor frecuencia

5 Discusión-Conclusión

Todo profesional de la salud es responsable de contar con un alto grado de conocimiento sobre las nuevas estrategias que se estudian para mejorar la calidad de vida de las personas y poder brindar una orientación y atención adecuada y oportuna; como profesionales de la salud que estamos en mayor contacto con las

personas, tenemos la oportunidad de aprender y difundir ésta técnica y promover un mejor desarrollo de los niños y prevenir posibles daños en ellos.

Para realizar una revisión más concluyente sobre los efectos del masaje, se requiere la realización de estudios que nos permitan comparar en una sola revisión sólo un tipo de efecto, con el incremento de peso, las características del desarrollo o solamente la disminución de las hormonas del estrés.

El masaje nos permite realizar nuestra práctica clínica, con resultados de gran impacto para los niños y sus familias, en las unidades de hospitalización de neonatología.

Los profesionales de enfermería constituyen un pilar fundamental con los padres-madres y sus recién nacidos ya que ayudan a enseñar técnicas actualizadas en beneficio de sus pacientes; en este caso el masaje infantil como proceso de mejora de recién nacidos prematuros o de bajo peso. Es un campo que aún ha sido poco investigado.

El masaje infantil llevado a cabo por los progenitores de los recién nacidos permite obtener resultados más inmediatos y permite que los padres se sientan más seguros en el cuidado de sus bebés.

6 Bibliografía

1. Leboyer F. Shantala: un arte tradicional de dar masaje a los niños. Barcelona: Editorial Edicial. 1994.
2. Burns N, Grove S. Revisión de la Bibliografía. En: Investigación en Enfermería, Madrid: Editorial Elsevier, 2004: 117-145.
3. Márquez Doren F, Poupin Bertoni L, Lucchini Raies C. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. *Index Enferm.* 2007; 16(57)
4. McLure Schneider, V. (2002). Masaje Infantil. Guía práctica para el padre y la madre. Barcelona: Médici.
5. De León Rodríguez N, Oymann Y. Masaje Infantil: experiencia en las clases de postparto. *Ene Enf.* 2013; 7(2)
6. Leyva San Miguel P,J, Urbina Olaya R.M. Efectividad del masaje terapéutico para favorecer el neurodesarrollo del recién nacido prematuro. 2017. Tesis- Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud.

Capítulo 64

INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE

PATRICIA ORDAS VAZQUEZ

TANIA GARCÍA GARCÍA

MARTA FERNANDEZ PELLITERO

YAIZA PEREZ GUTIERREZ

1 Introducción

La leche materna cubre todas las necesidades del bebé durante los primeros meses de vida. Se trata de un alimento ecológico, ya que no necesita fabricarse ni envasarse. Además de cubrir las necesidades nutricionales del niño también aporta factores bioactivos necesarios en su desarrollo y que benefician a su sistema inmune, gastrointestinal y afianza lazos emocionales entre madre e hijo. También aporta beneficios a la madre, como disminución en la incidencia de varios tipos de cáncer y factores económicos. Por ello, desde la OMS concluyen que la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida del bebé aporta múltiples beneficios tanto al niño como a la madre.

Sin embargo, en la generación pasada la lactancia materna pasó a un segundo plano marcando un cambio importante en la alimentación de los más pequeños. Las farmacéuticas se centraron en conseguir fórmulas adaptadas incluso a recién

nacidos y la introducción de otros líquidos azucarados, gran avance y disponibilidad en biberones y tetinas. Todo ello, influyó en dar facilidades a las nuevas madres para incorporarse al mundo laboral tempranamente. En los últimos años la promoción de la leche materna (LM) ha vuelto a despuntar, volviendo a obtener buenas cifras de niños alimentados exclusiva y complementariamente de este modo.

Comparada con la leche de vaca, la LM es más completa en cuanto a componentes que necesita el bebé y como se dijo anteriormente juega un papel importante en la inmunidad del niño (sobretudo enfermedades diarreicas). La leche de vaca (LV) excede los niveles recomendados de proteínas, fósforo, cloruro, sodio y potasio, produciendo una sobrecarga de solutos que puede ser perjudicial y no aporta ningún beneficio a la inmunidad. En cuanto al hierro, es cierto que se encuentra en mayor cantidad en la LV, aunque, en la LM aunque en menor concentración cabe destacar la biodisponibilidad de este mineral que es muy superior, facilitando su absorción. También está demostrado y contrastado que la proteína de la LV modificada en fórmula o sin modificar aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo I. En conclusión, la leche humana es difícil de imitar de forma artificial, y aunque las tecnologías están muy avanzadas en estos campos es imposible lograr que la interacción y efecto sobre el organismo sea igual a la LM.

A partir de los 6 meses de vida, el bebé sano debe iniciar la alimentación complementaria con otros grupos de alimentos pero la lactancia se puede prolongar durante el tiempo que la madre y el niño lo deseen. Es esta etapa el bebé adquiere sus hábitos alimenticios que se reflejarán en su vida adulta. Es una fase complicada para los progenitores, en la que surgen dudas y conflictos acerca la creencia de lo que es mejor para la alimentación del bebé. Los padres deben informarse bien, directamente en su centro de salud con su pediatra y enfermero/a., también apoyándose en libros actualizados y escritos por profesionales en la materia. Como profesionales sanitarios es nuestro deber estar informados y actualizados en la materia si desempeñamos nuestro trabajo con esta parte de la población. Además de asesorar también debemos saber manejar distintas situaciones que se pueden presentar, ya que en ocasiones no estamos tratando bebés sanos; ya que pueden presentarse diversas situaciones, tanto patologías (diabetes mellitus I, celiaquía...) como bebés prematuros, bebés con alimentación por fórmula... o creencias/ preferencias de los progenitores, y precisamente es cuando debemos reforzar, asesorar y seguir con más asiduidad los casos.

Tras revisar literatura disponible sobre el tema, se irán numerando las posibles situaciones que se pueden presentar y las más comunes que pueden causar dudas, estrés y malestar en progenitores respecto a la alimentación y hábitos de sus hijos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Revisar las recomendaciones actuales , realizando una comparativa entre la literatura contrastada y con evidencia científica disponible.

Objetivo secundario :

- Consultar las últimas actualizaciones y renovar conocimientos sobre el tema con el fin de asesorar bien a las familias que acuden a consulta buscando consejo, asesoramiento, ayuda y apoyo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de artículos científicos en castellano o con traducción disponible en Google Scholar y Scielo. Para la realización de este trabajo de revisión bibliográfica se han seleccionado 15 artículos, siendo 5 de ellos los principales. Se han buscado artículos recientes, con 5 años de antigüedad como máximo excepto literatura considerada como clásica en el tema que se trata. Los artículos anteriores a 2014 se han actualizado periódicamente desde su publicación y siguen siendo representativos.

Los programas informáticos empleados para la elaboración de esta memoria fueron el procesador de textos WORD© (Microsoft) y el gestor de bibliografía Mendeley©

(Elsevier) integrado en la anterior aplicación.

Criterios de inclusión/ exclusión:

- Antigüedad o actualizados.
- Idioma, castellano o traducción.
- Publicado en base de datos científica.

4 Resultados

Las recomendaciones actualizadas en la alimentación del lactante son:

- Respecto al inicio de la alimentación:

Los bebés muestran comportamientos y adquieren destrezas que nos indican que están preparados para comenzar con la alimentación (AC). No todos los niños maduran con la misma rapidez, pero se estima que estos cambios ocurren alrededor del sexto mes. Los siguientes comportamientos son buenos indicativos para comenzar a introducir alimentos.

Comportamientos: interés por la comida, mantenerse en sedestación, capacidad de coger comida y llevarla a la boca, desaparición de reflejo de extrusión.

En caso de no disponer de LM antes del sexto mes, el bebé debe alimentarse exclusivamente de fórmula de iniciación. No deben ingerir ningún tipo de alimento que no sea leche ya que su sistema inmune y digestivo no está preparado para asimilarlo y pueden presentarse otras complicaciones graves a corto y largo plazo. La literatura sostiene que comenzar del cuarto al sexto mes con la AC, no demuestra ningún beneficio, pero sí un aumento de las infecciones tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Además de las nombradas anteriormente, las deficiencias nutricionales tempranas a largo plazo, se relacionan con bajo rendimiento académico y en su futura actividad laboral, capacidad reproductiva y estado de salud, tanto en la adolescencia y vida adulta. En bebés alimentados con fórmula, las opiniones son variopintas aunque siempre desaconsejado antes del cuarto mes.

- Respecto al inicio precoz y tardío:

En caso de no disponer de LM antes del sexto mes, el bebé debe alimentarse exclusivamente de fórmula de iniciación. No deben ingerir ningún tipo de alimento que no sea leche ya que su sistema inmune y digestivo no está preparado para asimilarlo y pueden presentarse otras complicaciones graves a corto y largo plazo. La literatura sostiene que comenzar del cuarto al sexto mes con la AC, no demuestra ningún beneficio, pero sí un aumento de las infecciones tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

Además de las nombradas anteriormente, las deficiencias nutricionales tempranas a largo plazo, se relacionan con bajo rendimiento académico y en su futura actividad laboral, capacidad reproductiva y estado de salud, tanto en la adolescencia y vida adulta. En bebés alimentados con fórmula, las opiniones son variopintas aunque siempre desaconsejado antes del cuarto mes.

En bebés prematuros sucede algo similar, se considera que se deben ver signos positivos por parte del bebé y más si convive con enfermedad crónica. En estos ca-

Los sanitarios a cargo deben implicarse y seguir los casos muy estrechamente pudiendo resolver todas las dudas de los progenitores y viendo la evolución de los bebés.

Por el lado contrario, se desaconseja demorar el inicio de la AP por encima de las 26 semanas de edad, ya que esto también puede aumentar el riesgo de problemas nutricionales.

Las complicaciones más comunes son el déficit de hierro y zinc, que tienen un papel importante en procesos fisiológicos del cuerpo del niño.

- Respecto a la introducción de los alimentos:

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) destaca la LM en conjunto con la AC como las medidas preventivas con más impacto en la vida, crecimiento y desarrollo del niño.

Se trata de un proceso dinámico, no se dan instrucciones cerradas sobre la introducción de la dieta complementaria al niño. Puede variar por distintos motivos como factores culturales, región y disponibilidad de alimentos (escasez, abundancia, alimentos de temporada, autóctonos...).

Normalmente, se aconseja introducir alimentos ricos en minerales como hierro, zinc y fósforo primero, ya que estos minerales bajan acusadamente desde el nacimiento del niño en la leche de la madre y son los déficits más comunes. Existen varios estudios actualizados como herramienta y guía para la introducción de alimentos, se han consultado distintas fuentes como el Consenso Mexicano de Ablactación, estudios de investigación del año 2013 (Pierce et al. y Olaya et al) y 2014 (Resultados Tang) y que en su nueva actualización recomienda la introducción de carnes, verduras, frutas y cereales adicionados con hierro a partir de los seis-siete meses por los motivos nombrados anteriormente, obteniendo mejores resultados de hemoglobina y crecimiento aunque escasa diferencia en cuanto a niveles de hierro sérico.

Leguminosas a los siete u ocho meses, derivados de leche (queso, yogurt, y otros) entre ocho y doce meses, huevo y pescado a partir de los ocho y doce meses y la incorporación de frutas cítricas y leche de origen animal a partir del año de edad.

- Respecto a alérgenos: hay distintas opiniones y posturas en cuanto al tema, existen autores que defienden que la introducción precoz y en pequeñas cantidades de ciertos alimentos disminuye el riesgo de padecer alergias e intolerancias, independientemente de su atopía. Sin embargo en otros estudios no se demostraron dichos efectos preventivos.

Los resultados no son concluyentes, pero la introducción de éstos debe realizarse siguiendo las pautas generales para aumentar la seguridad del niño. Un alérgeno que todos conocemos y en los últimos años ha llamado la atención de la sociedad es el Gluten, presente en el trigo. A día de hoy hay varios estudios en proceso para llegar a la pauta más adecuada. La recomendación actual en introducirlo entre los 6 y 11 meses en cantidades muy pequeñas.

- Respecto a la sal y azúcar: el niño necesita un aporte mínimo de sal en la comida, la OMS recomienda un aporte menor a 5g/ 24h y es aplicable en niños mayores de dos años y adultos. (10) En bebés no se recomienda añadir sal, sus riñones son inmaduros y la leche y fórmulas ya aportan toda la sal que necesita el bebé.

- Hasta los 12 meses: menos de 1 g de sal al día (menos de 0,4 g de sodio).

- 1 a 3 años: 2 g/día (0,8 g de sodio).

- Respecto a la ingesta de proteínas:

Las proteínas se encuentran principalmente en el tejido muscular y en el hueso (en forma de colágeno). El recambio de proteínas es un proceso muy rápido, se estima que cada 90 días se renuevan la mitad de las proteínas del cuerpo en el adulto. El RN realiza este proceso el doble de rápido (6,9 g/kg peso/día), es decir, la mitad de las proteínas corporales cada 45 días ya que está en fase de crecimiento. La necesidad proteica se define como la ingesta mínima que permite mantener el equilibrio nitrogenado con una composición corporal adecuada en un estado de equilibrio energético y actividad física moderada.

No se conoce con exactitud la cantidad de proteína que necesita el lactante y el bebé. Existen estudios, aunque es una base de datos muy limitada. Uno de ellos realizado por la

FAO/OMS/UNU de 1985 que se basa en el cálculo de las necesidades proteicas, aunque posteriormente se concluyó que no es exacto.

- Respecto a la ingesta de grasas: las grasas son la principal fuente de energía en los más pequeños, a partir de los 6 meses las necesidades descienden tomando más protagonismo los hidratos de carbono como fuente de energía.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna aporta beneficios tanto a la madre como al bebé. Hasta el sexto mes de vida el aporte energético de la leche materna aporta todos los

nutrientes que necesita para el correcto crecimiento y funcionamiento de su organismo.

Estudios longitudinales sostienen que ésta es la etapa con mayor riesgo de estancamiento del desarrollo y crecimiento, enfermedades comunes y déficits de micronutrientes. Las prácticas inadecuadas de lactancia y alimentación complementaria, en conjunto con la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas, constituyen la primera causa de desnutrición en los primeros años de la vida. Además, ahora se conoce que el déficit o exceso en el consumo de energía y algunos nutrimentos pueden participar en la programación metabólica temprana, con consecuencias a largo plazo, incluso sobre la aparición de enfermedades crónicas del adulto.

Al sexto mes se debe introducir la alimentación complementaria. No todos están preparados al mismo tiempo. Muestran signos que nos indican que están preparados para ese cambio en su alimentación. La lactancia materna no debe interrumpirse, dar a demanda el pecho durante el tiempo que la madre y el bebé estén por la labor. El personal sanitario que trabaja con estos pacientes debe estar entrenado y actualizado para ofrecerles el mejor asesoramiento y apoyo en esta etapa del crecimiento de su bebé:

De 6 a 12 meses:

- Las primeras papillas deben ser muy fluidas y no contener mezcla de muchos ingredientes.
- Durante el primer mes es suficiente 1 papilla al día.
- Se pueden preparar en forma de batidos de frutas y purés muy ligeros.
- Utilizar frutas maduras, preferentemente manzana, pera y plátano cocidos en compota y después triturados.
- Se pueden ir incorporando ingredientes con intervalos de 3 – 4 días para valorar alergias. Tras 4 – 5 semanas podremos preparar una pequeña menestra / batidos de varias frutas.
- No añadir sal ni azúcar a los preparados.
- Introducir carne (primero pollo) en porciones muy pequeñas, en los purés. Después pavo, ternera, conejo... Con el pescado se procederá igual, comenzar con merluza o pescados blancos.
- Introducir lácteos en pequeñas cantidades a partir de la edad recomendada, comenzar con yogurt natural sin azúcar.
- Llegando a los 8 meses comenzar a triturar menos los alimentos, iniciar texturas. Machacar con el tenedor en vez de batir las verduras, dar la compota sin triturar.

- Se puede probar la tolerancia al huevo a partir de los 8 meses. Dar primero la yema bien cuajada en sopas ó purés. Si no hay incidencias introducir la clara también cuajada.
- Procurar no ofrecer el mismo día carne, huevos o pescado. Cada día uno de ellos. Y en la toma de la comida.
- Dar tomas de pecho a demanda.

A partir del año:

- Todos los días deben comer cereales, fruta, verdura y algún tipo de proteína.
- La dieta se va pareciendo más a la normal del adulto.
- Evitar azúcar y sal. Evitar bebidas azucaradas, con gas. Tampoco es recomendable ofrecer procesados ni bollería industrial.
- Hacer 4 comidas al día como mínimo.
- Seguir ofreciendo el pecho a demanda o cuando la madre esté disponible.

6 Bibliografía

1. Giannotti MC, Terrone P. Modalidad de lactancia de 0 a 6 meses según la edad, nivel socioeconómico-educativo y situación laboral de la madre. Sociedad Argentina de Pediatría. Congreso Argentino de Pediatría 33º . 1 al 4 de octubre, Mar del Plata, Argentina. Sociedad Argentina de Pediatría. Libro de Resúmenes p. 272.
2. Organización Mundial de la Salud. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. A54/INF:DOC:/ 2001.
3. Gerstein HC. La exposición a la leche de vaca y diabetes mellitus tipo 1. Cuidado de diabetes 1993; 17:13-19.
4. Bosi E, Sarugeti E. Advances and controversies in etiopathogenesis of type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. J Pediatr Endocrinol Metab 1998; 11(Suppl 2):293-305
5. Pearce J, Langley-Evans SC. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. Int J Obes (Lond). 2013;37:477–85.
6. Olaya G, Lawson M, Fewtrell M. Efficacy and safety of new complementary feeding guidelines with an emphasis on red meat consumption: A randomized trial in Bogota, Colombia. Am J Clin Nut. 2013;98:983–93.
7. Tang M, Sheng XY, Krebs NF, Hambidge KM. Meat as complementary food for breastfed infants and toddlers: A randomized, controlled trial in rural China.

Food

Nutr Bull. 2014;35:188–92.

8. Taylor RW, Williams SM, Fangupo LJ, Wheeler BJ, Taylor BJ, Daniels L, et al. Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr.* 2017 Sep 1;171(9):838-46.

9. Morison BJ, Taylor RW, Haszard JJ, Schramm CJ, Williams Erickson L, et al. How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open.* 2016 May 6;6(5):e010665.

10. Lakshman R, Clifton EA, Ong KK. Baby-Led Weaning—Safe and Effective but Not Preventive of Obesity. *JAMA Pediatr.* 2017;171(9):832-3.

11. Dogan E, Yilmaz G, Caylan N, Turgut M, Gokcay G, Oguz MM. Baby-led complementary feeding: a randomized controlled study. *Pediatr Int.* 2018 [en prensa].

12. Szajewska H, Shamir R, Mearin L, Ribes-Koninckx C, Catassi C, Domellöf M, et al. Gluten Introduction and the Risk of Coeliac Disease: A Position Paper by the

European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016 Mar;62(3):507-13

13. Gudiel-Urbano M, Goñi I. Oligosacáridos de la leche humana. Papel en la salud y en el desarrollo del lactante. *Arch Latinoamer Nutr* 2001; 51(4):332-39.

14. Fidler Mis N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton ND, et al.

Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on

Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017 Dec;65(6):681-96.

15. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, Van Horn LV, Feig DI, Anderson CAM, et al. Added sugars and cardiovascular disease risk in children: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2017 May 9;135(19):e1017-e1034.

16. Rolland CM, Deheeger M, Akrouf M, Bellisle F. Influence of macronutrients on adiposity development: A follow up study of nutrition and growth from 10 mesesto

8 years of age. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1995;19:573-8.

17. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Energy and Protein Requirements. WHO Tech. Rept. Ser. N.º 724. Genève;1985.

18. A. Gil Hernández, R. Uauy Dagach, J. Dalmau Serrac y Comité de Nutrición de la

AEP. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y niños de corta edad. Asociación Española de Pediatría. *Pediatr (Barc)*. 2006;65(5):481-95

Capítulo 65

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL

SHEILA GUERRERO LEÓN

DAVID FERNANDEZ JIMENEZ

1 Introducción

Las técnicas de depuración extrarrenal son terapias sustitutivas renales en pacientes con enfermedad renal cuya situación es crítica o en pacientes con fracaso renal agudo. Se iniciarán cuando el funcionamiento renal propio esté entre el 5-15% y antes de la aparición de complicaciones severas como: malnutrición, alteraciones cognitivas o neurológicas, polineuropatía, pericarditis, entre otras. Estas técnicas son la hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal.

La Diálisis Peritoneal (DP) es una técnica de depuración extrarrenal, en la que a través de la membrana peritoneal, se eliminan productos de desecho, líquidos y solutos. Se realiza a través de un catéter peritoneal, por el que se introduce el líquido dializante, que se deja actuar en el peritoneo y luego se extrae.

La clave de mantener una terapia de DP exitosa, es un buen funcionamiento del catéter peritoneal y la prevención de complicaciones asociadas a él. Existen varias guías para su manejo, pero los cuidados son muy variados y abarcan diferentes perspectivas, por lo que se realiza esta búsqueda con el fin de elaborar una guía que abarque las recomendaciones más contrastadas y con mayor nivel de evidencia científica posible.

2 Objetivos

- Describir las principales recomendaciones a seguir tras la implantación del catéter de diálisis peritoneal y su mantenimiento.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, usando los descriptores "diálisis peritoneal", "catéter peritoneal", "post implantación de catéter peritoneal", "cuidados del catéter peritoneal". Además se han consultado varias guías de cuidados específicas de varios hospitales españoles.

4 Resultados

Recomendaciones:

Cuando la elección es la DP, se debe preparar al paciente para la implantación del catéter peritoneal, desde antes de su implantación, durante y el cuidado que precisará posteriormente.

- Pre- colocación del catéter:

Se deberá mantener informado al paciente de todo el procedimiento, esto ayudará a reducir la ansiedad por la intervención.

Se hará una revisión exhaustiva de la pared abdominal, para asegurar que la técnica se realice de forma segura.

Se le recogerá un exudado nasal para comprobar si es portador de estafilococo aureus; si las curas se las realizará algún familiar, le recogeremos también muestra.

Se aplicará un enema de limpieza 12 horas antes de la intervención para el vaciamiento intestinal y se le pedirá al paciente que orine antes para llevar la vejiga vacía. Todo esto evitará que se produzcan perforaciones accidentales en estos órganos cercanos.

Se rasurará la zona si precisara, y se aseará la mañana de la intervención.

Se administrará profilaxis antibiótica según la pauta médica.

- Post-colocación inmediata del catéter:

Se mantendrá 48h en reposo absoluto.

Se mantendrá un correcto control del dolor con analgésicos pautados.

Se probará tolerancia oral transcurridas unas horas desde el procedimiento.

Se mantendrá el apósito de la herida seco y sin manipular durante 1 semana, salvo que esté manchado o drene abundantemente.

Se curará por el personal de enfermería, de manera semanal hasta la cicatrización del orificio de salida, que tarda aproximadamente unas 4-6 semanas, si no hay complicaciones. La cura se hará estéril, lavada con suero salino, secada correctamente y desinfectada con clorhexidina tópica.

Evitará llevar prendas o complementos que presionen la zona del catéter.

- Cuidados post cicatrización del orificio de salida del catéter:

Se entrenará al paciente y familiares de cómo realizar la cura de manera aséptica, y su manejo habitual, siendo fundamental una técnica correcta de lavado de manos. La cura será con agua y jabón neutro, secado riguroso y desinfección con clorhexidina. Tanto el paciente como quien realice la cura, se colocarán mascarilla para el procedimiento. Después se dejará tapado con un apósito adecuado.

Estas curas se realizarán hasta que el orificio quede completamente cicatrizado, mínimo 6 meses. Después, se curará con agua y jabón, pero no será necesario el uso de clorhexidina.

5 Discusión-Conclusión

La base principal del éxito de la diálisis peritoneal como técnica de depuración extrarrenal, es conseguir un acceso permanente en el tiempo y con las menores complicaciones posibles. La tasa de pacientes que eligen esta técnica, es mucho menor en comparación con la hemodiálisis, pero ha ido en aumento en los últimos años, sobre todo en gente joven, que trabaja y precisa de una mayor autonomía. Es muy importante establecer una buena relación profesional-paciente y explicar detalladamente las técnicas y los medios necesarios para llevarlas a cabo, para asegurarse que la elección es la que más se adecua al paciente.

Además:

- Seguir adecuadamente todas las indicaciones de su médico y personal de enfermería ayudará a mantener una buena técnica de conservación del catéter peritoneal.

- Mantener una buena higiene personal es fundamental para la prevención de infecciones del catéter peritoneal, así como una técnica adecuada de lavado de manos.

- El secado intensivo de la herida es fundamental, ya que las bacterias proliferan mejor en ambientes húmedos.

- Los objetivos a largo plazo del mantenimiento del catéter serán mantenerse libre de infecciones, así como instruir al paciente a valorar eficazmente el orificio de salida del catéter, para prevenir complicaciones de manera precoz y saber cuándo pedir ayuda.

6 Bibliografía

- Gil Gil A, Gisbert Rosique E, Castillo Díaz M, Baró Salvador ME. Efectividad clínica en el cuidado del orificio de salida del catéter peritoneal. *Enferm Nefrol* 2012; 15 (3): 194 - 201.
- Gómez Caballero C. Cuidados del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal. *Actuación de enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2006.
- Gándara Revuelta M, Begines Ramírez A, Sola García MT, Alonso Nates R, Cobo Sánchez JL et al. Incidencia de infección del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal: repercusión de un protocolo de cuidados de enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2011; 14 (4): 271-274.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Recomendaciones de cuidados: Post colocación de catéter de diálisis peritoneal. Disponible en: <http://www.hca.es>

Capítulo 66

CONTROL DEL DOLOR, METODOLOGÍA NO FARMACOLÓGICA PARA SU MANEJO

MÓNICA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

SALVADOR SÁNCHEZ SÁNCHEZ

CARLOS LÓPEZ SIMARRO

LEDA MARIA CALERO BUENO

1 Introducción

El dolor es una experiencia sensorial y emocional, desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial. El dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse por la persona que lo sufre; mediante escalas validadas y adecuadas a la situación de cada persona. Tipos de dolor:

- Según su duración:

Agudo: Limitado en tiempo, duración menor de 6 meses.

Crónico: Ilimitado en tiempo.

-Según patogenia: Neuropático: producido por estimulación directa del sistema nervioso central o lesión de vías nerviosas periféricas. Es punzante, quemante, sordo, lacinante, acompañado de parestesias y distesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.

Nociceptivo: dolor muy frecuente. Puede ser somático y visceral.

Psicógeno: Interviene el componente psico-social.

-Según localización: Somático: producido por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, vasos...). Dolor localizado, punzante y se irradia siguiendo trayectos nerviosos.

Visceral: debido a excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo.

-Según curso: Continuo: persistente a lo largo del día.

Irruptivo: Aparece por el movimiento o alguna acción voluntaria.

-Según intensidad: Leve: no interfiere para el desarrollo de la vida cotidiana.

Moderado: interfiere para el desarrollo de la vida cotidiana.

Intenso: interfiere en el descanso.

Es muy importante la valoración del dolor al menos se deberá valorar una vez al día, preguntando a la familia, al cuidador principal o al propio paciente, sobre existencia de molestias, dolor o malestar.

Valoraremos: la localización del dolor, factores desencadenantes, irradiación del dolor, intensidad del dolor, la frecuencia, duración del dolor, si toma medicación y efectos adversos de ésta y las herramientas de valoración del dolor tienen que ser; fiables, válidas, sensibles, factibles y prácticas.

Escalas de valoración del dolor: Las principales escalas para la valoración del dolor son las citadas a continuación, se utilizará una u otra dependiendo de las características del paciente.

- Escala numérica (NRS): el paciente valorará el dolor de 0-10. Donde 0 será de dolor inexistente y 10 será resultado de dolor insoportable.

- Escala visual analógica (EVA): un extremo de ésta representa ausencia de dolor, y el otro máximo dolor alcanzable. Esta línea mide 10cm, el paciente debe señalar con el dedo el dolor que tiene. Siendo: no dolor=0; dolor leve=1,2; moderado= 3,5; intenso=6,8; insoportable =9,10.

- Escala facial de dolor Wong-Baker: consiste en una serie de caras que representan el dolor que está sufriendo el paciente. Se le pide a éste que señale la cara con la que se identifica. Utilizada en niños.

- Evaluación del dolor en la demencia avanzada-peinad: útil en pacientes con demencia o deterioro cognitivo, incapaces de expresar su dolor.

Terapias no farmacológicas: existen terapias no farmacológicas para el alivio del dolor. El uso de éstas terapias pueden ayudar a calmar el dolor y así mejorar la calidad de vida. Algunas de las terapias más comunes que se usan son:

- El calor, aplicado 20-30min c/24 horas contribuye a disminuir los espasmos,

musculares y el dolor.

- El frío/hielo puede ayudar a evitar el daño de algunos tejidos ya que disminuye la inflamación.
- El masaje terapéutico y la fisioterapia, ya que el primero relaja los músculos y ello disminuye el dolor y el segundo ayuda a fortalecer el músculo, recuperar el movimiento aliviando así, también el dolor.
- TENS. (Unidad de electroestimulación nerviosa- transcutáneo). Consiste en señales eléctricas leves que ayudan al control del dolor.
- SCS (Estimulador de la médula espinal). Consiste en conectar un electrodo cerca de la médula espinal y por medio de un estimulador envía señales eléctricas que favorecen la relajación de los nervios y con ello el alivio del dolor.
- Técnicas de relajación como el yoga y la meditación, la aromaterapia, el reiki.
- La imaginación guiada le puede hacer cambiar la manera en la que su cuerpo percibe el dolor.
- La autohipnosis.
- Acupuntura.
- Juegoterapia
- Musicoterapia

2 Objetivos

Objetivo general:

- Identificar y evaluar las diferentes terapias farmacológicas/no farmacológicas en función del tipo e intensidad del dolor.

Objetivos específicos:

- Conocer el manejo de las distintas terapias no farmacológicas.
- Determinar la incidencia de uso de las terapias no farmacológicas por el personal de enfermería.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en bases de datos de Google Académico, Elsevier, Scielo y diferentes fuentes bibliográficas, así como artículos científicos de diferentes revistas indexadas. La búsqueda se realiza en idioma castellano, utilizando como palabras clave: ruido, impacto negativo, contaminación acústica, condiciones ambientales hospitalarias. Ámbito: centros sanitarios hospitalarios.

4 Resultados

- El uso de las terapias no farmacológicas constituye un método coadyuvante junto con las clásicas terapias farmacológicas.
- Las terapias no farmacológicas para el control del dolor constituyen una acción sinérgica con otros métodos aplicados.
- Actualmente existe una tendencia vinculada en mayor medida a técnicas de relación, como yoga o reiki.

En cuanto al dolor pediátrico, se ha demostrado que la aplicación de la juegoterapia como medida no farmacológica tiene gran eficacia para el manejo de dicho dolor. Diversos estudios demuestran que el dolor/ansiedad en pacientes politraumatizados y/o quirúrgicos disminuye con el uso de la musicoterapia. Actualmente uno de los métodos que demuestran una acción eficaz en el control del dolor es la realidad virtual.

5 Discusión-Conclusión

Mediante esta revisión bibliográfica se ha demostrado que las diferentes terapias no farmacológicas son una herramienta fundamental a la hora de tratar y manejar el dolor, en ocasiones siendo eficaces por sí solas, y en otros casos, formando un tándem terapéutico junto a otras medidas farmacológicas. A pesar del conocimiento de sus múltiples beneficios, actualmente fuentes bibliográficas reflejan una incidencia mínima de su uso en la práctica diaria. Para lograr la implantación y el buen funcionamiento de estas terapias alternativas es fundamental la formación por parte del personal sanitario, donde la meta sería su implantación en la práctica profesional activa.

6 Bibliografía

1. Chospad.es, Complejo Hospitalario de Albacete. 2013. (actualizada Octubre 2016; acceso 14 de Diciembre de 2019). Disponible en; <http://chospab.es/>
2. <http://www.chospab.es>
3. Puebla Díaz F.. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2019 Dic 14] ; 28(3): 33-37. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
4. Sartori A.L., Vieira F., Almeida N.A.M., Bezerra A.L.Q., Martins C.A.. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. En-

ferm. glob. [Internet]. 2011 Ene [citado 2019 Dic 14]; 10(21). Disponible en:
<http://scielo.isciii.es>
5. <http://uvadoc.uva.es>
6. <http://www.secpal.com>

Capítulo 67

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL DERECHO A LA INFORMACIÓN CLÍNICA

MACRINA TORTAJADA SOLER

BEATRIZ RESCALVO FLORES

ANA ZARATE JIMENEZ

ANA GONZÁLEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

En España, los derechos del paciente se recogen en diversas normas, siendo la más relevante la Ley General de Sanidad del año 1986, que estableció los derechos y deberes fundamentales del paciente, así como los principios generales de universalidad y equidad.

En 2002 entró en vigor, la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002), de cuyo desarrollo son responsable, las comunidades autónomas. Más tarde, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud desarrolla la ordenación y coordinación de las actividades sanitarias en el conjunto del territorio.

A continuación se citan los derechos de los pacientes:

- Recibir una asistencia sanitaria que ponga al servicio de la persona todos los recursos técnicos y humanos para tratar su enfermedad.
- Ser atendido con criterios de calidad y agilidad.
- Tomar decisiones relativas a su autonomía.
- Ser atendido sin discriminación por motivos de edad, sexo, raza, ideología, religión y condición socioeconómica.
- Ser tratado, por parte del personal sanitario, respetando su dignidad y su intimidad.
- Seguir manteniendo la relación con sus familiares y amigos, así como la comunicación con el exterior. Esta relación únicamente puede quedar limitada por razones asistenciales.
- Mantener la confidencialidad sobre su enfermedad, los datos de la historia clínica y la información de su genoma, y que dichos datos no puedan utilizarse para ejercer ningún tipo de discriminación. El paciente tiene derecho a solicitar expresamente y por escrito que su estancia en el hospital sea mantenida en secreto o que sea comunicada sólo a la persona que desee. Serán excepción a esta regla los mandatos judiciales y las personas menores de edad o legalmente incapacitadas.
- Recibir información pertinente y continua tanto de su proceso asistencial como de las normas generales del centro. Cuando el estado o las circunstancias del paciente no le permitan asimilar adecuadamente la información, se informará a los familiares o las personas legalmente responsables.
- Tener acceso a la información que contiene su historia clínica y a los resultados de las exploraciones y pruebas diagnósticas.
- Que no se le practique ninguna prueba ni tratamiento que no haya autorizado habiendo sido informado adecuadamente. En el caso de las intervenciones quirúrgicas, algunas exploraciones, tratamientos de riesgo y participación en ensayos clínicos, se le pedirá dicha autorización por escrito mediante la firma de un documento.
- Que su situación familiar y social sea valorada con el fin de recibir una asistencia integral.
- Ser debidamente informado cuando sea necesario trasladarlo a otro centro, y en ese caso, ser trasladado con seguridad y confort.

- Solicitar una segunda opinión médica en situaciones de especial relevancia.
- Que se respeten los contenidos de su documento de voluntades anticipadas.
- En caso de enfermedad avanzada y terminal, recibir una atención que garantice una muerte digna y que sus allegados reciban el apoyo que necesiten.
- Recibir orientación y protección en caso de maltratos y que se apliquen las actuaciones específicas para estas situaciones.
- Presentar sugerencias y reclamaciones, y que éstas sean estudiadas y contestadas.

Los conocimientos del personal de enfermería sobre el derecho a la información clínica se reúnen en el capítulo 2 de la ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, este capítulo se resume en los siguientes artículos:

Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. 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.
3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

2 Objetivos

Objetivo general:

-Determinar el conocimiento del personal de enfermería sobre el derecho a la información clínica del paciente.

Objetivos específicos:

- Identificar el derecho a la información asistencial.
- Conocer el titular del derecho a la información asistencial.
- Establecer el derecho a la información epidemiológica.

3 Metodología

- Tipo de estudio: estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio

previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje.

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

- **Ámbito/Población:** complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Cardiología, planta 2A. Colectivo de enfermería de dicha planta.

- **Criterios de inclusión/exclusión:** colectivo de enfermería que trabaje en la planta de cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Quedarán excluidos todo aquel personal que no sea de enfermería de dicha planta o aquellas personas que no quieran formar parte del estudio.

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

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

PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS:

- **Fase primaria.** Comprende el primer mes del inicio del estudio. Durante esta fase, se realizará la presentación del proyecto de investigación, en ella se tomará contacto con los participantes del estudio. El investigador principal transmitirá la información al colectivo participante, es decir, colectivo de enfermería de la planta de cardiología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, indicando los objetivos del estudio y resolviendo las posibles cuestiones que se planteen acerca del mismo.

- **Fase secundaria.** Su inicio corresponde al segundo mes del inicio del estudio hasta la finalización del tercer mes. En ella se administrará el cuaderno de recogida de datos, el cual estará complementado por una hoja anexa informativa en la que se detallará el objetivo del estudio, la importancia de su desarrollo (solventado las posibles cuestiones para su correcta realización). Por otro lado,

dicho anexo informativo tiene un componente ético-legal en el que se advierte que el hecho de completar la encuesta implicará su consentimiento para participar en el estudio. La entrega y recogida de dicho cuestionario será realizada por un enfermero que participe íntegramente en este proyecto durante la última semana lectiva en turno de mañana (en horario de 9:00 horas a 10:00 horas) dentro del periodo previsto en esta fase hasta completar el total de los participantes.

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

ANÁLISIS ESTADÍSTICO I:

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excel y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (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

- 1- Medina J, Martínez JM, Gómez JL. Diseño y elaboración del proyecto de investigación clínica para profesionales de la salud. *Enferm Cardiol* [Internet]. 2015;73 (64): 73-79.
- 2- España. Ley 14/1986, de 29 de abril de 1986, General de Sanidad. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp 15207-24. Disponible en: <https://www.boe.es>
- 3- España. 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. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002,

núm. 274, pp 40127-8. Disponible en: <https://www.boe.es>

4- España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [Internet].Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp 20567-88. Disponible en: <https://www.boe.es>

Capítulo 68

DIFERENCIAS ENTRE ULCERAS ARTERIALES Y VENOSAS

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

Las úlceras de tipo vascular se definen como lesiones producidas por alteraciones en la circulación ya sean de carácter venoso, arterial o mixto en las cuales hay pérdida de sustancia cutánea. Se localizan habitualmente en el tercio distal de la pierna.

2 Objetivos

- Diferenciar el tipo de úlcera para aplicar el tratamiento adecuado, mejorando la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de manuales y artículos académicos sobre úlceras arteriales y venosas en Scielo, Cochrane y google académico.

Palabras clave: Úlceras, úlcera arterial, úlcera venosa, enfermería.

4 Resultados

- En cuanto a algunas de las diferencias podemos encontrar las siguientes:

Úlceras arteriales: su principal causa es la arterioesclerosis. Se caracterizan por ser de pequeño tamaño, con bordes planos y regulares y presentar escaso exudado. Habitualmente aparecen en el tercio inferior de la pierna en la cara lateral externa. Los pulsos están ausentes y la extremidad fría. Suelen cursar con mucho dolor el cuál empeora al elevar la extremidad y mejora con la pierna en declive. Son más frecuentes en hombres y son especialmente sensibles a la infección.

Úlceras venosas: su principal causa es la mala circulación. En este caso se localizan en el tercio inferior pero más bien en la cara interna. Suelen ser de gran tamaño siendo sus bordes irregulares. Son muy sangrantes. Aquí los pulsos están conservados por lo que la temperatura de la extremidad es óptima. Cursan con dolor pero a diferencia de las arteriales sí mejoran al elevar el miembro afectado. Son más frecuentes en mujeres.

- Para un mejor diagnóstico y previo al tratamiento es importante la realización de la prueba itb (índice tobillo brazo). Ésta prueba es una exploración no invasiva muy útil para valorar la existencia de isquemia en miembros inferiores. Es útil de cara al cuidado por parte de la enfermera ya que parte del tratamiento principal de la úlcera venosa consiste en mejorar la circulación y ésto se hace mediante terapia compresiva, por lo que un resultado en el itb que sugiera lesión arterial contraindicaría el uso de vendajes compresivos.

5 Discusión-Conclusión

Úlcera arterial: se debe sobretodo a una mala irrigación por lo que el tratamiento primordial debe ser mejorar el riego de la zona.

Úlcera venosa: su causa principal es el estasis venoso siendo su tratamiento principal la mejora de la circulación.

6 Bibliografía

- <https://www.aeev.net>
- [ulceras.net](https://www.ulceras.net)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 69

ACTUACIÓN Y MEDIDAS DE SEGURIDAD ANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS

ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ

1 Introducción

Para la administración de medicamentos hacen falta conocimientos sobre técnicas, algunas con bastante complejidad, así como todos los aspectos relacionados con el fármaco y por supuesto con el paciente.

Es imprescindible el conocimiento sobre los fundamentos teóricos en las distintas técnicas de administración para que, manteniendo sus criterios básicos, puedan adaptarse al paciente. Antes de todo, hay que realizar una valoración de la situación de salud del paciente, para así adecuar la técnica a las características del paciente en ese momento. La edad del paciente puede modificar las características de administración, ya que los ancianos corren un mayor riesgo debido a las alteraciones fisiológicas secundarias al proceso de envejecimiento.

Asimismo aspectos como el nivel sociocultural, el estado psicológico y cognoscitivo pueden determinar en gran medida el seguimiento del paciente así como la información y la enseñanza. Hay que conocer la cinética del fármaco ya que

en función de ésta será como se deba administrar el fármaco, indicará las características fisicoquímicas, las incompatibilidades que puedan producirse con otros fármacos e incluso con los alimentos.

En la administración de medicamentos hay que seguir las cinco reglas de oro:

- Medicamento correcto.
- Paciente correcto.
- Dosis correcta.
- Vía correcta.
- Hora correcta.

2 Objetivos

El principal objetivo: conseguir mejorar el estado de salud del paciente al administrar un fármaco, por lo que enfermería debe evaluar la recuperación de la salud tras la administración, y por supuesto las consecuencias que ésta tiene sobre el individuo o comunidad.

Los objetivos secundarios respecto a cada paciente serán:

1. Evaluar de acuerdo con su propia situación y adaptándolo al mejoramiento de su salud, condicionado por sus costumbres, vivencias, relaciones, creencias, etc.
2. Saber si un tratamiento determinado está ejerciendo su acción.
3. Tener los conocimientos, habilidades y experiencia adecuados además, debe conocer el porqué la administración de un tratamiento producirá mejoría al paciente.
4. Detectar también los efectos que no son los deseados en el paciente.

3 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 45 estudios de interés y de ellos fueron seleccionados 3 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. Los descriptores utilizados fueron: “SEGURIDAD”, “MEDICACIÓN”, “ADMINISTRACIÓN”, “ENFERMERÍA”.

4 Resultados

Para conseguir el efecto deseado, minimizar las reacciones adversas y adaptar a las características del entorno del paciente, es fundamental que éste entienda qué se administra, cómo se administra, en qué condiciones hay que administrarlo, qué efectos produce y qué problemas pueden presentarse. Es imprescindible que el paciente conozca con exactitud la alteración que padece y la relación que existe entre los efectos del fármaco con el beneficio concreto que se pretende conseguir, por todo ello, una información completa y comprensible al paciente es de suma importancia.

El tiempo que dedicamos a educar al paciente puede proporcionarnos beneficios al aumentar la seguridad y participación de éste. Debemos informarle acerca del efecto farmacológico del medicamento, y hay que resaltarle la necesidad de una administración constante, oportuna y el tiempo de duración del tratamiento.

Un aspecto muy importante y que está catalogado como diagnóstico enfermero es el “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” ya que existe el riesgo de que el paciente no siga las instrucciones o que no se adhiera al tratamiento. Recordemos que del cumplimiento y conocimiento de las terapias por parte del paciente se obtiene el éxito o fracaso de los tratamientos farmacológicos. Debemos verificar que el paciente está informado sobre cualquier proceso y tratamiento recibido y estimularle a que pregunte libremente acerca de ellos al igual que nos informe sobre efectos secundarios y/o alérgicos producidos por los medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Las actuaciones de enfermería en farmacología son muy variadas, tan variadas como fármacos y pacientes diferentes existen. Muchos pacientes tienen información de los fármacos que toman. Debemos realizar una valoración exhaustiva para comprobar que la información que el paciente tiene es la correcta y no una mera interpretación del conocimiento popular. El paciente debe conocer de forma imprescindible:

- Motivo de la prescripción del fármaco y beneficios que éste le aportará.

- Pauta correcta, condiciones más favorables para el fármaco.
- Precauciones en las incompatibilidades e interacciones.
- Situaciones en que debe actuar con urgencia.

El paciente debe: aprender los nombres de los medicamentos y la dosis con horas exactas, conocer los medicamentos que no puede tomar y la razón, observar las características de los medicamentos (presentación) y las condiciones de almacenamiento, los elementos y las unidades de medida para tomar las dosis exactas.

La administración de un fármaco entraña diversos riesgos para el paciente como por ejemplo: la extravasación, una lesión nerviosa o vascular, la interacción con algunos medicamentos o con otros fármacos, la edad del paciente, como en niños y en ancianos, que puede inducir respuestas diferentes de los fármacos, la modificación de las características cinéticas del fármaco que puede alterar los niveles plasmáticos y aumentar los efectos adversos, la teratogenicidad de algunos fármacos pudiendo producir alteraciones genéticas, etc.

Resulta muy importante a tener en cuenta, el riesgo de las reacciones adversas y de las interacciones medicamentosas que aumentan con el número de fármaco administrados. Una reacción adversa es un efecto farmacológico no deseado, el cual puede ser incontrolable, o peligroso. También es considerada como una reacción alérgica cuando existe una respuesta física desfavorable, ante un efecto químico, no farmacológico. Puede variar entre leve o grave, pero siempre es motivo para que se suspenda su administración y los medicamentos de composición química similar. Mientras que una interacción farmacológica ocurre siempre que se administren conjuntamente dos o más medicamentos.

6 Bibliografía

- Bulechek, G. Butcher, H. McCloskey, J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta edición. Elsevier-Mosby. Madrid 2014.
- Healthier, T. (2015). Kamitsuru S. Nanda internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Décima edición. Elsevier. Madrid 2017.
- Moorhead, S. Johnson, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Quinta edición. Elsevier-Mosby. Madrid 2014.

Capítulo 70

BURNOUT O SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO

PATRICIA MARTINO VALDES

BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ

CRISTINA COLUNGA VILLAR

1 Introducción

El término burnout se definió por primera vez en 1974 y lo hizo Herbert Freudenberger , definiéndolo como un trastorno consecuencia de un estrés laboral crónico y caracterizado por un estado de agotamiento emocional. Posteriormente en 1986 las psicólogas norteamericanas C.Maslach y S.Jackson lo definieron de la siguiente manera: Síndrome de cansancio emocional, despersonalización y una menor realización personal que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios. (Maslach, 2017)

Éste síndrome se compone de distintos síntomas y signos que se pueden dividir en :

- Físicos: que englobarían fatiga, cefalea, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, malestar general, etc.
- Psíquicos: comprende la irritabilidad, depresión , falta de concentración, negativismo, frustración.... (G, D, & M, 2000)

Hoy en día en el ámbito hospitalario está a la orden del día este tipo de trastorno, afectando tanto al profesional sanitario como no sanitario, este auge se debe en

gran medida a la falta de medios tanto de recursos materiales como humanos para desempeñar el trabajo produciendo un desgaste muy marcado.

Los principales factores desencadenantes serían:

- La falta de capacidad para desarrollar el trabajo.
- El exceso de trabajo y la escasez de recursos personales para responder a las demandas laborales.
- La ausencia de órdenes o directrices claras en el trabajo o la falta de información pueden ocasionarnos confusión
- Las relaciones tensas y/o conflictivas con los pacientes o usuarios
- Las objeciones por parte de la dirección o mandos superiores para poder ejercer libremente el desempeño del trabajo o las relaciones conflictivas con los compañeros de igual categoría.

También es reseñable que ya que la gran mayoría del personal que trabaja en medios hospitalarios es vocacional es más fácil que se vean desmotivados o frustrados al no conseguir los resultados esperados tanto a nivel organizativo en el trabajo propiamente dicho como a nivel personal sino es capaz de conseguir sus metas u objetivos.

Además de estos factores se puede unir el personal , una alta tensión a nivel familiar puede precipitar este síndrome a nivel laboral.

Puede alcanzar hasta 4 niveles en función de la gravedad :

- Leve: el trabajador se encuentra cansado y comienza con pequeñas quejas sin mayor relevancia.
- Moderado: se caracteriza por presentar un mayor grado de negativismo y aislamiento.
- Grave: puede producir absentismo laboral, llegando a producirse una automedicación por parte del trabajador para paliar estos síntomas.
- Extremo: el aislamiento ya casi es total, comenzando con un cuadro psiquiátrico, que podría acabar en suicidio.

2 Objetivos

Conocer e identificar esta patología aun desconocida para la gran mayoría de los profesionales del ámbito sanitario, así como las herramientas necesarias para evitarla o paliarla.

3 Metodología

Se han revisado de forma sistemática estudios y artículos relacionados con el tema a tratar , para ello se han consultado las bases de datos PubMed y Scielo. Los artículos científicos consultados han sido un total de 14, seleccionando aquellos más actuales y específicos sobre la materia. realizar la búsqueda: burnout, desgaste, trabajador quemado.

4 Resultados

- Este Síndrome comenzaría con una baja realización a nivel personal, tras esto surge el cansancio emocional y finalmente la despersonalización. En primer momento o inicio el personal no pierde el compromiso que siente por su profesión, aún continúan siendo eficaces en sus tareas, pero la sobrecarga de trabajo y el no tener claras sus funciones o limitaciones les va llevando poco a poco hacia sentimientos de un marcado cansancio emocional, estas personas sienten que no son autónomos, esto conlleva a un autodesprecio, y un aumento de los sentimientos de irritabilidad y fatiga. Como solución en un primer momento y buscando una solución rápida y eficaz deciden distanciarse profesionalmente de la situación laboral estresante y si esta medida no es del todo eficaz continuarían con un proceso de despersonalización hasta llegar a los puntos más graves, que podrían abarcar desde lo más superfluo como es al absentismo laboral o la pérdida de contacto con todo lo que les rodea hasta consecuencias infinitamente más graves como el suicidio. (Fernández-García M.V & R.et, 2012)

- Medidas preventivas para evitar este trastorno, y que estas deben de llevarse a cabo tanto individualmente por parte del propio trabajador como del organismo o empresa y se podrían agrupar en 3 niveles:

- Organizativo: identificando y evaluando los riesgos, para así poder modificar las conductas o condiciones que lo propician.
- Interpersonal: es fundamental crear un ambiente de trabajo confortable y agradable entre compañeros, fortaleciendo vínculos entre ellos.
- Individual: imprescindible el reciclado del personal para conseguir que sus metas sean posibles y no lleguen a la frustración.

De igual modo se puede trabajar para evitarlo desde varios planos de apoyo distintos:

- Apoyo emocional, consistente en sentir la comprensión y empatía por parte de

los compañeros.

- Apoyo informativo, conocer las situaciones de estrés a las que se puede enfrentar para buscar instrumentos sin demora que le permita evitarlo.
- Apoyo instrumental, es vital dotar al trabajador de los recursos materiales y técnicos necesarios para el desempeño de sus funciones. (P & JuanD)

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout en los profesionales del ámbito hospitalario ha sido estudiado y tenido en cuenta de manera importante en los últimos años debido al gran auge que ha sufrido por las carencias sufridas a nivel personal y humano.

El estrés laboral es una problemática muy compleja ya que cada vez se ve más aumentado debido a las exigencias del mundo laboral actual. Hoy en día los trabajadores han de realizar enormes esfuerzos emocionales, físicos y psicológicos para desarrollar tanto actitudes como aptitudes que le permitan sobrellevar la presión que el trabajo pudiese ocasionarles.

En el caso de aquellos que trabajan en el ámbito de la salud estos factores desencadenantes del síndrome de burnout podrían ser fácilmente manejables si fuesen informados y prevenidos sobre los mismos, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generan emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas que están en el círculo más cercano (directivos, colegas, personal de igual rango, familiares, amigos, etc.) En resumidas cuentas, la salud mental del trabajador es básica para conseguir unos niveles de trabajo óptimo, pero no solo eso, sino lo que es más importante una estabilidad emocional que le ayude a manejar todas las dificultades presentes en el día a día.

6 Bibliografía

- G, Z., D, K., & M, L. (2000). El síndrome de burnout en los hospitales públicos. Revista médica Bs.As , 41-43. Maslach, C. (2017). comprendiendo el burnout (Vol. 19).
- Fernández-García M.V, & R.et, Z.-G. (2012). Síndrome de Burnout y enfermería. evidencia para la práctica. 45-53. P, A., & JuanD, d. (s.f.). Burnout : técnicas de afrontamiento.

Capítulo 71

ENFERMERÍA ANTE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER

NOELIA MORENO SANROMÁN

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

SARA SÁNCHEZ JUARROS

1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable que origina en la persona que lo sufre un problema de higiene y social. La IU afecta a muchos grupos de población siendo los pacientes con la enfermedad de Alzheimer muy proclives a padecerla.

Para una correcta continencia urinaria es necesario que no sufran daños los órganos que participan en la micción como son la vejiga, uretra, músculos del suelo pélvico, nervios y médula espinal, así como tener un buen estado cognitivo que permita reconocer las ganas de orinar y poseer de buena movilidad.

2 Objetivos

- Evaluar los cuidados del enfermo de Alzheimer con incontinencia urinaria (IU).

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los estudios cuyos descriptores primarios fueran “enfermería”, “incontinencia”, “paciente”, “Alzheimer” y secundarios “cuidados de enfermería”, “técnicas de enfermería”, ubicados fundamentalmente en el título del artículo y que correspondiera efectiva y exclusivamente a alguna área del trabajo que desempeñara la/el enfermera/o con pacientes con dicha patología. La búsqueda se realizó en bases de datos informatizadas: Web of Science, MEDLINE, PubMed, SciELO, LILACS, BIREME y CUIDEN

4 Resultados

El personal de enfermería o los cuidadores del paciente con IU con Alzheimer deben conocer y poner en práctica determinadas intervenciones como:

Medidas higiénico dietéticas:

- Control de la ingesta hídrica, tener en cuenta el horario, de esta forma se beberá más por las mañanas e irá disminuyendo el aporte de líquidos a medida que avance el día.
- Método Pompt Voiding, consiste en preguntar al paciente cada cierto tiempo si desea orinar.
- Establecer horarios y rutinas, como por ejemplo orinar antes y después de acostarse y antes de cada comida.
- Usar absorbentes específicos para adultos si la incontinencia es irreversible o como prevención.
- Proporcionar una buena higiene, cambio de absorbentes , aseo, cambio de ropa de cama y ventilación de la habitación.
- Vigilancia de la piel y prevención de las úlceras en pacientes encamados con incontinencia.

El tratamiento de la IU en un paciente con Alzheimer es, en mayoría de las veces, intentar mejorar el trastorno y la calidad de vida de la persona previniendo así complicaciones derivadas de ésta. Por ello, tanto el personal de enfermería o los cuidadores del paciente deben conocer cómo afrontar la enfermedad y aplicar las intervenciones adecuadas.

5 Discusión-Conclusión

Las causas de la incontinencia urinaria son múltiples:

- Por esfuerzo, rebosamiento, urgencia.
- Infecciones del tracto urinario.
- Problemas cognitivos, enfermedades del sistema nervioso como la enfermedad de Alzheimer.

El paciente con Alzheimer debe ser valorado y es necesario identificar en él las causas que atribuyen a la aparición de la incontinencia urinaria. Se realizará una valoración del estado físico, si existe además alguna otra patología asociada que empeore la continencia urinaria, como hiperplasia de próstata, ITU, Parkinson, problemas en la visión, en la marcha.

Junto a ello se revisarán los antecedentes y la medicación que esté tomando como sedantes o diuréticos ya que favorecen la aparición de la incontinencia urinaria. Una vez reunida toda la información y conociendo las intervenciones de enfermería adecuadas se pondrán en práctica las medidas higiénico-dietéticas ya mencionadas en la prevención de la IU o la mejora de sus consecuencias.

6 Bibliografía

- Portal de ayuda a nuestros mayores. www.imsersomayores.csic.es
- Sociedad española de geriatría y gerontología. www.segg.or
- “Tratamiento de la incontinencia urinaria” Juarranz Sanz M.; Terrón Barbosa R.; Soriano Llorca T.; Villamar Borrego M.; Calvo Alcántara M.J.

Capítulo 72

MOVILIZACIONES DEL PACIENTE

GLORIA VALDÉS PELÁEZ

AIDA VALLINA RIESTRA

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se entiende por cambios posturales a las modificaciones en la postura corporal realizadas en respuesta a la presión que sufren las zonas de apoyo. En pacientes que no se mueven dichos cambios deben ser realizados con ayuda. Acciones generales:

- Preparar el área donde se va a trabajar retirando objetos que puedan entorpecer.
- Realizar el esfuerzo con los músculos más fuertes (muslos, piernas y brazos).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del paciente para que el esfuerzo sea el mínimo.
- Mantener la columna vertebral lo más erguida posible.
- Informar al paciente de lo que se le va a hacer.
- Valorar el estado del paciente, buscando su colaboración en la medida posible.
- Vigilar zonas de riesgo.
- Realizar los cambios posturales cada 2- 3 horas.
- No realizar nunca el cambio mediante arrastre del paciente.
- No dejar objetos, arrugas, costuras bajo el paciente.

En este proyecto se establecen los puntos de las diferentes movilizaciones del paciente:

Movilización con transfer:

- Colocar la cama a la que se va a trasladar al paciente junto a la cama en la que se encuentra.
- Ladear ligeramente al paciente para colocar el Transfer por debajo de la sábana apoyando al paciente sobre el mismo.
- Tirar suavemente de la sábana para deslizar al paciente sobre el transfer.
- Colocar al paciente en la nueva cama.
- Ladear de nuevo al paciente para retirar el Transfer.

Movilización con grúa:

- Se puede movilizar a un paciente que se encuentra encamado o sentado.
- Tanto la cama, la silla y la grúa deben estar correctamente frenadas.
- Deben colocarse los arneses correspondientes para asegurar la seguridad del paciente.

Traslado del paciente cama-sillón:

Paciente colaborador:

- Colocar el sillón paralelo a la cama correctamente frenado. Colocaremos al paciente sentado en el borde de la cama, para ponerlo de pie le sujetaremos con las manos por debajo del tórax, (si el paciente colabora colocará sus manos sobre nuestros hombros), realizando un movimiento rotatorio de espalda sentaremos al paciente lentamente en la silla.
- Una vez sentado se deben colocar correctamente los pies apoyados en el suelo o apoya pies, así como colocar las brazos en el apoya brazos.

Paciente no colaborador:

- Debe realizarse entre dos personas, una de ellas cogerá al paciente por las axilas, y la otra por la cadera y piernas. El traslado a la silla se realizará a una voz de mando.
- El resto del procedimiento se realizará igual que el anterior.

Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama:

- La movilización dependerá si el paciente es colaborador o no colaborador. En ambos casos se debe flexionar las rodillas del paciente y mantener los pies separados.

Paciente colaborador: el paciente se agarrará a la cabecera de la cama o al triángulo, y con los talones apoyados sobre la cama hará fuerza para impulsarse hacia arriba. Se puede ayudar al paciente colocando las manos a la altura de la cadera para ayudarle en el impulso.

Paciente no colaborador. En este caso puede hacerse el movimiento con la ayuda de una sábana o bien con la colaboración de dos personas. Si el movimiento se realiza con un sábana, colocaremos esta desde los hombros hasta los muslos, situándose cada persona en un lado del paciente y sujetando con firmeza la sábana para su movilización.

Si se realiza entre 2 personas, se debe colocar uno a cada lado de la cama, colocando uno los brazos a nivel de los hombros y cintura y otro a nivel de los muslos y cintura.

Puntos de vigilancia en cada posición:

- Decúbito supino: occipucio, omóplato, codos, talones, sacro.
- Decúbito prono: nariz, pómulo, acromio, costillas, esternón, cresta iliaca, rodilas, dedos.
- Decúbito lateral: oreja, hombro, costillas, trocánter, rodilla.
- Sentado: tuberosidades isquiáticas, omóplatos, apófisis espinosas.

2 Objetivos

- Conservar la alineación adecuada del paciente.
- Prevenir las úlceras por presión del paciente.
- Mantener y vigilar la integridad de la piel.
- Garantizar el confort del enfermo.
- Estimular y favorecer la independencia del paciente.

3 Metodología

Se realizará una búsqueda bibliográfica sistemática donde se tendrán en cuenta criterios de artículos científicos de acuerdo a esta temática. Los términos para la búsqueda serán: movilización, traslado, puntos de apoyo. Se establece por tanto un protocolo a poner en marcha en la unidad de cuidados tras repasar punto por punto las diferentes formas de mover al paciente y posicionarlo para evitar que aparezcan úlceras por presión, garantizar el confort del enfermo, favorecer su autonomía y conservar la alineación adecuada del paciente dependiente.

4 Bibliografía

- www.aibarra.org/Manual/default.htm
- www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 73

USO DE BASTONES, MULETAS Y ANDADORES

AIDA VALLINA RIESTRA

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

GLORIA VALDÉS PELÁEZ

1 Introducción

Se usan para dar un apoyo adicional en la marcha, proporcionando además seguridad al usuario. Su uso puede ser puntual (durante una recuperación) o de manera progresiva (degeneración musculoesquelética). Es importante la edad del paciente y el estado físico a la hora de elegir una opción u otra.

2 Objetivos

- Evaluar las características de los dispositivos de ayuda para la marcha.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en la base de datos: Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Envejecimiento.csic.es. 2019. <http://envejecimiento.csic.es>
2. Tura T, Tura T. ¿Muletas, bastón o caminador? | Atención a los mayores.
3. A V, S A, C V, J M. Plan de estudios universitarios en medicina geriátrica desarrollado utilizando una técnica internacional Delphi modificada. <https://medes.com>
4. Salud de las personas mayores. <https://medlineplus.gov>

Capítulo 74

EXANTEMA SUBITO EN LACTANTE. A PROPUESTA DE UN CASO.

VANESA TELLA RIOS

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

ESTHER LÓPEZ HERES

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

1 Introducción

El exantema subito se trata de una enfermedad causada por virus que afecta fundamentalmente a niños con edades comprendidas entre los 4 meses y los 2 años.

Se transmite por la sangre y por la saliva. Las lesiones dérmicas son puntos rosas o rojos que blanquean con la presión. Aparecen primero en tronco y cuello para extenderse posteriormente a brazos, piernas y cara.

Se manifiesta por fiebre y Erupción puntiforme de color rosado Su agente más frecuente es el virus herpes humano 6 aunque también se han descrito casos causados por el virus herpes humano 7. Existen dos tipos de virus herpes humano 6: tipo A y tipo B. El 99% de los casos de roseola se producen por el tipo B.

El período de incubación oscila entre 5 y 15 días. El reservorio del virus herpes humano 6 suele ser el adulto que ha estado en contacto con el virus. La clínica característica consiste en dos o tres días de fiebre alta normalmente asociada a un buen estado general y sin sintomatología previa. Con la desaparición de la

fiebre aparece un exantema (granitos) puntiforme de color rosado, que comienzan apareciendo por el pecho para diseminarse posteriormente a cara, abdomen y en menor grado a las extremidades. Esta erupción dura entre uno y dos días.

2 Objetivos

Examinar un caso sobre exantema subitico en lactante de un año.

3 Caso clínico

Lactante de 12 meses que acude por exantema iniciado hoy, previamente 2-3 días de fiebre 39,5 grados. Asocia diarrea (4-5 deposiciones diarias). NAMC

Antecedentes familiares: no ambiente epidemico en domicilio. Antecedentes personales: vacunacion completa segun calendario. No ingresos ni intervenciones quirurgicas previas. No enfermedades importantes ni tratamientos cronicos. Escolarizada en guarderia.

Peso: 8,9kg. TEP estable. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida, buena coloracion, buen relleno capilar, no aspecto septico. Exantema habonoso en tronco, extremidades y gluteos, habonoso con inicio de palidez central en algunas, todas desaparecen a la presion. Asocia papula en cara anterior tibial derecha con micropetequias alrededor (refieren presentar esta lesion previo al inicio del cuadro, les impresiono de picadura y las petequias en posible relacion con rasgado). Auscultacion cardiopulmonar: ruidos cardiacos ritmicos, no se oye soplos, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no parece doloroso a la palpacion, no se palpan masas ni megalias. ORL: orofaringe normal.

4 Resultados

En los casos que presentan síntomas prodrómicos estos se limitan a una mínima rinorrea clara, hiperemia conjuntival, con o sin edema palpebral, e inflamación faríngea. Puede haber alguna adenopatía cervical de pequeño tamaño y menos frecuentemente adenopatías occipitales Aunque infrecuentes, la infección por virus herpes humano 6 y 7 puede presentar complicaciones. De ellas la más frecuente son las convulsiones febriles durante el período pre-exantemático en la

primoinfección por virus herpes humano 6. Estas convulsiones febriles no suelen revestir gravedad alguna.

Se ha descrito algún caso de afectación directa del sistema nervioso central como causante de las convulsiones. Ha habido algún caso de encefalitis y hepatitis en pacientes inmunocomprometidos.

5 Discusión-Conclusión

Exantema subitico. Recomendaciones: Dieta normal, según demanda. Ofrecer líquidos. Observación de temperatura, estado general, vómitos y deposiciones. Control evolutivo por su pediatra

6 Bibliografía

- Massimo, J A. Patología exantemática, conceptos preliminares. Exantemas por Enterovirus, virus Epstein Barr, Parvovirus, Togavirus, Paramixovirus. En: Dermatología infantil en la Clínica Pediátrica. Pueyo de Casabe S, Massimo J A. 1o ed. Artes Gráficas Buschi SA. Argentina, 1999:141-160.
- Quiñones- Mijares A, Camacho A P, Guillen D R, Cockrell C J. Exantemas virales. En: Dermatología Práctica Ibero Latinoamericana. Atlas, enfermedades sistémicas asociadas y terapéutica. -Torres-Lozada V, Camacho F, Mihm M, Sober A, Sanchez-Carpintero I. 1o ed. Vicente Torres Lozada-Nieto Editores. México, 2005: 372-386.
- Bologna R, Bosanova M T. Enfermedades exantemáticas. En: Dermatología Neonatal y Pediátrica. Larralde de Luna, M. 1o ed. EDIMED ediciones médicas. Buenos Aires, 1995:213-216.
- Mistchenko A. Exantemas virales. Diagnóstico de Laboratorio de los exantemas virales. En: Dermatología infantil en la Clínica Pediátrica. Pueyo de Casabe S, Massimo J A. 1o ed. Artes Gráficas Buschi

Capítulo 75

CONTRACTURA CERVICAL TRAS ACCIDENTE DE TRAFICO. CASO CLINICO.

VANESA TELLA RIOS

ESTHER LÓPEZ HERES

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La lesión traumática del cuello por hiperflexión-hiperextensión es una lesión en el cuello que se produce por un movimiento rápido y enérgico de este, hacia atrás y hacia adelante, como el chasquido de un látigo. La mayoría de las veces, la lesión ocurre durante un accidente que afecta la parte trasera de un automóvil, pero también puede resultar de un accidente deportivo, maltrato físico u otro traumatismo.

2 Objetivos

- Analizar un caso de contractura cervical tras accidente de tráfico.

3 Caso clínico

Accidente de tráfico al ser golpeado el paciente lateralmente en su coche, refiere dolor en cuello y cefalea. No traumatismos directos. No TCE.

Antecedentes personales: Alergias a penicilinas y derivados. Asma bronquial. Apendicectomía. Vacunación antitetánica al día.

No dolor a la palpación sobre apofisis espinosas a ningún nivel. Contractura de músculos paravertebrales cervicales y dorsales y de trapecio bilateral de predominio izquierdo con puntos dolorosos a la digitopresión.

- Rx de columna cervical: sin signos de fractura, retificación de lordosis cervical.
- Rx de columna dorsal: normal.

Impresiona contractura cervical. Tratamiento:

- Enantyum 25mg 1cp/8
- Paracetamol 1g 1cp/8h si fuera insuficiente.
- Diazepam 5mg 1cp/24h por la noche 3 días.
- Aplicación de calor local.
- Mantener collarín durante 3 días quitándolo para dormir.
- Revisión por su médico de cabecera.

4 Resultados

- Tratamiento con analgesia pautada para control del dolor y reposo relativo.
- Control posterior por su médico de atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

Los signos y síntomas comunes de esta lesión son dolor de cuello, rigidez y dolor de cabeza. La mayoría de las personas con una lesión traumática del cuello por hiperflexión-hiperextensión mejoran en pocas semanas siguiendo un plan de tratamiento que incluye analgésicos y ejercicio. Sin embargo, algunas personas sufren dolor crónico de cuello y otras complicaciones de larga duración. La lesión traumática del cuello por hiperflexión-hiperextensión también se conoce como esguince de cuello o distensión de cuello, pero estos términos también incluyen otros tipos de lesiones traumáticas del cuello.

6 Bibliografía

- M. Barry, J.R. Jenner. ABC of Rheumatology. Pain in neck, shoulder and arm. BMJ, 310 (1995), pp. 183-186ç
- A.R. Gross, P.D. Aker, C.H. Goldsmith, P. Peloso. Physical medicine modalities for mechanical neck disorders
- A.R. Gross, J.L. Hoving, T.A. Haines, C.H. Goldsmith, T. Kay, P. Aker, et al. Cervical overview group. Movilización activa y pasiva para trastornos mecánicos de cuello

Capítulo 76

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

SARAI SANTOS MARTIN

BIBIANA POLO MORIS

1 Introducción

Humanizar es según la RAE: “hacer humano, familiar o afable a alguien o algo”. Con este concepto aplicado a la Humanización en la asistencia sanitaria o en el cuidado de los enfermos se refiere a la capacidad de los profesionales de ponerse en la piel del enfermo y transmitir esa consideración como ser humano independientemente de las tareas que deba realizar dentro del ámbito de su profesión sanitaria.

Humanizar es legitimar la condición de hombre que tiene el paciente que tenemos en frente. El simple hecho de cogerle la mano a un enfermo es un gesto de cariño y acercamiento que puede resultar de más ayuda que la mejor de las medicinas. Ni más ni menos consiste en tratar al enfermo como nos gustaría que nos trataran a nosotros en esas mismas condiciones. Pero no es humanizar lo que nos hace falta en términos abstractos, sino humanizarnos a nosotros mismos y a nuestro comportamiento.

En la Medicina, y mucho más la enfermería se necesitan conocimientos y habilidades demostrados científicamente para conseguir la mejora, curación o paliación de las enfermedades, pero cada persona es única y diferente y la aplicación de las medidas debe hacerse de manera individualizada y personal. Por eso un alto conocimiento científico aplicado de un modo deshumanizado no sirve de nada. Ambos elementos deben ser equilibrados para que el enfermo pueda ser

tratado de su enfermedad de manera personalizada y persiguiendo los mejores resultados para él.

Por todo ello se debe considerar la asistencia sanitaria de manera global e integral, puesto que no sólo son importantes la tecnología, la alta cualificación y la profesionalidad. Para lograr una asistencia efectiva, segura y de calidad debemos perseguir cuidar las emociones de las personas, tener en cuenta su entorno, las condiciones sociales, las necesidades de cada persona, sus inquietudes... etc.

En la práctica asistencial actual, debido a la sobrecarga de trabajo y a la escasez de personal parece que se esté olvidando la parte más humana del enfermo. Para volver a humanizar la atención sanitaria debemos evolucionar hacia la formación de profesionales capacitados y con valores, sensibilizando al personal para prestar cuidados sin olvidar la importancia de la humanización.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Promover la humanización en la asistencia sanitaria con un enfoque integral basado en la evidencia.

Objetivos específicos:

- Difundir pautas de actuación encaminadas a la humanización en los cuidados sanitarios.
- Formar al personal en habilidades sociales y de comunicación, fomentando una conducta empática.
- Diagnosticar las fortalezas y debilidades, oportunidades y amenazas relacionadas con la humanización en la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo realizado mediante una revisión bibliográfica consultando guías de práctica clínica en el ámbito sanitario, publicación de artículos y bases de datos a nivel nacional e internacional (pubmed, EMBASE y ScieloI

4 Resultados

La tarea de humanizar el cuidado compete a todos los profesionales, instituciones, usuarios y familias, haciendo énfasis en los cuidados y recomendaciones más relevantes basadas en la evidencia. Dentro de los criterios básicos que cualquier cuidado humanizado debe cumplir encontramos:

- El paciente debe ser tratado con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicado en la toma de decisiones.
- Los profesionales sanitarios deberán establecer una relación empática, preguntar por sus expectativas y por sus necesidades, para poder brindar apoyo y orientación.
- Se debe facilitar el acompañamiento de familiares siempre que sea posible.
- Se debe prestar una atención individualizada desde su ingreso y de forma continua.
- Han de tomarse en cuenta las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales del paciente y su familia.

La humanización de la asistencia sanitaria es especialmente vital cuando las personas se encuentran en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, debido a los procesos de enfermedad. La relación y la vivencia diaria de los profesionales con los enfermos y sus familias provocan que se sientan también interpelados por ellos. Vivir y presenciar el dolor y el sufrimiento de la otra persona nos cuestiona y hace que nos sintamos corresponsables y comprometidos. Todos somos corresponsables en las tareas de paliar el sufrimiento humano y de construir un mundo que fomente actitudes y conductas más humanizadas.

Limitaciones y barreras en la humanización:

Son muchas las barreras que dificultan una atención humanizada, la tecnificación, la escasez de personal, la burocracia, la sobrecarga de trabajo, la falta de empatía, la rigidez de las organizaciones, un lenguaje incomprensible o la falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales. Por tanto, todos somos corresponsables en las tareas de paliar el sufrimiento humano y de construir un mundo que fomente actitudes y conductas responsables y humanizadas. La experiencia del encuentro con la vulnerabilidad propia y ajena nos confronta con nuestra impotencia, nos humaniza y nos hace solidarizarnos con la otra persona. Re-humanizar implica eliminar cualquier comportamiento detectado por los profesionales que no cumpla los criterios de una atención humanizada. Se trata de buscar la excelencia en la relación con las personas.

Medidas de humanización: desde la OMS trabajan en un Proyecto llamado "HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos" en el que cuentan con un Plan y con 160 medidas concretas para lograr los siguientes objetivos:

- Humanizar los cuidados intensivos.
- Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales.
- Difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general.
- Fomentar la formación en habilidades de humanización.

Teniendo en cuenta que una de las necesidades más importantes de la familia del paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos es la de sentirse informada, la OMS ha creado una guía informativa sobre los aspectos más generales relacionados con el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La guía tiene como objetivo informar a los familiares sobre:

- Las características especiales de una UCI.
- La dinámica y normativa de la unidad.
- Los recursos que tienen a su disposición.
- Consejos útiles para vivir este proceso de la forma más confortable.

Esta guía consta de diferentes apartados, entre los que encontramos: Introducción, Características, Procedimientos, El día a día, Normativa, Recursos y el apartado específico de "familiares" del que extraigo un fragmento a continuación, porque es digno de consulta y admiración por parte de esos profesionales que han sabido ponerse en el lugar de esas familias para resolver a través de esta Guía sus dudas, miedos y por supuesto cubrir sus necesidades.

- Diagnosticar fortalezas y debilidades: exprese sus sentimientos y necesidades. Es importante que exprese cómo se siente y qué necesita para sentirse mejor. No se lo guarde por miedo a preocupar o a dar trabajo, la mayoría de las veces contarle ya alivia y, además, ayuda a encontrar soluciones a diferentes problemas. Hable con sus familiares o amigos, e incluso con el personal de la UCI, nosotros estamos formados para ayudarle.

Si le gusta escribir también puede llevar un pequeño diario de lo que pasa y siente cada día. Los diarios pueden contribuir a ordenar las ideas y, si lo cree conveniente, se pueden utilizar cuando su familiar se recupere para "llenar" los días u horas que no recuerda por haber estado dormido. ¿Tiene la necesidad de hacer algo por su familiar? Si usted desea colaborar en el cuidado de su familiar indíqueselo a la enfermera responsable del mismo. Esta enfermera le indicará cuáles son los cuidados que puede realizar de forma segura en cada momento,

por ejemplo: dar masajes con crema, dar de comer, mover piernas o brazos, etc.”

El proceso de humanización es algo fundamental en la calidad del servicio que prestamos a los pacientes, el cuidado holístico e integral debe considerar que el descanso es importante, recomendar comer equilibradamente siguiendo una dieta equilibrada que le ayudará a sentirse más fuerte, y por último crear un ambiente distendido que propicie que no se quede con dudas.

5 Discusión-Conclusión

La sociedad actual hace tiempo que demanda unos cuidados más humanos, y para poder asumir estos nuevos retos con garantías debemos aprender a desarrollar distintas habilidades, tanto sociales como de comunicación, como por ejemplo escuchar de manera activa, estimular la comunicación espontánea del paciente, animar a que exprese sus dudas y preocupaciones, mantener siempre una actitud positiva, evitar los prejuicios, informar de forma frecuente, emplear un lenguaje cercano, claro y comprensible y mostrar empatía en todo momento.

El proceso de humanización es algo fundamental en la calidad del servicio que prestamos a los pacientes. Cuando una persona está enferma se siente más frágil y más vulnerable y en cierto modo también su dignidad se ve afectada, por todo ello nuestra actitud es fundamental en la búsqueda de su recuperación. Cuando estamos ante un enfermo y su familia hablamos de personas que están padeciendo dolor y sufrimiento, y el hecho de que nos pongamos en la piel de esas personas, les miremos a los ojos, les hablemos, les mostremos calidez y sensibilidad, les escuchemos, les comprendamos e incluso les sonriamos es infinitamente más reconfortante que la mejor de las medicinas.

Humanizar los cuidados tiene un significado holístico, debemos atender a las personas de un modo individualizado y concreto teniendo en cuenta sus emociones y sentimientos, teniendo presente que se trata personas que viven en un entorno concreto y en una familia concreta. Cada persona es única y requiere por ello respuestas personalizadas a sus necesidades y a sus expectativas. La humanización no es sólo ser amable, es mucho más que todo eso, se trata de que nos comprometamos de manera activa y nos pongamos en la piel de la otra persona para tratarla como nos gustaría que nos trataran a nosotros.

“¿Cómo estoy yo? La familia es un sistema compuesto por personas con una historia en común, relacionadas profundamente de tal manera que, cuando a uno de

sus miembros le afecta una situación desfavorable, esto repercute en los demás de forma negativa: altera la estructura de la familia, su rutina diaria y su funcionamiento habitual. Este desequilibrio de la dinámica familiar junto con el no saber qué tiene o qué va a pasar con su familiar puede hacer que presente, según el momento; sentimientos de shock (no saber qué hacer ni cómo reaccionar), negación (creer que lo que pasa no es verdad), enfado, preocupación, esperanza, culpa, ansiedad y miedo. Por esta razón, el equipo de profesionales que trabajamos en la UCI nos esforzamos en cada momento por dar una asistencia de calidad a su familiar, pero también nos preocupamos por usted, por disminuir estos sentimientos negativos (si los tiene) y por ayudarle a pasar esta situación de la mejor manera posible.

¿Qué puedo hacer para sentirme mejor? A pesar de que los profesionales realicemos lo que está en nuestra mano para ayudarle, es importante que lea los siguientes consejos que pretenden contribuir a pasar de forma más liviana el proceso de hospitalización de su familiar. El descanso es importante.

Sabemos que una de las necesidades de las familias es la de estar junto a su ser querido, por esta razón disponemos de horarios de visita flexibles que se pueden adaptar según las propias necesidades, la opinión y el estado de su familiar, las necesidades particulares de cada familia y la dinámica de la unidad. Sin embargo, usted ha de procurar tomarse pequeños espacios de tiempo para desconectar y dormir lo suficiente para sentirse descansado. Cuando una persona está cansada es más propensa a sentirse nerviosa, a ver las cosas desde un punto de vista pesimista, le cuesta resolver problemas e incluso puede aumentar la sensación de dolor o descompensar enfermedades crónicas como la diabetes. Además es más difícil tomar decisiones y ayudar a su familiar para que se recupere.

Es posible que debido a las preocupaciones que tiene en estos momentos le cueste conciliar el sueño. Si tiene dificultades para dormir que se prolongan en el tiempo, y no se solucionan con los consejos enfermeros, le recomendamos acudir a su CAP de referencia.

Coma equilibradamente. Seguir una dieta equilibrada le ayudará a sentirse más fuerte. Evite consumir frecuentemente bocadillos, comida precocinada y abusar de bebidas excitantes o con gas como el café y los refrescos. Tómese su tiempo para comer, coma fruta y verdura cada día y beba al menos 1,5 litros de agua al día (excepto si su médico le ha indicado otra cantidad). Si sigue una dieta especial procure no saltársela ya que hacerlo de forma frecuente puede descompensar

enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes.

No se quede con dudas: pregunte siempre lo que quiera saber. Los profesionales de la UCI a través de esta guía y de conversaciones diarias con usted lo mantendrán informado. No obstante, es importante que todas aquellas dudas que tenga, las pregunte. En ocasiones, según el tema a tratar (en especial todo lo que se relaciona con el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad de su familiar) será el médico el profesional indicado para responder a sus preguntas. En cambio, si requiere otro tipo de información, la enfermera podrá explicarle aquello que desee. No tenga miedo de preguntar, es habitual tener dudas o necesitar explicaciones sobre determinados temas. Es importante entender todo para poder tomar decisiones (si fuera necesario), más fácilmente. Le recomendamos que escriba todas las dudas que desea preguntar para no olvidarlas en el momento en que sea informado/a.

El proyecto de Humanización de la OMS, dentro de su plataforma se puede ver como nos animan como profesionales sanitarios a ser partícipes del proyecto y aplicar estas medidas en nuestras unidades de trabajo para convertirlas todas en UCIS amables para los pacientes.

Dentro de sus líneas de investigación destacan apartados como:

- La participación de la familia (Participación de la familia en los cuidados y presencia en los procedimientos).
- Cuidados del profesional (Prevención y manejo del síndrome de desgaste profesional Burn-Out).
- Prevención y manejo del síndrome post-UCI (Secuelas físicas, psicológicas y sociales).
- UCI de puertas abiertas (Flexibilización de los horarios de visita y adecuación a las necesidades individuales).
- Comunicación (Mejora de la comunicación con pacientes, familias y entre los profesionales).
- Bienestar y satisfacción del paciente (Mejorar y garantizar el confort del paciente, tanto en el aspecto físico, como en el psicológico, el espiritual y el ambiental).
- Mejora infraestructuras (Mejoras arquitectónicas y estructurales en UCI para facilitar el trato humanizado).
- Formación en habilidades (trabajo en equipo, relación de ayuda, empatía, escucha activa, compasión).
- Y por último Manejo de situaciones terminales (Adecuación de los cuidados

al final de la biografía, limitación soporte vital, cuidados paliativos en cuidados intensivos, voluntades anticipadas).

Aquí entra el valor de la palabra. Según Freud “la ciencia no ha producido todavía un medicamento tranquilizador tan eficaz como unas pocas palabras bondadosas”. La palabra es un arma que puede ser curativa, tiene mucho más poder del que nos imaginamos. Podemos convertir la palabra en cariño, comprensión, compasión, además de aportar instrumentos de curación, en función del tipo de palabra que usemos, de su tono y de su momento.

Hoy en día hemos perdido el contacto humano en nuestra comunicación por el abuso del manejo de dispositivos móviles y de redes sociales entre otros. La palabra, junto al gesto, al lenguaje no verbal, al tono, al volumen o la actitud de nuestro cuerpo es un conjunto que transmite y puede otorgar un poder sanatorio a lo que estamos expresando. El cerebro del enfermo recibe un mensaje más o menos optimista, pero con una actitud de participación de la persona que lo expresa, con voz suave, sin estridencias y palabras amables este mensaje estimula la producción hormonal y ayuda a la modulación de la inmunidad, lo que está demostrado que mejora el pronóstico de las enfermedades.

Aunque todo está relacionado, el análisis por separado de algunos de los puntos facilita la instauración de las posibles mejoras, ya que algunas requieren de diferentes recursos para su puesta en marcha y otras sólo necesitan voluntad por parte de los profesionales para mejorar en el desempeño de su profesión.

Existen propuestas de mejora incluso desde las áreas de comunicación de los propios hospitales, consejerías, servicios de salud e incluso están siendo publicadas en prensa, porque debemos evolucionar hacia una mayor humanización en la atención sanitaria en nuestro Sistema de Salud.

Y por último, dentro de la página oficial de la OMS podemos encontrar el Plan de Humanización de los Cuidados Intensivos de la Comunidad de Madrid, que ya ha sido descargado más de 15.000 veces, desde más de 20 países.

Sólo un abordaje integral nos va a permitir caminar hacia la excelencia en el cuidado, siempre que sigamos unas pautas de buena práctica con el fin de incrementar la calidad asistencial. Debemos ser capaces de reflexionar sobre la atención que se presta a los pacientes, de asimilar nuevas formas de atención humanizada de nivel internacional y de brindar una atención de calidad al usuario externo mediante la adopción de intervenciones más humanizadas.

6 Bibliografía

1. Humanización de la atención perinatal. Una demanda social y un desafío profesional. Hernández Martínez A. *Enferm Clin*, 2016 Jul-Ago; 26 (4):211-2.
2. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014;38(6):371-5.
3. Del Bosque AR. Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Opinión de enfermería. *RevEnferm*. 2013;5(2):59-66.
4. La humanización en el cuidado de la salud surge de la necesidad de un enfoque integral de la enfermedad. de la Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernández E, Aguilar-Alonso E. *Med Intensiva*. 2017 Nov. 10 pii: S0210-5691 (17) 30220-6. doi: 10.1016 / j.medin.2017.08.002.
5. Organización Mundial de la Salud. www.who.int
6. Ayuso Murillo D. Empatía y habilidades sociales en enfermeras asistenciales en el servicio madrileño de salud. *Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciences*. 2016;16: 111- 25.
7. Ayuso Murillo D, Tejedor Muñoz L, Serrano Gil A. *Enfermería Familiar y Comunitaria. Actividad asistencial y aspectos ético-jurídicos*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2015.
8. Ayuso Murillo D, De Andrés Gimeno B. *Gestión de la calidad de cuidados en enfermería. Seguridad del paciente*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2015.
9. Báez Hernández, F.J., Nava Navarro, V., Ramos Cedeño, L. and Medina López, O.M. 2009. "El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería". *Aquichan*. 9 (2): 127-134.
10. Barca Fernandez I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernandez Alarcón F, Alejandro Lázaro G, Lopez de Castro F. *La información al paciente y su participación en la toma de decisiones*. Madrid: Atención Primaria, 2004.
11. Bascuñan ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista Médica de Chile*. 2005;133: 693-98.
12. Beca JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los cuidados*. 2008.; 1 (1):1-4
13. Bermejo J. Relación de ayuda. En: García J. Alarcos F. 10 palabras clave en humanizar la salud. *Verbo Divino*. 2001.
14. Blanca Gutiérrez, J.J., Blanco Alvariño, A.M., Luque Pérez, M. and Ramírez Pérez, M.A. 2008. "Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos". *Enfermería Global*. 12: 1-14.
15. Borrell Carrió, F. 2011. "Empatía, un valor troncal en la práctica clínica". *Med*

Clin (Barc).136 (9): 390-397.

16. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la asistencia sanitaria, 2016-2019. Madrid. 2016.

17. Caballo Vicente, E. 2007. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.

18. Donoso Sabando CA. La empatía en la relación médico paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *pers.bioét.* 2014;18(2): 184-93.

19. González Ortega, Y. 2007. "La enfermera experta y las relaciones interpersonales". *Aquichan.* 7 (2): 130-138.

20. Marin Sánchez, M. and León Rubio, J.M. 2001. "Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería". *Psicothema.* 13 (2): 247-251

21. De la Cueva-Ariza, L. (coord.). Guía de información de los familiares. Unidad de Cuidados Intensivos

22. Manual de Buenas Prácticas de Humanización de las unidades de cuidados intensivos del Proyecto HU-CI

23. Plan de Humanización de los Cuidados Intensivos de la Comunidad de Madrid

Capítulo 77

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE HIPERTENSO

LORENA LÓPEZ LÓPEZ

LIDIA RIERA FERNÁNDEZ

SARA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La falta de control de la presión arterial y de otros factores de riesgo cardiovascular contribuyen a un incremento de complicaciones cardiovasculares que se constituye en la primera causa de muerte de los pacientes que la padecen y genera más de 5 millones de estancias hospitalarias en el territorio español. A pesar de contar con un mayor número de medicamentos antihipertensivos, el control de la hipertensión arterial sigue siendo muy bajo en el mundo, no superando en la mayoría de los casos un 40% de los pacientes tratados a pesar de que el 75% de ellos recibe por lo menos tres medicamentos antihipertensivos, generando uno de los más altos costos de atención en salud pública.

Es pues evidente la necesidad de disminuir la prevalencia e incidencia de esta enfermedad que puede poner en jaque los presupuestos de los sistemas de salud del mundo. No podemos variar la predisposición genética, pero sí podemos retardar o prevenir su aparición modificando los estilos de vida promoviendo un menor consumo de sodio o sal, el aumento en la actividad física diaria y el mantener el índice de masa corporal normal. (Hipertensión arterial , 2005)

En España el progreso en el control de la hipertensión ha sido aproximadamente de un 1% anual en los estudios en población atendida en Atención Primaria. La tasa de control en el país muestra cifras entre el 13% y menos del 40%, muy similar a otros países desarrollados. Con respecto a estas cifras el margen de variación obedece a factores como:

- El punto de corte para establecer la cifra de control de hipertensión en personas mayores (160/96 mmHg frente a 140/90).
- El tipo de muestra empleada en los estudios (pequeñas y no representativas).
- El ámbito del estudio (población general, atención primaria, unidades de hipertensos etc).
- Áreas geográficas con distinta prevalencia; 5) Metodología heterogénea en la medición de presión arterial y, finalmente, la descripción de tasas de control en relación con el tipo de hipertensos (tratados, diagnosticados con tratamiento o al total de hipertensos). (Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España , 2006).

La HTA en adultos se define como cifras de presión arterial sistólica y diastólica ³ 140/90 mm Hg en reposo. Estos valores de presión arterial se deben tomar en estado de reposo (5 minutos) y el paciente no debe encontrarse en estado de excitación, ni haber tomado café o bebidas alcohólicas ni fumado por lo menos 30 minutos antes de la toma de la presión.

La presión arterial se clasifica en adultos 18 años:

- Normal < 120/80 mm Hg.
- Prehipertensión 120-139/80-89 mm Hg.
- Hipertensión:
 - Grado I: 140-159/90-99 mm Hg.
 - Grado II: 160-179/100-109 mm Hg.
 - Grado III: ³ 180/120 mm Hg.

La hipertensión arterial sistólica aislada se produce cuando las cifras de presión arterial máxima o sistólica es 140 mm Hg y la presión mínima o diastólica es inferior a 90 mm de Hg. Es frecuente en personas ancianas con arterias escleróticas (endurecidas) y se considera un importante factor de riesgo cardiovascular. La hipertensión refractaria o resistente es aquella que no se reduce a menos de 140/90 mm Hg con un régimen terapéutico de 3 medicamentos en dosis máximas y la hipertensión maligna es la forma más grave de hipertensión, donde se produce un daño de los órganos diana como el corazón, el riñón y la retina. Algunos factores pueden dificultar el control de la presión arterial: una edad avanzada; la

presencia de diabetes mellitus, de una hipertensión severa, de una enfermedad crónica renal o una obesidad marcada; la pertenencia al sexo femenino, entre otros.

La mayoría de las personas con hipertensión no muestra ningún síntoma. En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. (OMS) En España hay 14 millones de personas con hipertensión arterial, lo que representa aproximadamente el 50% de los mayores de 55 años. El principal problema es que de ellos, "4 millones no lo sabe y otros 9 millones no la tiene controlada", explica el doctor Antonio Álvarez-Viéitez, cardiólogo clínico del Hospital La Milagrosa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la hipertensión arterial (HTA) es la causante del 45% de fallecimientos por cardiopatía y del 51% por accidente cerebrovascular. Además, a nivel mundial existen más de mil millones de pacientes con hipertensión y se producen más de nueve millones de muertes relacionadas con esta patología cada año. La hipertensión arterial no produce síntomas, hecho principal del infradiagnóstico. "A esta enfermedad se la denomina asesino silencioso porque una persona puede tener cifras elevadas de TA y no mostrar sintomatología alguna, o escasa sintomatología", señala el doctor Eduardo García, jefe de cardiología del Hospital Vithas Nisa Pardo de Aravaca.

La HTA es muy frecuente, afecta al 25% de la población adulta entre 35 y 65 años, y a más del 60% de las personas de más de 65 años. En el 95% de los casos la causa de la hipertensión arterial es desconocida (denominada hipertensión esencial) donde pueden influir por ejemplo la herencia, la obesidad, el sedentarismo, la ingesta de drogas y algunos medicamentos (antiinflamatorios), o la apnea del sueño. La presión arterial elevada afecta al corazón haciendo que aumente el espesor de sus paredes (hipertrofia ventrículo izquierdo) causando disminución del riego al miocardio, insuficiencia cardíaca y arritmias. Puede afectar a los vasos sanguíneos produciendo micro traumatismos en la capa interna de las arterias (endotelio) y aquí adherirse células (plaquetas) y comenzar a formarse las placas de ateroma y obstrucción de las arterias. Puede afectar a todas las arterias: coronarias (infartos), cerebrales (ictus), las de la retina y las del riñón (insuficiencia renal). Otro riesgo es que al aumentar la presión se produzcan hemorragias al romperse alguna arteria (ictus hemorrágico). (Ecodiario, 17/05/2018)

2 Objetivos

- Determinar las medidas no farmacológicas de control de HTA así como la función de enfermería en la educación sanitaria de AP.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, sobre HTA y medidas para su control.

4 Resultados

Medidas no farmacológicas para el control de HTA:

- Dieta equilibrada

Un estudio clásico que demostró el beneficio potencial de las intervenciones terapéuticas no farmacológicas en HTA fue publicado por Sacks et al en 2001. En este ensayo clínico los pacientes fueron asignados al azar a recibir una dieta norteamericana típica (grupo control) y la denominada dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Además, los participantes del estudio fueron asignados, aleatoriamente, a recibir en la dieta que les correspondiera, tres niveles distintos de ingesta de sodio (alto, 3500mg de sodio/día que equivale a unos 9g de sal/día; intermedio, 2300mg de sodio/día que equivale a unos 6g de sal/día; y bajo, 1150mg de sodio/día que equivale a unos 3g de sal/día). Se observó una disminución significativa de la presión arterial sistólica con la dieta DASH versus la dieta control en cada nivel de ingesta de sal. Es decir, la dieta DASH determinó una disminución de la presión arterial con independencia de la ingesta de sodio. Sin embargo, si se ingería, además, menos sodio, la presión arterial descendía aún más.

Así, si se compara la presión arterial sistólica promedio en el grupo con dieta control y alta ingesta de sodio con aquellos recibiendo la dieta DASH y baja ingesta de sodio, la presión arterial sistólica fue 8.9mmHg menor en los últimos. La dieta mediterránea, probablemente más cercana a la idiosincrasia alimentaria de quienes habitan América Latina, ha demostrado disminuir la incidencia de eventos cardiovasculares en un ensayo clínico con asignación aleatoria, que

incorporó exclusivamente pacientes de alto riesgo cardiovascular en un contexto de prevención primaria. Si bien el estudio no fue diseñado para evaluar específicamente un efecto beneficioso sobre la presión arterial, sí plantea la posibilidad de que este tipo de dieta sea útil para este fin.

Especialmente porque en el estudio se mostró una disminución notable en el número de ataques cerebro vasculares entre quienes fueron asignados a la dieta mediterránea versus los controles. (Soto, 2018)

- Ejercicio físico

El sedentarismo es en la actualidad una de las principales fuentes de amenaza para la salud de las personas como efecto de la inactividad física provocando los problemas cardiovasculares, la prevención, tratamiento, observación y recuperación a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles; es así que los especialistas en ciencias médicas y del deporte y consecuentemente las autoridades sanitarias recomiendan que toda persona con o sin problemas cardiovasculares incluyan en el desempeño de su vida cotidiana, tanto en el trabajo como en el hogar desarrollen actividad física de forma regular, ya sea para recuperarse o mantener su salud. Por lo tanto, es de considerar los beneficios de la actividad física como herramienta clave para solucionar los problemas propios del sedentarismo causando los problemas cardiovasculares, las nuevas recomendaciones de actividad física para la salud establecen con la aprobación de la OMS, destacan que al menos 30 minutos diarios, por lo menos cinco días de la semana, de forma continua o en sesiones acumulativas de 10 o 15 minutos de una actividad de intensidad moderada. (Prevención de paciente con problemas de sedentarismo cardiovascular, 2019)

- Control de peso corporal

El sobrepeso ocurre cuando el índice de masa corporal es igual o mayor a 25 kg/m². Por su parte, la obesidad es cuando el índice de masa corporal es igual o superior a 30 kg/m². Tanto la obesidad como el sobrepeso se consideran los factores ambientales desencadenantes más importantes de todos los implicados en la aparición de la hipertensión.

El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial desde la infancia. Se ha comprobado que por cada 10 kilos de peso ganados se produce un incremento de la tensión arterial de unos 2-3 mm Hg. El riesgo cardiovascular depende también de dónde se localice la grasa, siendo la ubicada a nivel abdominal la más peligrosa para la composición corporal. Además de causar hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, también predisponen a otras patologías como

la diabetes y la hipercolesterolemia. Todo esto aumenta aún más el riesgo cardiovascular.

- Adherencia terapéutica

El nivel exacto de adherencia terapéutica es difícil de determinar y algunas situaciones que implican la falta de esta adherencia tienen que ver con la difícil comunicación efectiva entre el profesional y el paciente, el régimen terapéutico y factores psicosociales. Las estrategias para aumentarla implican la modificación del régimen terapéutico, instruir y preparar al profesional de la salud para desarrollar una mejor comunicación y educación sanitaria al paciente. La educación a la salud es la estrategia que no solamente mejorará la adherencia, sino además puede prevenir la enfermedad, por lo que se debe considerar como una de las prioridades sanitarias del país.

La adherencia comprende diversas conductas: propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento; asistencia a citas de seguimiento; uso correcto de la medicación prescrita; realizar cambios apropiados en el estilo de vida y evitar conductas contraindicadas.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia tenemos: los olvidos simples en la toma de la medicación, la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento –si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios– más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que ésta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados. Es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen, tales como: las creencias, las actitudes, las atribuciones, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social. (Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 2006)

- Eliminación de hábitos tóxicos

Se debe desaconsejar el hábito de fumar por las graves consecuencias que tiene para la salud, en particular por su incidencia sobre el cáncer y las enfermedades

cardiovasculares, las dos causas principales de muerte en el mundo. Un paciente hipertenso que fuma incrementa notablemente su riesgo de morbilidad y mortalidad. Actualmente, y en muchos países, se desarrollan campañas de intervención en ciertos grupos de población para erradicar este hábito tan nocivo.

La ingestión excesiva de bebidas alcohólicas se asocia con diversas enfermedades como la cirrosis hepática y deficiencias nutricionales.¹⁰ El alcohol aporta calorías vacías (1g de etanol= 7 Kcal); es decir, desprovistas de nutrientes como vitaminas y minerales. El consumo de alcohol en hipertensos incrementa el riesgo de enfermedad vascular encefálica y disminuye la efectividad de la terapia hipotensora. (I & Yamilé Sarmiento Teruel, 2009)

5 Discusión-Conclusión

Para muchos el manejo de la hipertensión arterial sólo se enfoca en la prescripción de diversos medicamentos, ya que no hay un enfoque claro de manejo nutricional o interdisciplinario de la patología. Todo el tratamiento se limita al consumo de un medicamento y ante una evolución no satisfactoria, sólo se aumenta la dosis. Sin embargo, se sabe que la dieta afecta significativamente la enfermedad e influye en la severidad de las enfermedades cardiovasculares donde, muchos factores dietéticos y del estilo de vida están implicados en el desarrollo de la hipertensión .

La Hipertensión arterial es el problema de salud pública más común y se asocia con enfermedades de tipo degenerativo como la insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal crónica, enfermedad vascular periférica, entre otras. Según la Organización Mundial de la Salud la presión arterial alta, es responsable de una gran cantidad de muertes a nivel mundial.

Numerosas observaciones epidemiológicas han revelado que el nivel de la presión arterial es afectado por diversos factores del estilo de vida. Por tanto, el papel de la dieta parece ser esencial en la prevención de la hipertensión; esto incluye pérdida de peso, restricción de sodio, dieta con un elevado consumo de vegetales y frutas conocida como dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), ingesta de alcohol restringida (dos tragos al día en hombres y un trago en mujeres, para aquellas personas que suelen tomar) y ejercicio aeróbico regular (30 minutos de actividad física durante la mayoría de los días por semana). Se ha determinado que una reducción de 3 mmHg en la presión sistólica puede reducir la mortalidad por infarto en un 8% y en un 5% de la enfermedad cardiovascular.

(Solís & Maristela Jiménez Fernández, 2010)

6 Bibliografía

- Ecodiario. (17/05/2018). En España hay 14 millones de personas con hipertensión arterial.
- Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España . (2006). Revista Española de Salud Pública .
- Hipertensión arterial . (2005). Acta Médica Costarricense.
- I, P. E., & Yamilé Sarmiento Teruel. (2009). Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. ACIMED.
- OMS. (s.f.). Hipertensión.
- Prevención de paciente con problemas de sedentarismo cardiovascular. (2019). Dialnet, 32-53.
- Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica.
- Solís, V. E., & Maristela Jiménez Fernández. (2010). Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Costarr Salud Pública .
- Soto, D. R. (2018). TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Revista Médica Clínica Las Condes , Volumen 29.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 78

EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE ANTICOAGULADO

LAURA ESPINA FERNÁNDEZ

PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO

LAURA GARCIA RODRIGUEZ

SOFIA GARCIA RODRIGUEZ

MARIA NISIDA LÓPEZ IGLESIAS

1 Introducción

Actualmente, según publicaciones de la SETH (Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia) se estima que más de un millón de personas en España reciben tratamiento con anticoagulantes vía oral. Inevitablemente se supone que esta cifra irá en aumento debido al envejecimiento poblacional y a la ampliación de las indicaciones terapéuticas de estos fármacos. Desde hace más de 70 años este tratamiento está indicado en la prevención de la enfermedad tromboembólica. A día de hoy, se prescribe mayoritariamente a pacientes cardiopatas, siendo la fibrilación auricular la principal patología.

En España el ACO dicumarínico más utilizado es el acenocumarol (en comprimidos de 1mg y 4mg) mientras que en los países anglosajones es la warfarina (en comprimidos de 1,3,5 y 10mg). Estos fármacos también conocidos como fármacos antivitaminas K actúan impidiendo que la vitamina K intervenga en la reacción

de carboxilación que tiene lugar en el hígado y tras la cual los factores de coagulación II, VII, IX y X y las proteínas C y S pasan a ser proteínas activas. De este modo se alarga el tiempo que la sangre tarda en coagularse. Con el acenocumarol se puede alcanzar anticoagulación a las 36h mientras que con la warfarina se tarda unos 3 o 4 días.

Desde 2008 existen nuevos anticoagulantes orales de acción directa (ACOD) que actúan de manera específica sobre la cascada de la coagulación. Tales como: dabigatrán, rivaroxabán, apixabán.

Los ACO son considerados por el IMSP (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos Español) como medicamentos de alto riesgo. Su margen terapéutico es muy estrecho por lo que las complicaciones pueden ser muy graves. Debido a ello debe realizarse un seguimiento de control del paciente anticoagulado mediante un control analítico y un control sintomático. El control analítico que se realiza para el control del TAO utiliza el tiempo de protrombina (TP) como parámetro de medida. En los años 80 se estableció un modelo matemático estandarizado conocido como INR (Razón Normalizada Internacional). Se trata del cociente entre el TP del paciente en segundos y un TP control obtenido de plasma de un grupo de pacientes con coagulación normal.

El INR mide por tanto, el tiempo que tarda en formarse un coágulo en una muestra de sangre. En personas sin tratamiento el INR es igual a 1 y en el paciente sometido a tratamiento se recomiendan rangos entre 2 y 3 según la patología y/o las características del paciente. Un INR fuera de rango aumenta la incidencia de embolias, hemorragias graves e incluso muerte.

Periódicamente el paciente acude a consulta para realizar controles de su tratamiento anticoagulante. La enfermera cumple un papel fundamental en este proceso ya que es ella quien valora el seguimiento del tratamiento por parte del paciente mediante una entrevista clínica y mediante la obtención de muestras ya sean venosas o capilares.

2 Objetivos

- Conocer los factores que influyen en el control del TAO y el abordaje de los mismos por parte del personal de enfermería.
- Determinar las evidencias científicas disponibles sobre la educación sanitaria y rol de enfermería sobre la terapia anticoagulante.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de publicaciones relacionadas con el tema de estudio. La búsqueda se ha realizado en las siguientes bases de datos: Medline, Dialnet y CUIDEN. Las palabras clave empleadas han sido: anticoagulantes, educación sanitaria, paciente anticoagulado.

También se consultó un estudio realizado por el Consejo General de Enfermería en 2014 sobre el control, seguimiento y calidad de vida de los paciente anticoagulados.

Asimismo se ha recurrido a artículos publicados en la página web de dos de las sociedades españolas más implicadas en este tema como son la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH) y la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH). Una vez realizada la búsqueda se procedió a realizar una lectura en profundidad e ir seleccionando la información más relevante acorde a los objetivos planteados.

4 Resultados

- I. Factores que influyen en la toma de ACO y su abordaje por el personal de enfermería:

El seguimiento de este tratamiento se puede ver alterado por errores en la toma, interacciones y contraindicaciones farmacológicas y no farmacológicas, técnica de punción, estrés, actividad física, viajes, etc.

I. Toma de comprimidos:

La enfermera debe comprobar que el paciente entiende la pauta de dosis, fecha y pictogramas de la hoja de dosificación. Se recomienda una vez tomada la dosis, tacharla en la hoja para evitar olvidos y/o equivocaciones. Procurará ingerir el comprimido siempre a la misma hora, a ser posible por la tarde y alejada al menos 1 hora de las comidas principales.

Si olvidó tomar una dosis debe hacerlo lo antes posible, si se da cuenta al día siguiente tomará la que le corresponde a ese día, nunca intentará recuperar la dosis olvidada.

Si tiene duda si ha tomado o no la dosis, nunca la duplicará, anotará la duda y lo comunicará en su próximo control.

2. Fármacos que interaccionan con los ACO:

Es preciso mantener actualizado el tratamiento habitual del paciente para evitar interacciones con otros fármacos y hacer hincapié en el peligro que supone automedicarse.

AAS, AINES, alopurinol, amiodarona, antidepresivos tricíclicos, antimicóticos azoles, fenobarbital, antitiroideos, estatinas, fibratos, ISRS, IBP, macrólidos, metronidazol, rifampicinas, sulfamidas. Si necesita un analgésico de forma puntual puede tomar paracetamol.

Las inyecciones intramusculares están contraindicadas por la alta probabilidad de provocar hemorragias.

3. Contraindicaciones:

Debemos hacer referencia a dos tipos de contraindicaciones: absolutas y relativas. En el caso de las relativas debe valorar si el riesgo es superior o inferior al beneficio aportado por el fármaco.

Contraindicaciones absolutas: alergia al fármaco, HTA grave no controlable, aneurisma cerebral, proceso hemorrágico activo, incapacidad para cumplir el tratamiento, cirugía ocular o del SNC reciente, gestación (primer trimestre y último mes de embarazo).

Contraindicaciones relativas: coagulopatías, epilepsia no controlada, insuficiencia hepática y/o renal grave, malabsorción intestinal, pericarditis, patología psiquiátrica, déficit intelectual, retinopatía hemorrágica.

4. Efectos adversos:

El principal efecto secundario es la hemorragia. Ésta puede ser poco significativa (epixtasis, petequias, derrame de la conjuntiva...), importante (hematuria leve, epixtasis recidivante, esputo hemoptoico...) o grave (hematemesis, melenas, metrorragia, hematuria franca...) que requiere traslado a un hospital.

Cabe destacar la existencia también de reacciones alérgicas cutáneas, alopecia, prurito, teratogenia, diarrea, alteraciones gingivales, síndrome del dedo en púrpura (hematoma dedo de pie)...

5. Higiene:

Se recomienda el uso de cepillo dental de cerdas suaves para evitar sangrados gingivales. Además vigilar la aparición de hematomas y usar maquinilla eléctrica para evitar cortes.

6. Actividad física:

Están contraindicados los deportes que pueden provocar heridas sangrantes, es decir, los deportes de "contacto" (rugby, fútbol, artes marciales...) así como los que puedan provocar caídas graves (alpinismo, motociclismo, esquí...).

7. Dieta:

Deberá mantener una dieta equilibrada prestando atención a los alimentos ricos en vitamina K tales como las acelgas, espinacas, grelos, garbanzos, guisantes, aceite de oliva y de soja, judías, semillas, algas... debiendo moderar su consumo. Las bebidas alcohólicas pueden hacer fluctuar las cifras de INR. Un consumo agudo excesivo potencia el efecto del fármaco y un consumo crónico lo inhibe. El tabaco inhibe el efecto del TAO puesto que contiene grandes cantidades de vitamina K.

8. Viajes:

El paciente debe conocer el efecto potenciador del calor como anticoagulante y evitar por tanto, la exposición prolongada al sol. Se debe hacer un control de INR antes de salir de viaje.

9. Actuación ante golpes, heridas y sangrados:

La enfermera debe instruir al paciente para que acuda a un servicio de urgencias en caso de hemorragia grave, alteraciones en la visión o el habla, hematuria, dolor abdominal agudo, melenas, disnea brusca asociada a dolor tóraco... Así como ante la presencia de hematomas extensos en piel y mucosas. En casos de lesiones poco importantes la compresión intensa de la zona puede ser suficiente.

10. Procesos concomitantes:

- Náuseas y vómitos: si se dan tras la toma del fármaco volver a tomar otra dosis.
- Diarrea: iniciar dieta astringente y si dura más de 2 días adelantar al fecha de control.
- Fiebre: tomar paracetamol pero nunca AAS.
- Estreñimiento: supositorios de glicerina o lactulosa. Evitar los laxantes oleosos.

11. Situaciones especiales:

- En caso de cirugía mayor acudir a control entre 5 y 7 días antes, suspender el tratamiento de 3 a 5 días antes de la intervención y sustituirlo por heparina a dosis terapéuticas, siendo la última dosis profiláctica.
- En cirugía menor y endoscopias suspender el anticoagulante dos días antes e iniciar heparina a dosis profiláctica un día antes. Reanudar el tratamiento oral el mismo día de la intervención por la tarde y seguir con HBPM dos días más.
- En casos de patología odontológica acudir a control el día anterior y seguir el protocolo según el Servicio de Hematología.
- En la lactancia no hay contraindicación si se prescribe warfarina.

II. Rol de la enfermera en el seguimiento del tratamiento:

La relación anterior refleja los principales factores que influyen en el control del TAO y unas nociones básicas de como abordar las alteraciones que puedan surgir en los mismos.

El proceso de control por parte de enfermería consiste en intercambiar información con el paciente previa a la extracción de la muestra sanguínea.

Se comprobará que ha tomado la dosis prescrita, si ha tenido errores u olvidos y si se han producidos cambios importantes en su vida diaria (toma de nuevos fármacos, sangrados, traumatismos...). Permitiéndole expresar sus dudas y aumentar su conocimientos.

Según el estudio realizado por el Consejo General de Enfermería sobre el control, seguimiento y calidad de vida de los paciente anticoagulados la principal función de la enfermera es educar a pacientes y familiares sobre la importancia del control (19,9%) seguida del seguimiento del control del INR (18,3%).

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir:

- La importancia de la formación del profesional de enfermería en la materia (fármacos anticoagulantes y su control), para poder ofrecer una educación sanitaria de calidad.
- Los enfermeros realizan los controles de coagulación y ofrecen cuidados a los pacientes y a sus familiares para que aprendan a gestionar su enfermedad, siendo por tanto, una figura clave en el seguimiento del TAO.
- La existencia de evidencias científicas sobre la mejora del cumplimiento del paciente gracias a la labor enfermera en su seguimiento.

Una educación sanitaria de calidad se traduce en una disminución del riesgo de efectos adversos farmacológicos y en una mejora en la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Susana Soler Avendaño, Virginia Muñoz Escuder. Evaluación de las necesidades de educación sanitaria/satisfacción personal en el control del tratamiento de la anticoagulación oral (Sintrom). Interrelación de enfermería en Europa, 2004; 85-86

2. Consejo General de Enfermería. Estudio sobre el control, seguimiento y calidad de vida de los pacientes anticoagulados. Red la salud del paciente por delante, 2014
3. Leyva-Moral JM, Galí-Llácer R. Educación sanitaria en el tratamiento anticoagulante oral. Revista ROL Enf 2009; 32(9):573-578
4. Martínez F. (coordinador). Recomendaciones acerca del control del tratamiento anticoagulante oral ambulatorio. Documento de consenso y posicionamiento oficial de la AEHH y SETH. Barcelona: Asociación Española de Hematología y Hemoterapia (AEEH). Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia (SETH); 2002.

Capítulo 79

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS NO CONOCIDOS

DAVID ESCRIBANO COELLO

MARTA PEREZ ABIETAR

CARMEN ALARCÓN HERREROS

VERÓNICA VACÁRCEL LÓPEZ

HECTOR NAVAS DOMINGUEZ

1 Introducción

A la hora de incorporarse en un servicio nuevo el personal de enfermería sufre una de las situaciones más estresantes durante su vida laboral. Son muchas las situaciones desconocidas que afronta el profesional de enfermería en un servicio desconocido. Tales como: desconocimiento frente a situaciones de difícil manejo, equipo profesional, ubicación del material sanitario, patologías, protocolos de la unidad, etc.

Todo esto hace importante los planes de acogida de la unidad, para evitar problemas como son el burn out, depresión etc... con el objetivo de disminuir las circunstancias que son desencadenantes para la incapacidad laboral. Para ello, conocer las emociones y sentimientos del personal de enfermería podría mejorar la adaptación laboral al nuevo servicio.

Por otro lado, el hecho de no conocer el trabajo en un servicio de hospitalización nuevo, protocolos, técnicas etc hacen que los trabajadores de un hospital experimenten sentimientos y emociones desagradables como son el miedo, inseguridad etc., lo que puede provocar el síndrome del quemado (Síndrome de Burnout.)

El Síndrome Burnout (quemado, fundido) es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y 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 profundas depresiones.

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 organizacionales y sociales. Por todo lo anterior me parece relevante realizar un proyecto de investigación con el objetivo general de determinar los sentimientos y emociones del personal de enfermería en servicios no conocidos hospitalarios.

2 Objetivos

Objetivo general: determinar los sentimientos y emociones del personal de enfermería en servicios no conocidos hospitalarios.

Objetivos específicos:

- Conocer los sentimientos y emociones del personal de enfermería en servicios de nueva incorporación
- Determinar las causas de estrés en el personal de enfermería a la hora de incorporarse en un nuevo servicio.
- Conocer el afrontamiento de estrés por parte del personal de enfermería durante la incorporación en un servicio desconocido

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en buscadores como google académico, el editorial elsevier, bases de datos como scielo y diferentes fuentes bibliográficas. La búsqueda se realiza en idioma castellano, utilizando como palabras clave: sentimiento, estrés, afrontamiento, miedo.

4 Resultados

El inicio de la actividad laboral del profesional de enfermería supone un reto personal muy significativo.

- Entre los sentimientos y emociones más relevantes estarían incluidas: miedo, ansiedad, inseguridad, depresión etc. Los planes de acogida son un recurso imprescindible para lograr una inclusión óptima del profesional en el servicio.
- Entre las causas más influyentes que pueden desencadenar una situación de estrés en el profesional se encuentran: desconocimiento del lugar donde se encuentra el material, los protocolos de la unidad, funcionamiento del servicio, tipología de paciente, equipo profesional etc...
- El afrontamiento del estrés conlleva la formación activa del profesional vinculada al servicio hospitalario es un condicionante para reducir el estrés y mejorar su adaptación.

5 Discusión-Conclusión

Según este estudio bibliográfico podemos decir que existe evidencia que constata que un plan de acogida reduce significativamente el estrés del profesional de enfermería al entrar en un servicio nuevo. Por otro lado, un déficit en el afrontamiento en esta circunstancia laboral puede desencadenar conductas no saludables y consecuencias negativas para la salud del profesional.

6 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.
- Maslach y Leiter (1997) *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matteson e Ivancevich (1987) *Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies*. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Da Silva E, Pimenta A. Stress, coping (enfrentamiento) y salud general de los enfermeros que actúan en unidades de terapia intensiva y problemas renales. *Enferm Global* 2004; (4)1-14. 2.

- Landy F. Psicología industrial: introducción a la psicología industrial y organizacional. México: McGraw-Hill, 2005. p. 551-565. 3.
- Lazarus R. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986. p. 43-46
- Martínez Muñoz M. Valoración de la eficacia del manual de acogida para el personal de nueva incorporación. www.revistareduca.es.
- Servicio andaluz de empleo, Colexphal. Plan de acogida.
- <http://www.juntadeandalucia.es/empleo/transnacionalidad/proyectos.html>. [Online].; 2009 [cited 2014 ENERO 11. Available from:
- <http://www.coexphal.es/pdf/euroempleo>
- Junta de Castilla y León. Manual de acogida en una empresa con igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. www.jcyl.es. [Online].; 2010 [cited 2014 Enero 13. Available from

Capítulo 80

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

GLORIA VALDÉS PELÁEZ

AIDA VALLINA RIESTRA

1 Introducción

La lactancia materna (LM) es el alimento indicado para los lactantes durante sus primeros meses. Lo ideal sería comenzarla durante la primera hora de vida del recién nacido para así estimular cuanto antes la producción de leche.

La leche materna se va adaptando a las necesidades del bebé. Durante los primeros días se llamará calostro, que es una leche rica en proteínas, minerales y vitaminas y que protege al recién nacido de infecciones. Desde los seis días de vida, la leche se llamará leche madura, compuesta por hidratos de carbono, proteínas y con un alto contenido en grasa. La OMS recomienda LM exclusiva hasta los 6 meses y mantenerla hasta los 2 años con los alimentos complementarios apropiados.

2 Objetivos

Determinar los beneficios de la lactancia materna (LM) en el recién nacido y la madre, además de sus características.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos científicas en artículos relacionados con el tema en un periodo que abarca desde el 2009 hasta el 2019.

Las palabras empleadas para la búsqueda de información han sido: lactancia materna, cáncer de mama, fórmulas lácteas, lactancia

4 Bibliografía

- Lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019
- Broche Candó R, Sánchez Sarría O, Rodríguez Rodríguez D, Pérez Ulloa L. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva
- Jiménez M. R, Aranda E, Aliaga P, Alípaz A, López N, Rocha S et al. BENEFICIOS NUTRICIONALES DE LA LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE 6 MESES
- Avila WM, Pordeus IA, Paiva SM, Martins CC. Breast and Bottle Feeding as Risk Factors for Dental Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One 2015;10(11):e0142922
- Características de la leche materna [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. 2019

Capítulo 81

CAÍDAS EN EL ANCIANO EN LA COMUNIDAD

MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ

MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO

SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La OMS define la caída como “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”.

Los tipos de caída son:

- Accidental (factor extrínseco).
- No accidental (factor intrínseco).

Las caídas en ancianos constituyen un problema de salud pública por su alta prevalencia. Cualquier caída en este tipo de población debe ser tratada como un hecho potencialmente grave y con un posible riesgo de recidiva. La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población. Los ancianos muchas veces lo aceptan como parte inevitable del envejecimiento, por ello el equipo de atención primaria debe, de forma activa, buscar dentro de su población aquellos pacientes con riesgo de sufrir caídas. Para ello es necesario conocer las causas más frecuentes que provocan las caídas en el anciano y la prevención de las mismas.

El envejecimiento en sí es un factor de riesgo de caída, al que se añaden otras enfermedades discapacitantes que aumentan dicho riesgo. También existen fac-

tores favorecedores extrínsecos como son: obstáculos, vestimenta o calzado inadecuado, efectos medicamentosos... La caída y las lesiones resultantes son factores de deterioro funcional y de riesgo de institucionalización. El mecanismo de la caída es multifactorial en el 60% de los casos y necesita una asistencia médica multidisciplinar. Su porcentaje en instituciones es tres veces superior al que se da en la comunidad.

2 Objetivos

- Identificar estudios científicos que ayuden a indentificar los factores relcionados con las caídas en ancianos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas (PubMed, Scielo), así como en Elsevier. Todos son artículos publicados en los últimos cinco años. Esta búsqueda se ha llevado a cabo mediante los siguientes descriptores: anciano, caída, comunidad, fragilidad.

4 Resultados

- Los estudios científicos encontrados de mayor relevancia en la literatura científica son:

En un estudio transversal realizado en Sao Paulo en 2013 para determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores que viven en el hogar e identificar el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria entre los que cayeron y los que no, se identificaron caídas en el 37.8% de las personas entrevistadas. Las caídas fueron más frecuentes entre las mujeres (25,2%) y los más jóvenes (23%). No encontraron asociación entre las caídas y las actividades instrumentales de la vida diaria, aunque sí hubo una asociación entre las caídas y las actividades básicas de la vida diaria, ya que los que cayeron eran personas más dependientes para estas actividades.

En un estudio con 1610 pacientes, se analizaron al 93,6% del total. Los pacientes tenían una edad muy avanzada y alto grado de comorbilidad, polifarmacia y síndromes geriátricos previos. La caída solía suceder de día, en domicilio y en la

mitad de casos sin testigos. Un 48% refirió miedo a caerse, un 22% presentó deterioro funcional agudo, un 16% precisó ingreso hospitalario y un 0,6% falleció. Se realizaron recomendaciones para prevenir caídas en el 33,8% de los casos. La disminución de la agudeza auditiva, deterioro cognitivo, atención médica en el lugar de la caída, miedo a volver a caerse, deterioro funcional agudo y hospitalización se asociaron con mayor probabilidad de recomendaciones para prevenir caídas, y la disminución de la agudeza visual con menor probabilidad.

Se incluyeron en un estudio descriptivo transversal a 150 pacientes mayores de 75 años. El 62% fueron mujeres, con una media de 8,0 fármacos/paciente. El 96,7% tenían prescrito algún fármaco de riesgo, con una media de 1,7 fármacos de riesgo/paciente. El 3,3% de pacientes no presentaban riesgo, el 70,7% tenían riesgo bajo, el 0,7% tenía riesgo medio y el 25,3% tenían alto riesgo de caídas. El 71,8% de los pacientes con alto riesgo sólo tenían prescrito un fármaco de riesgo. El riesgo medio en pacientes de residencias fue mayor al de pacientes en domicilio.

En un estudio de casos y controles en residentes institucionalizados de 65 años o más con antecedentes de caídas o fractura de cadera en el año anterior a la admisión entre 2005 y 2009, el riesgo de caídas graves fue mayor en los residentes con 3 o más dosis diaria estandarizada de medicamento del SNC que en aquellos sin esta medicación. Aquellos con 1.0 a 2.9 dosis diaria estandarizada de medicamento del SNC tenían un riesgo similar al de aquellos con 0 dosis estandarizadas de medicación del SNC.

En un estudio descriptivo retrospectivo con 160 casos recogidos en los partes de caídas de un centro, el 73,1% de las personas que caían eran mujeres, con una media de edad de 85,73 años. El 73,1% de estas caídas coexistía con un riesgo alto según la escala de Tinetti. El 48,1% de las caídas se produjeron por la mañana; un 39,4% fue en la habitación, y el tipo de suelo era el no antideslizante en un 79,4% de los casos.

Y ya como curiosidad, en un estudio de la India donde estudiaron la prevalencia de la caída entre las personas mayores que viven en hogares de ancianos, hicieron una encuesta transversal entre 335 personas de 60 años o más, que vivían en hogares de ancianos de Delhi. Al menos 1 episodio de caída fue informado por el 16,4%, de los cuales, la lesión y la discapacidad fueron sostenidas por 54,5% y 23,3%, respectivamente. Se mostró que la edad y el consumo de tabaco se asociaron significativamente con los incidentes de caída. Por cada unidad de aumento de edad, la tasa de incidencia aumentó 1.02 veces. Ser un consumidor anterior de tabaco tuvo una tasa de incidencia estadísticamente significativa de 1.57 veces en

comparación con los no consumidores de tabaco.

5 Discusión-Conclusión

En los estudios descritos, se observa un mayor número de caídas cuando existe un riesgo alto según la escala de Tinetti y coexiste algún factor ambiental, y se detectó una importante prevalencia de ancianos con alto riesgo de caídas. Los residentes de hogares de ancianos con antecedentes de caídas o fracturas de cadera que recibieron 3 o más dosis estandarizadas de medicamentos del SNC tenían más probabilidades de sufrir una caída grave recurrente que aquellos que no tomaban medicamentos para el SNC.

Por todo esto, realizar una valoración del anciano mediante escalas de valoración, por ejemplo la escala Tinetti, detectar los pacientes de riesgo, evitar los fármacos predisponentes (fármacos del SNC, diuréticos, antihipertensivos...) o vigilar la toma de los mismos, evitar la polimedicación en el anciano, disminuir los riesgos ambientales... contribuirá a mejorar la seguridad de estos pacientes.

6 Bibliografía

- Pathania A, Haldar P, Kant S, Gupta SK, Pandav CS, Bachani D. Prevalence of fall, and determinants of repeat incidents of fall in older persons living in old age homes in the National Capital Territory of Delhi, India. *Natl Med J India*. 2018 Nov-Dec;31(6):329-333.
- Aspinall SL, Springer SP, Zhao X, Cunningham FE, Thorpe CT, Semla TP, Shorr RI, Hanlon JT. Central Nervous System Medication Burden and Risk of Recurrent Serious Falls and Hip Fractures in Veterans Affairs Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Jan;67(1):74-80.
- Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani, et al. "Falls in older adults living at home and their association with daily living activities" *Enfermagem Uerj*, vol. 23, no. 5, 2015, p. 589. Gale OneFile: Informe Académico, Accessed 7 Dec. 2019.
- Miró O; Nayla Brizzi B, Aguiló S, Alemany X, Jacob J, Llorens P, Herrero Puente P, González Ramón B, Castro Jiménez V, Torres Machado V, Cenjor R, Gil A, Rico V, Martínez Nadal G, Lázaro del Nogal M, Martín-Sánchez FJ. Profile of older patients attended in the emergency department after falls: a FALL-ER registry study of the magnitude of the problem and opportunities for improving hospital emergency care. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2018, Vol. 30, N°. 4, págs. 231-240.

- Roson González C. Seguridad en el paciente anciano. Fármacos y riesgo de caídas. NURE investigación: Revista Científica de enfermería, 2017, Vol. 14, N°. 89.
- Samper Lamenca B et al. Análisis de las caídas en una residencia de ancianos y de la influencia del entorno. Gerokomos [online]. 2016, vol.27, n.1, pp.2-7.

Capítulo 82

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS EN LOS PACIENTES DURANTE PROCESO DE RADIOTERAPIA

MARIA MORA ORTEGA

1 Introducción

Las células cancerígenas del cuerpo se multiplican más rápidamente que las células normales. La radioterapia utiliza rayos X de alta potencia, partículas o semillas radiactivas para destruir las células cancerígenas. Como la radiación es más dañina para las células que se reproducen rápidamente, la radioterapia causa más daño a las células cancerígenas que al resto. En algunos casos es necesario una combinación con otras terapias como la cirugía o la quimioterapia.

2 Objetivos

Describir efectos secundarios de la radioterapia y sus los cuidados para minimizar tales efectos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica que existe sobre la radioterapia, sus efectos secundarios y los cuidados necesarios para evitarlos.

Para ellos se han consultado distintos artículos de varias bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando algunas publicaciones académicas revisadas. Usando como palabras clave: radioterapia, cáncer, xerostomía, respiración estertorosa.

4 Resultados

Distintos efectos secundarios y cuidados para evitarlos:

- Xerostomía: Es la disminución de la saliva como efecto secundario. Se minimiza aumentando la ingesta de líquidos, facilitar un ambiente húmedo, no usar chicles ni caramelos mentolados masticando en su lugar fruta sobre todo piña, tomar dos perlas de aceite onagra al acostarse, realizar los enjuagues con manzanilla y limón, usar pilocarpina para estimular la salivación, y bálsamo labial. Siempre está recomendado un seguimiento con el dentista.
- Mucositis: Es la inflamación de la mucosa del tracto gastrointestinal. Se recomienda evitar la ingesta de comidas y alimentos ácidos y/o picantes, comer los alimentos a temperatura ambiente, ingerir una dieta blanda o líquida, no utilizar la dentadura postiza y realizar enjuagues con agua tibia, incluso usando lidocaína al 2%.
- Disnea: Ahogo o dificultad para respirar. Si presentan ansiedad como consecuencia se pueden administrar benzodiazepinas, morfina o midazolam intravenoso para minimizar dicha dificultad.
- Respiración estertorosa: Respiración ruidosa que se acompaña de ronquido. En estos casos es bueno permanecer en decúbito lateral, usar anticolinérgicos, clorhidrato de escopolamina subcutánea, N-butilbromuro de hioscina (buscapina) y no está recomendada la aspiración de secreciones.
- Tos: Reflejo que mantiene despejada la garganta y las vías respiratorias. Aunque puede ser molesta. Se puede mejorar con técnicas de fisioterapia respiratoria, aumentando la ingesta hídrica, manteniendo humedad ambiental elevada e incluso administrando opioides y buscapina.
- Hipo: Contracciones involuntarias del diafragma, debidas a una irritación del nervio frénico. Mejora con metoclopramina.
- Insomnio: El insomnio es un trastorno del sueño consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño. Mejora con benzodiazepinas.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de los posibles efectos secundarios que produce la radioterapia por parte del personal sanitario es muy importante para poder recomendar los cuidados de una manera más específica y personalizada a cada paciente o a sus familiares o cuidadores para que así el proceso sea lo menos agresivo posible y les permita llevar una vida diaria más cómoda.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 83

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LAS BASES DE LA MAMOGRAFÍA

ANGELA LÓPEZ SUÁREZ

RAQUEL PEREZ PEREZ

RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

CRISTINA BALMASEDA MENENDEZ

JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS

1 Introducción

El objetivo final de la detección no es detectar el cáncer de mama en una etapa temprana, sino salvar vidas. Un beneficio adicional de la detección es que los tumores pequeños detectados por detección pueden tratarse eficazmente con regímenes menos agresivos y agresivos que los tumores más grandes. La mamografía de diagnóstico utiliza el mismo procedimiento basado en rayos X, pero el radiólogo la adapta a los signos o síntomas de pacientes específicos. Este procedimiento está diseñado para diagnosticar signos o síntomas de enfermedad de seno previamente observados en un hombre o mujer, o para determinar la presencia o ausencia de cáncer de seno en alguien con antecedentes personales de cáncer de seno o enfermedad de seno comprobada por biopsia.

El principio fundamental de la detección de cualquier enfermedad es que encontrar la enfermedad antes de que se desarrollen los síntomas permite la detección

en una etapa menos avanzada, y que iniciar el tratamiento en ese momento reducirá los efectos adversos de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud describió los principios de la detección eficaz en 1968 y hoy son tan ciertos como lo eran entonces.

Las implicaciones de estos principios son que la enfermedad debe ser lo suficientemente prevalente dentro de la población o la subpoblación que se evalúa para justificar la realización de pruebas a personas que no muestran signos o síntomas de la enfermedad.

2 Objetivos

- Identificar las bases de la detección mediante mamografía.
- Establecer las ventajas y desventajas de la mamografía.

3 Metodología

Nuestro tipo de proyecto será una revisión bibliográfica de la bibliografía que actualmente existe sobre el tema. Realizaremos una búsqueda bibliográfica en febrero en diferentes buscadores científicos, PubMed, MedLine, Dialnet y Google académico, y filtraremos los resultados atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente realizaremos una nueva búsqueda en mayo para ampliar nuestra bibliografía y complementar la información obtenida previamente, con el objetivo de hacer una revisión lo más completa posible.

Tras seleccionar los artículos que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, haremos un resumen de la información obtenida intentando agrupar toda la información y explicar su funcionamiento y utilidades.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Artículos en los que las palabras claves estén presentes en título o resumen.
- Artículos donde los sujetos sean mayores de edad o menores con permiso de los tutores legales.
- Artículos en los que tengamos acceso al texto completo.
- Artículos relacionados con la mamografía, la protección radiológica...
- Artículos relacionados con las secuencias de difusión. Descartaremos aquellos artículos que no cumplan con los criterios de inclusión, por lo que será nuestro criterio de exclusión.

Una vez leídos todos los artículos realizaremos un resumen de los resultados obtenidos. Finalmente elaboraremos las conclusiones de nuestra revisión bibliográfica.

4 Resultados

El valor de una herramienta de detección está determinado por la relación entre la naturaleza de la enfermedad que se analiza y las características de rendimiento de la herramienta de detección. La especificidad se refiere a la proporción de resultados verdaderamente negativos, o pruebas que indican correctamente que una mujer no tiene cáncer de seno entre las mujeres examinadas sin cáncer de mama. La sensibilidad hace referencia a la proporción de verdaderos positivos.

El valor predictivo positivo mide la probabilidad de que un paciente con un resultado positivo en la prueba tenga la enfermedad. El valor predictivo está determinado por la sensibilidad y especificidad de la prueba, y la prevalencia de la enfermedad en la población que se está probando. Debido a que el objetivo final de la detección es salvar vidas al detectar el cáncer lo suficientemente temprano para que se administre un tratamiento curativo efectivo, la efectividad de la detección debe medirse en términos de reducción de la mortalidad por cáncer. De hecho, los ensayos de mamografía que se han realizado han involucrado a un total de más de medio millón de participantes.

La densidad mamaria generalmente se mide como parte de la interpretación mamográfica clasificando una mamografía de acuerdo con la escala de densidad mamaria “Breast Imaging Reporting and Data System” de 4 puntos establecida por el American College of Radiology . La escala fue revisada en 2003 y ahora pide a los radiólogos que incluyan el «porcentaje de densidad glandular» o el porcentaje de tejido mamario que es mamográficamente denso, al caracterizar la composición mamaria. Sin embargo, solo existe un acuerdo moderado entre los radiólogos sobre estas lecturas de densidad, y varios investigadores han intentado desarrollar un enfoque cuantitativo estándar para la medición de densidad mamográfica, como mediante el uso de digitalizadores de rayos X y sistemas de detección cuantificables mediante algoritmos de densidad.

En general, el estado menopáusico, el peso y la paridad representan del 20 al 30 por ciento de la variación ajustada por edad en el porcentaje de tejido mamario denso. Las mujeres más jóvenes tienden a tener mamas más densas y, por lo tanto, a menudo tienen mamografías difíciles de interpretar. Los senos que son

mamográficamente densas también tienden a tener áreas que no son densas. Las mujeres son ligeramente más propensas a tener senos extremadamente densos durante las últimas 2 semanas del ciclo menstrual, aunque esto generalmente no es clínicamente significativo.

Sin embargo, realizar una mamografía durante las primeras 2 semanas del ciclo menstrual puede aumentar la precisión mamográfica, probablemente porque las mujeres no sienten tanta incomodidad durante la compresión mamaria. Esto aumenta la probabilidad de obtener un examen sin movimientos notables del paciente, lo que puede degradar la calidad de la imagen y limitar la capacidad de encontrar cánceres. Las poblaciones de nativos americanos suelen tener tejido mamario de menor densidad, y las poblaciones asiáticas tienen un tejido mamario de mayor densidad que las poblaciones afroamericanas y blancas en general. Una solución a las dificultades planteadas por los senos densos podría ser realizar una ecografía en todas las mujeres con senos particularmente densos.

Esta es una práctica estándar en Corea y se realiza en muchas instalaciones en los Estados Unidos, pero, hasta la fecha, no se han publicado datos que indiquen que esto mejoraría los resultados y qué mujeres se beneficiarían.

Ventajas y desventajas de la mamografía:

Los estudios retrospectivos indican que los costos adicionales de evaluar resultados falsos positivos pueden sumar hasta un tercio del costo total de la detección para todas las mujeres. Dada la dificultad conocida para medir el dolor de manera confiable, es importante evaluar las metodologías utilizadas en estos informes (2, 4). Por ejemplo, estudios relacionados encontraron que solo el 2 por ciento de las mujeres informaron dolor usando una escala de dolor de 6 puntos, mientras que 75 hasta el 85 por ciento de las mismas mujeres informaron dolor al usar las dos medidas más complejas de dolor. Estudios recientes y adecuadamente diseñados informan que solo el 15% o el 28% de las mujeres experimentaron dolor moderado o intenso. El daño emocional incluye la ansiedad de esperar resultados, que puede llevar días o semanas.

- Ansiedad

Los niveles de ansiedad de las mujeres se midieron en una escala de 0 a 5. Sus niveles de ansiedad eran consistentemente aproximadamente tres veces más altos que para las mujeres cuyas mamografías habían sido negativas desde el principio, pero aún estaban «moderadamente ansiosas» y no «muy ansiosas» hasta ocho semanas después de la resolución del falso positivo.

El nivel de ansiedad inicial de las mujeres fue un fuerte predictor de sus niveles

de ansiedad después de un resultado negativo. Dos estudios informan que la experiencia de una mamografía falsa positiva no disuade a las mujeres de hacerse mamografías posteriores.

- Biopsias

En el caso de una mamografía positiva, una mujer debe someterse a una fase de evaluación secundaria que involucra una biopsia quirúrgica con aguja o abierta para establecer un diagnóstico definitivo. Las tasas de biopsia para casos sospechosos de cáncer de mama varían considerablemente entre países, lo que indica que las limitaciones técnicas de la mamografía son solo una de las razones de las biopsias. Por ejemplo, el médico debe tener en cuenta no solo el riesgo de cáncer de mama de una paciente, sino también su confianza en los resultados mamográficos, así como los riesgos asociados con el sistema de atención médica, como el riesgo de demandas por mala práctica. En principio, la estratificación de riesgo mejorada debería dar como resultado una tasa más baja de biopsias para afecciones benignas porque habría un grupo más pequeño de mujeres de bajo riesgo que se examinarían. Las biopsias «innecesarias» también pueden reducirse mediante el uso de tecnologías complementarias.

- Riesgos de las radiaciones ionizantes en mamografía

Las altas dosis de radiación, como las que ocurrieron en la década de 1930 a 1950 debido a la radiación de la bomba atómica, múltiples radiografías de tórax y tratamiento de radiación para la enfermedad de la mama, se asociaron con una mayor incidencia de cáncer de mama. Sin embargo, la sensibilidad a la radiación entre las mujeres cae precipitadamente después de los 35, y, aunque se justifica cierta precaución para el cribado mamográfico regular de las mujeres menores de 35 años, cálculos indican que el riesgo de radiación es extremadamente pequeño en comparación con los beneficios, incluso para las mujeres en sus cuarentas. Además, desde los primeros días de la mamografía, la calidad de la imagen ha mejorado notablemente y la exposición a la radiación se ha reducido considerablemente, por lo que la cantidad promedio de la radiación absorbida durante una mamografía ahora es muy baja.

Estudios recientes citados en los medios de comunicación han provocado cierta alarma que informa un mayor daño al ADN en células humanas en cultivos de dosis de rayos X bajas que altas. Además, debido a que las mutaciones BRCA1 y BRCA2 están asociadas con una reparación deficiente del ADN es teóricamente posible que las mujeres con mutaciones BRCA sean más sensibles a los efectos mutagénicos de la radiación. Sin embargo, los estudios de células de mamíferos en

placas de cultivo han arrojado resultados inconsistentes, y no se puede suponer que las células aisladas predigan efectos comparables en la salud humana (5,6).

5 Discusión-Conclusión

La mamografía es una herramienta de detección precoz muy útil con un muy bajo riesgo para las pacientes. Actualmente cada vez existen técnicas mas precisas y tanto el personal Técnico que ejecuta las pruebas como el personal anexo de enfermería y radiología están cada vez mas formados para disminuir los posibles “efectos adversos” que pueden surgir a las pacientes a la hora de realizar las pruebas (Ansiedad, nerviosismo, dolor...).

Por último, la inclusión de la inteligencia artificial en la mamografía, particularmente el “deep learning”, se está desarrollando actualmente en un esfuerzo por ayudar y posiblemente incluso reemplazar a los radiólogos. Se ha argumentado que la participación está impulsada por la comprensión de los participantes de los beneficios de la detección. La futura introducción de IA y la toma de decisiones computarizada en la detección del cáncer de mama podría poner en peligro las tasas de participación si las mujeres no confían en los exámenes de IA.

Una publicación reciente sobre la confianza de los médicos en la inteligencia artificial hace referencia a un informe de noticias en coreano que afirma que los pacientes coreanos seguirían el consejo de AI sobre el consejo de un médico con respecto al tratamiento del cáncer, siendo el objetivo de este estudio fue encuestar las actitudes de los participantes del cribado hacia el uso de la IA en el futuro.

6 Bibliografía

1. Andrews FJ. Pain during mammography: implications for breast screening programmes. *Australas Radiol.* 2001;45(2):113–117. [PubMed]
2. Buerger H, Otterbach F, Simon R, Poremba C, Diallo R, Decker T, Riethdorf L, Brinkschmidt C, Dockhorn-Dworniczak B, Boecker W. Comparative genomic hybridization of ductal carcinoma in situ of the breast-evidence of multiple genetic pathways. *J Pathol.* 1999;187(4):396–402. [PubMed]
3. Bur ME, Zimarowski MJ, Schnitt SJ, Baker S, Lew R. Estrogen receptor immunohistochemistry in carcinoma in situ of the breast. *Cancer.* 1992;69(5):1174–1181. [PubMed]
4. Chen JJ, Silver D, Cantor S, Livingston DM, Scully R. BRCA1, BRCA2, and Rad51

operate in a common DNA damage response pathway. *Cancer Res.* 1999;59(7 Suppl):1752s–1756s. [PubMed]

5. Oh S, Kim JH, Choi SW, et al. Physician confidence in artificial intelligence: an online mobile survey. *J Med Internet Res* 2019; 21:e12422. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

6. Rodriguez-Ruiz A, Krupinski E, Mordang JJ, et al. Detection of breast cancer with mammography: effect of an artificial intelligence support system. *Radiology* 2019; 290:305–314. [PubMed] [Google Scholar]

Capítulo 84

CONCILIACIÓN FAMILIAR EN EL ÁMBITO LABORAL

PATRICIA MARTINO VALDES

BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ

CRISTINA COLUNGA VILLAR

1 Introducción

La RAE la define como: “La participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas, laboral, educativo y de recursos sociales, con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales, y cubrir las necesidades de atención y cuidado a personas dependientes”

A principios de los años 80 comienza el aumento de la participación de la mujer trabajadora en España, aumentando paulatinamente durante el resto del siglo XX y comienzos del XXI. Los datos recogidos por el INE cifra en 26,8% las mujeres en el mercado laboral en 1981 y hasta el 46,5% en 2005. (Fernández Cordon & Tobio Soler, 2005).

Hoy en día se tiende a reconocer la conciliación como la respuesta más eficaz para frenar el descenso de la natalidad. El principal rasgo que se resalta es la satisfacción laboral y esta viene relacionada con una mejor relación trabajo-laboral por lo que son más propensos a una mayor satisfacción profesional. Por otro lado es habitual que el absentismo sea un conflicto trabajo-familia y que este

aumente cuando aumenten las situaciones críticas familiares.(Biedma Ferrer & Medina Garrido, 2014)

2 Objetivos

- Establecer medidas para la adaptación de la vida familiar y laboral a través del trabajador, familia, empresa y administraciones públicas.
- Identificar las medidas establecidas en España para la conciliación familiar.

3 Metodología

Se han revisado multitud de artículos científicos sobre la conciliación y la vida familiar en el trabajador a través de PubMed y Scielo. así como consultas en las bases de datos del INE(Instituto nacional de estadística). Se han cotejado datos desde los años 80 hasta la actualidad, seleccionando aquellos que presentaban mayor rigurosidad y base científica

También se han utilizado palabras clave para la búsqueda como: conciliación, familia, natalidad entre otras.

4 Resultados

La adaptación de la vida familiar y laboral, que se consigue a través de la unión de varios factores que son principalmente:

- La colaboración por parte de la familia, esto incluye no solo que la pareja ayude a la mujer en las tareas domésticas y ayuda en el cuidado de niños si los hubiese o personas dependientes, sino que los propios hijos una vez alcanzada cierta edad también adquieran un compromiso en el hogar.
- La Administración Pública, es la encargada de dotar al sistema de las herramientas necesarias mediante el diseño de políticas sociales y familiares .
- Las empresas, aplicando las medidas dadas por la administración en políticas de igualdad y de conciliación familiar entre sus trabajadores, sin discriminación de género.
- El propio trabajador/a, no renunciando a su derecho por miedo a represalias por parte de la empresa o administración pública y ejerciendo su derecho a una conciliación siempre de manera responsable.

- Los sindicatos, ayudando en informando a trabajadores de sus derechos, así como controlando que se cumplan por parte de la administración o empresa privada.

Aún así no siempre se consigue esta igualdad y en la actualidad las mujeres españolas que deciden permanecer en el mercado laboral, tienen que con frecuencia, renunciar a su vida familiar. (Artacoz, y otros, 2002)

Actualmente en España existen distintas medidas para fomentar la conciliación de la vida laboral y familiar, entre ellas cabe destacar las siguientes situaciones:

- Permiso por nacimiento para la madre biológica: esta será de 16 semanas, de las cuales seis serán inmediatamente posteriores al parto, éstas serán de descanso obligatorio e ininterrumpido y le corresponderá el 100% de la remuneración económica.

- Permiso del progenitor diferente de la madre biológica por nacimiento: tendrá una duración de 16 semanas de las cuales seis serán inmediatamente posteriores al hecho causante y de descanso obligatorio, al igual que en el anterior supuesto este permiso contará también con el 100% de la remuneración.

- Permiso de lactancia: si el hijo es menor de 12 meses se tendrá derecho a una hora de ausencia de su puesto de trabajo que podrá dividir en dos fracciones si así lo desea.

- Excedencia para cuidado de hijos y otros familiares: en el caso del cuidado de descendencia este periodo no será superior a los 3 años y se contará desde la fecha de nacimiento y en el supuesto de familiar dependiente podría aplicarse hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad por razones de edad, accidente, enfermedad o discapacidad y se dispondría igualmente de un máximo de tres años.

- Reducción de la jornada laboral: Los progenitores con hijos menores de 12 años podrán disponer de una reducción de la jornada, la cual conllevaría una disminución proporcional de sus retribuciones. (Públicas, 2015) El no cumplimiento o impedimento por parte de la empresa o administración pública para disfrutar de los supuestos anteriormente mencionados conlleva una disminución de la natalidad en España, viéndose las familias y en especial las mujeres incapaces de lograr una conciliación efectiva y real.

5 Discusión-Conclusión

A grandes rasgos lo que se pretende con la conciliación familiar es conseguir que tanto padres como madres puedan acceder al mercado laboral en igualdad

de condiciones, sin que la situación familiar dificulte el acceso al empleo o el desempeño de cargos de mando o responsabilidad. En la segunda mitad del S.XX se ha producido un gran cambio en la situación laboral de hombres y mujeres. Las mujeres han dejado de orientar su vida en pareja y han empezado a hacerlo en el mercado laboral, sobre todo en aquellos casos que cuentan con un mejor puesto de trabajo

Queda de manifiesto que es de vital importancia para el desarrollo de una vida laboral plena que esta se pueda conjugar con una vida personal satisfactoria, pudiendo compaginar ambas sin que una sea excluyente de la otra, pudiendo ejercer su derecho al cuidado de la familia , el desarrollo de su personalidad y carrera profesional, así como el disfrute de su tiempo libre y ocio.

Y para conseguir que esto sea una realidad y no una utopía todos debemos colaborar y tomar medidas desde la administración hasta el propio trabajador sin olvidar a los sindicatos ,ya que por desgracia muchas mujeres españolas, sobre todo las de las clases sociales más desfavorecidas siguen orientando su vida hacia la familia, abandonando el trabajo remunerado cuando lo han tenido, ya que si no existe una verdadera conciliación familiar su salario no es compensatorio con tener que asalariar a una tercera persona para el cuidado de sus hijos o personas dependientes a su cargo, de ahí la importancia de una verdadera y eficaz conciliación.

6 Bibliografía

- Artacoiz, L., Borrel, C., Merino, J., García Calvente, M. d., Sanchez Cruz, J., Deponta Codina, A., y otros. (2002). Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar.
- Biedma Ferrer, J., & Medina Garrido, J. (2014). Impacto de la conciliación laboral y familiar en el desempeño organizativo.
- Fernández Cordon, J., & Tobio Soler, C. (2005). Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.
- Públicas, M. d. (2015). Real Decreto Legislativo, texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

Capítulo 85

EMPLEO DE TERAPIAS NO CONVENCIONALES EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS CRÓNICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

RUBÉN DELGADO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La curación de heridas crónicas es una de las principales labores desempeñadas por el personal de enfermería en el ámbito de atención primaria. Esto genera la necesidad de que estos profesionales sean capaces de identificar y valorar múltiples aspectos relacionados con las heridas; etiología, características, evolución, etc., lo que permitirá adecuar el tratamiento de forma individualizada a cada lesión y garantizar su correcta y temprana curación.

La cura tradicional resulta efectiva en un gran porcentaje de las heridas que son tratadas en los centros de atención primaria. Sin embargo, en muchos casos estas heridas tienden a cronificarse, siendo necesario el empleo de otras medidas no convencionales que permitan su curación.

2 Objetivos

- Analizar las indicaciones de las terapias no convencionales de curación de heridas.
- Identificar los beneficios de las terapias no convencionales de curación de heridas.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos electrónicas como Pubmed, Cuiden, Scielo, MEDES y Medline, debido a su relevancia en el campo de ciencias de la salud tanto a nivel nacional como internacional.

Se emplearon los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS); Heridas (Wounds), Úlcera Cutánea (Skin Ulcer), Úlcera por Presión (Pressure Ulcer), Terapia (Therapeutics), Larva (Larva) y Terapia de Presión Negativa para Heridas (Negative-Pressure Wound Therapy), los cuales fueron introducidos en los buscadores de forma individual, así como combinados mediante los Operadores Booleanos AND y OR, dando lugar a las siguientes fórmulas de búsqueda; “Terapia AND Larva AND (Heridas OR Úlcera Cutánea OR Úlcera por presión)” y “Terapia de Presión Negativa para Heridas AND (Heridas OR Úlcera Cutánea OR Úlcera por presión)”.

Se incluyeron dentro del estudio aquellos artículos que hubieran sido publicados desde el año 2000 hasta la actualidad y que contasen con alguna de las palabras clave en su título o resumen.

Como resultado de la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 34 artículos, de los cuales se eliminaron aquellos que no cumplieron los criterios de inclusión, así como los que no presentasen relevancia en el estudio, limitándose el número de artículos a 9.

4 Resultados

- Algunas de las terapias no convencionales más empleadas e investigadas en la actualidad son la terapia de presión negativa y la terapia larval. A continuación, se desarrollan sus respectivos modos de empleo, así como sus indicaciones y beneficios frente a la cura tradicional.

A. La terapia de presión negativa se puede definir como una técnica activa y no invasiva que consiste en la aplicación de un apósito sobre el lecho de las heridas que está conectado con una bomba de vacío que ejerce presión negativa, lo que permite favorecer el crecimiento y la extensión celular, la contracción de la herida, así como la retirada de exudado.

Esta terapia es cada vez más empleada, tanto en centros de atención especializada, como en las consultas de enfermería de los centros de atención primaria,

ya que presenta numerosos beneficios que facilitan el proceso de cicatrización de las heridas. Entre todos los beneficios que aporta la terapia de presión negativa podemos destacar el hecho de que logra disminuir la profundidad y extensión de las heridas en menores plazos de tiempo que la cura tradicional, ya que promueve la génesis de tejido de granulación, favorece el flujo sanguíneo, disminuye el edema, favorece la aproximación de los bordes perilesionales, retira el exceso de exudado que puede dañar los bordes, así como provocar su maceración y reduce considerablemente la carga bacteriana.

También es destacable el hecho de que permite espaciar las curas durante periodos de tiempo mucho más prolongados que la cura convencional, lo que supone un evidente ahorro económico al no ser necesario el recambio habitual de apósitos. Por otra parte, la posibilidad de emplear esta técnica en el domicilio de los pacientes permite aumentar su confortabilidad, al desarrollarse el proceso de curación en un entorno que para ellos es agradable y conocido.

B. A la terapia de presión negativa se le considera una técnica segura y todos los beneficios que aporta permiten que presente numerosas indicaciones, pudiendo destacar; úlceras por presión, quemaduras de espesor parcial, fijación de injertos, úlceras de componente venoso, heridas traumáticas, etc. No obstante, también existen situaciones en las que el empleo de esta terapia se encuentra contraindicado, como es el caso de heridas secundarias a un tumor, heridas con un porcentaje muy elevado de tejido necrótico, infecciones graves, osteomielitis, etc.

Por otra parte, la terapia larval, también conocida como biocirugía, es una técnica que se ha empleado desde la antigüedad en el tratamiento de heridas. A pesar de sus múltiples usos, en nuestro país se emplea únicamente con fines de investigación y en contadas ocasiones como tratamiento curativo en aquellas heridas que son consideradas crónicas al haber fracasado la cura tradicional.

Esta técnica es considerada una miasis terapéutica controlada, ya que consiste en el empleo de larvas estériles de mosca del género *Lucilia Sericata*, que se encuentran en el interior de apósitos de nailon y polímero, los cuales son porosos permitiendo el contacto de las larvas con el lecho de las heridas.

La terapia larval posee múltiples beneficios, ya que posee un triple mecanismo de acción:

- Acción desbridante selectiva, ya que las larvas de mosca presentan alimentación necrófaga, por lo que únicamente eliminan el tejido necrótico no viable, pero no

dañan a las estructuras sanas perilesionales.

- Control de la infección, ya que secretan compuestos con acción antibacteriana al elevar el pH por encima de 7.
- Estimulación de la cicatrización y desarrollo de tejido de granulación y angiogénesis, ya que se ha comprobado que las secreciones estomacales producidas por estas larvas estimulan el crecimiento de fibroblastos.

A estos beneficios se les debe sumar muchos otros, como la escasa sensación de dolor que produce durante la curación, posibilidad de espaciar las curas durante largos periodos de tiempo, ahorro económico al ser menos necesario el recambio de apósitos, etc. La terapia larval posee múltiples indicaciones, ya que puede emplearse en el tratamiento de úlceras (por presión, vasculares, neuropáticas, de pie diabético, etc.), quemaduras, heridas postquirúrgicas y traumáticas, heridas infectadas, etc.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de presión negativa es una técnica cada vez más empleada gracias a su comprobada eficacia en el tratamiento de heridas crónicas. Sin embargo, la terapia larval es empleada con mucha menor frecuencia, por una parte porque muchos profesionales no se la ofrecen a los pacientes, o bien por no estar formados en su uso, por ser reacios a emplearla o incluso por falta de conocimiento sobre la existencia de la misma y por otra, por el rechazo de los pacientes a colocar gusanos sobre el lecho de sus heridas. No obstante, es muy probable que los pacientes modificasen su opinión acerca de esta terapia si se les informase y concienciase correctamente acerca de su uso y sus beneficios.

Los múltiples beneficios que poseen estas técnicas, sus numerosas indicaciones, así como sus bajos costes y escasas contraindicaciones y efectos nocivos, generan la necesidad de que se continúe investigando su utilización, así como que los profesionales sanitarios encargados de la cura y el tratamiento de heridas crónicas sean formados en su empleo.

6 Bibliografía

- Barón Burgos MM, Benítez Ramírez MM, Caparrós Cervantes A, Escarvajal López ME, Martín Espinosa MT, Moh Al-Lal Y, et al. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Ministerio de sanidad, servicios sociales

e igualdad

- Trujillo-Martín M, García -Pérez L, Serrano-Aguilar P. Efectividad, seguridad y corte-efectividad de la terapia por presión negativa tópica para el tratamiento de las heridas crónicas: una revisión sistemática. Med Clin [INTERNET]. 2011 [Acceso 10 de octubre de 2019]: 7 (137); 321-328.
- Sarabia Cobo CM, Castanedo Pfeiffer C. ¿En qué consiste la presión tópica negativa? ¿Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas? Revisión del tema. Gerokomos [
- Barreira Macedo F, Carriquiry CE. Tratamiento de heridas utilizando presión negativa tópica. Biomedicina [
- Ortega-León LH, Vargas-Domínguez A, Ramírez-Tapia D, Zaldívar-Ramírez FR, Rodríguez-Báez A, Montalvo-Javé E. Empleo de la presión negativa en el tratamiento de heridas complicadas. Reporte de seis casos. Cirujano General
- Rodríguez González P, González Sarmiento M. Eficacia de la terapia larval en el tratamiento de heridas crónicas. Nure Inv
- Ballester Martínez L, Martínez Montelón E, Serra Perucho N, Palomar Llatas F. Utilización de la terapia larval en heridas desvitalizadas: revisión bibliográfica. Enferm Dermatol
- Griffin J. What nurses need to know about the application of larval therapy. JCN [INTERNET]. 2014 [Consultado 08 de octubre de 2019]: 28 (2); 58-62.
- Sánchez MC, Chuairé L, Narváez R, Segura NA. Biocirugía: utilización de larvas de Insectos necrófagos en la curación de heridas. La terapia larval. Rev Cienc Salud [INTERNET]. 2004

Capítulo 86

ABORDAJE EN VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

CANDIDA M. GONZALEZ TORO

1 Introducción

La violencia de género constituye un problema de mucha gravedad, donde hay un atentado contra la integridad física y mental de la mujer, así como contra su propia vida. Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoverán las actuaciones de los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia.

Desde el año 2007 existe un “Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género”, como herramienta para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano.

2 Objetivos

Describir la actuación enfermera ante casos de violencia de género desde atención primaria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros y bases de datos científicas como Scielo, Medline, google académico...

Palabras clave: Violencia de género, atención primaria, sanitario

4 Resultados

Partiendo de una lista de indicaciones de sospecha de malos tratos, en caso de detectarse alguno de ellos, debe realizarse una entrevista clínica específica, seguida de una valoración de posibles lesiones físicas y del estado emocional, así como una evaluación de la situación de riesgo. Hay varias situaciones que pueden darse, desde que la mujer no reconozca la situación de malos tratos, que los reconozca pero no exista riesgo grave o bien que los reconozca y exista peligro extremo.

Las actuaciones a realizar serían las siguientes:

- A la hora de realizar la entrevista es muy importante asegurarle la confidencialidad y empatía, y recomendarle que no la comente con su pareja. Hay que asegurarse de contar con tiempo suficiente para la entrevista, donde la mujer pueda expresarse sin ser juzgada y donde se respetarán sus silencios.
- Informar de la valoración que hacemos de su situación.
- Informarnos bien sobre frecuencia, ciclo de violencia, sobre el agresor. Y hacerla consciente del peligro que corre ella y sus hijos si los tuviera.
- Aunque parezca muy obvio, explicarles y dejarles muy claro que los malos tratos no son culpa de la mujer, que no está sola.
- Si viene con lesiones físicas, habrá que tratarlos y hacer parte de lesiones. Si son graves se derivará a otro nivel asistencial.
- Conocer los recursos de los que dispone e informarle sobre sus derechos y los de sus hijos si los tuviera.
- Decirle que los malos tratos son un delito y que tiene derecho a realizar una denuncia.
- Facilitarle el teléfono del dispositivo de atención telefónica para mujeres maltratadas : 016 y 112.

Decirles de la existencia de: a. Servicio de atención a la familia (SAF) de la policía nacional. b. Equipo mujer y menor (EMUME) de la guardia civil.

- Explicarle que con una situación de malos tratos va a precisar ayuda, con lo cual explicarle los recursos disponibles, cómo y quién puede prestarle ayuda.
- Informarle sobre los distintos dispositivos de atención a la mujer de los ayuntamientos, donde se presta atención psicológica, social y jurídica a las víctimas. Así como decirle de la existencia de pisos tutelados, casas de acogida...
- Se hará notificación al juzgado, mediante parte de lesiones.
- Hay que informar al trabajador social del centro y al pediatra en caso de que hubiera menores, para activar el protocolo de maltrato infantil.
- Dejar todo registrado en la historia clínica, donde se incluirá el plan de intervención.

5 Discusión-Conclusión

Para una paciente víctima de violencia de género, tomar conciencia es un proceso largo y donde el personal sanitario puede desempeñar un papel decisivo. La atención primaria es un lugar idóneo para el abordaje de la violencia de género. La detección y valoración de una situación de maltrato se basa en la entrevista al paciente. Se recomienda una actitud de alerta activa, de escucha y de empatía con las pacientes, sin juzgarlas.

Resulta fundamental que las mujeres aprendan a detectar la violencia y la denuncien, no necesariamente para iniciar un proceso judicial, sino para encontrar en ellas mismas la fuerza que les permita salir de una situación abusiva.

6 Bibliografía

- Tourné, M., Escribano, M., Gea, M., Salmerón, E. Protocolo para la detección y atención de violencia de género en Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud. Murcia. 2007
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid. 2012
- Aguar-Fernández, M; Delgado-Sánchez, A, Castellano-Arroyo, M; Luna del Castillo, JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. Aten Primaria 2006; 37:241-2.

Capítulo 87

EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO

LUCIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

El cuidado de los pies es fundamental en pacientes con diabetes mellitus. El paso del tiempo y un empeoramiento de la circulación implica que aparezcan complicaciones podales, por lo que una buena educación sanitaria previene problemas de este tipo.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados del personal de enfermería en el cuidado de los pies de un paciente diabético.
- Promover recomendaciones generales como no fumar, no beber alcohol, no tener un exceso de peso, realizar ejercicio físico y tener un buen control de la diabetes, y actividades grupales para estos pacientes.

3 Metodología

Se desarrollará un proyecto basado en las recomendaciones hospitalarias de la unidad del pie diabético junto con las unidades de cirugía vascular e endocrinología respecto a los cuidados de esta patología, siguiendo los protocolos actualizados tras la búsqueda sistemática en la Cochrane. Una vez concluida la investigación, se proporcionará a tales unidades un protocolo de cuidados enfermeros para un cuidado holístico e individual de cada paciente.

4 Bibliografía

- <https://cochrane.org>
- <https://medes.com>
- <https://fundaciondiabetes.org>

Capítulo 88

MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL

LUCIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

En muchas gestantes aparece la complicación de la diabetes gestacional. Es el nivel elevado de glucosa en sangre que empieza en el embarazo. Un adecuado manejo de dicha enfermedad facilitará el buen término de la gestación. Hay unos factores de riesgo importantes como el exceso de peso de la mujer, la edad superior a 30 años y antecedentes familiares de diabetes.

2 Objetivos

- Analizar de los métodos de prevención de la diabetes tipo II y conocer las diversas complicaciones obstétricas que la diabetes gestacional podría ocasionar.

3 Metodología

Se proyecta un estudio analítico descriptivo que recoja causas, consecuencias y prevención de la diabetes en mujeres gestantes. Tal proyecto se llevará a cabo desde la consulta de enfermería, a través del personal de enfermería como ente importante que puede realizar un control de la diabetes en la embarazadas . Esto es justificado a que los niveles glucémicos elevados constituye un alto riesgo perinatal , e instruir a estas gestantes para que mantengan la dieta controlada y un buen control de la glucosa. Consulta de bases de datos científicos y artículos publicados en los últimos años.

4 Bibliografía

- <https://slideshare.net>
- <https://niddk.nih.gov>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com>

Capítulo 89

LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

MARIA NANCY DIAZ ROA

1 Introducción

Las caídas suponen un factor de fragilidad y son uno de los grandes síndromes geriátricos llegando a constituir un problema mundial de salud pública.

Son muy prevalentes y suelen producir una incapacidad, debiéndose trabajar con la adaptación a los factores.

2 Objetivos

- Evaluar las características contextuales de las caídas en ancianos.
- Establecer medidas para evitar la caída en el anciano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Características contextuales, un tercio de los mayores de 65 años tiene al menos una caída al año, de los cuales se puede dividir en:

- El 50 % de las personas que se caen es de manera recurrente.
- El 10 % de las caídas tiene consecuencias graves supone el 5 - 20 % de ingresos en el hospital.
- El 75 % de las caídas son en el hogar y la mayoría ocurren al realizar actividades habituales.

Las principales medidas para evitar la caída del anciano son:

- Disminución de los factores ambientales ya que son factores modificables y adecuación del hogar.
- Rehabilitación física donde se realizan ejercicios para mejorar el tono muscular, la flexibilidad y la agilidad del anciano sobre todo si ha estado encamado.
- Otras medidas mas generales seria comprobar el estado nutricional del anciano así como la toma de medicación.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que el envejecimiento poblacional conlleva un reto social para la adecuación de hogares y espacios seguros dirigidos a estos pacientes. Se necesita un aporte multidisciplinar para mantener el estado físico, psíquico y mental del anciano así como aumentar la seguridad en el hogar y otros ambientes, respecto a evitar caídas.

6 Bibliografía

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Caídas. (Internet). 2012. (Acceso el 16 de enero de 2016). Disponible en : <http://www.who.int>
 2. Dewan N. MacDermid JC Fall Efficacy Scale - International (FES-I). J Physiother 2014;60 (1):60
 3. Rocio Fernandez Ballesteros, Rosa Moya Fresneda, Julio Iñiguez Martinez, Maria Dolores Zamarron. Qué es la psicología de la vejez . Editorial biblioteca nueva. Madrid. 1999
- Bases de datos Medline y Scielo.

Capítulo 90

OBESIDAD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. CUIDADOS DE ENFERMERIA.

PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO

LAURA GARCIA RODRIGUEZ

SOFIA GARCIA RODRIGUEZ

MARIA NISIDA LÓPEZ IGLESIAS

LAURA ESPINA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La obesidad infantil se puede definir de varias formas:

-Es una acumulacion excesiva de grasa en los tejidos subcutaneos y en otras zonas que se puede cuantificar midiendo el grosor del pliegue cutaneo con los instrumentos apropiados(Nelson).

-Es un sobrepeso mayor del 20% para una talla y edad determinada o un aumento de deposito subcutaneo por encima del percentil 90.

En niños y adolescentes, para el diagnóstico y medicion de la obesidad se utilizan unos índices que relacionanel peso con la talla o la medición de los pliegues tricipital y subescapular. La clasificación de la obesidad se divide según su origen y su porcentaje de IMC

Según su origen:

- Obesidad nutricional simple idiopática o constitucional en la cual no se encuentra una causa.
- Obesidad asociada a síndromes genéticos.
- Obesidad secundaria a trastornos metabólicos u hormonales identificables.
- Obesidad secundaria a lesiones del SNC.
- Obesidad debida a fármacos.

Según el porcentaje del IMC:

- Leve: de 20 a 25, moderada: de 25 a 30 y severa: > de 30.

Características de la obesidad: en el 99% de los casos la obesidad se debe a una obesidad nutricional simple. En niños y adolescentes se suele acompañar de una talla normal o alta y una distribución de la grasa generalizada. Las obesidades severas, sobre todo las de la pubertad, se acompañan con frecuencia de estrías (muslos, abdomen, mamas). Los obesos suelen tener la pubertad anticipada. La edad ósea también puede estar aumentada, hiperinsulinismo basal y resistencia periférica a la insulina, también hay una disminución de la respuesta de la hormona de crecimiento a los estímulos farmacológicos. La obesidad secundaria representa menos del 1% de los casos y se debe sospechar cuando se acompaña de:

- Retraso mental.
- Hipocrecimiento.
- Rasgos dismórficos.
- Ingesta de fármacos estimulantes del apetito.
- Hipogonadismo verdadero.
- Hipertensión.
- Hiperglucemia o hipoglucemia.

Los dos principales problemas relacionados con la obesidad infantil son (según Label): la contribución del genotipo y del ambiente al desarrollo del tejido adiposo, y la relación que puede existir entre la alimentación en las primeras etapas de la vida, la formación del tejido adiposo, la composición corporal y el riesgo de obesidad.

Sin embargo, la obesidad no se puede atribuir solamente a una ingesta calórica excesiva por unidad de masa magra, influyen otras circunstancias:

- Condiciones ambientales: los estudios que se han realizado en gemelos monocigóticos y dicigóticos, unos adoptados y otros criados con sus padres biológicos demuestran una estrecha concordancia del IMC entre los gemelos y una alta cor-

relacion con el IMC de los padres biologicos sin correlacion con el de los padres adoptivos. En gemelos monocigoticos tambien concuerdan la ganancia ponderal en respuesta a la sobrealimentacion, asi como la distribucion corporal de la grasa almacenada.

- Ingesta calórica: los obesos tienden a infravalorar la ingesta mas que los delgados y a sobrevalorar el ejercicio fisico que hacen.El balance energetico se corresponde esencialmente con el balance de grasa. La ingesta aumentada de grasas no aumenta su velocidad de oxidacion y por lo tanto se acumulan. Producen un efecto leve de saciedad en comparacion con los hidratos de carbono y suelen ser mas sabrosas lo cual facilita el sobreconsumo.

- Gasto energético: se mide por calorimetria directa o indirecta en le laboratorio o mediante el metodo del agua doblemente marcada.Tiene tres componentes basicos:

Metabolismo basal: gasto en reposo, ayuno y situacion confortable, supone el 50-70% y es variable entre personas para una misma composicion corporal .

Efecto térmico de la comida:supone alrededor del 10%.

Actividad fisica: muy variable. El gasto energetico en el ejercicio moderado es superior en los obesos: Los obesos tienen un mayor gasto energetico para su composicion corporal, un menor cociente respiratorio y una menor sensibilidad a la insulina. Estos tres hallazgos se interpretan como una respuesta que limita una mayor ganancia de peso y permiten que este se estabilice.

Respecto a la evolución y riesgo de la obesidad a lo largo de la vida es importante matizar que la edad de comiento se relaciona inversamente con : la carga de herencia, el peso al nacimiento(>4500 g.) y el sobrepeso a todas la edades. La obesidad neonatal y del lactante (antes de los dos años de edad), es con frecuencia transitoria y no se correlaciona con la del niño mayor y el adulto. No requiere ningún tipo de intervencion, aunque hay algunas familias que presentan una obesidad muy precoz permanente que tiene muy mal pronostico, este tipo si precisa una supervision estrecha de la alimentacion y la reeducacion de habitos en toda la familia. El segundo rebrote de adiposidad se produce habitualmente a partir de los 5-6 años.

La morbilmortalidad asociada entre las asociaciones patologicas y las complicaciones de la obesidad se encuentran:

- Enfermedad coronaria y vascular cerebral.
- Hipertension arterial, incluso desde la infancia o la adolescencia.
- Diabetes tipo II en adultos.

- Dislipemia.
- Algunos cánceres relacionados con la dieta y con las hormonas sexuales(colon recto y próstata, en varones y mama , ovario, cuello uterino, endometrio y vesícula biliar en mujeres,)
- Hipoventilación nocturna (apnea obstructiva o hipoventilacion alveolar primaria).
- Epifisiolisis de la cabeza del fémur en adolescentes.
- Intértrigo y forunculosis.
- Dolores mecánicos.
- Colelitiasis fundamentalmente en adultos.
- Androgenización ovarica en mujeres adolescentes o adultas.
- Rechazo social.

2 Objetivos

- Determinar la entrevista enfermera y la exploración física para disminuir el sobrepeso mejorando la sensacion de bienestar general.
- Establecer los cuidados de enfermería y promover la salud, reducir el riesgo de desarrollar patologias realcionadas con la alimentacion y controlar enfermedades especificas causadas por una ingesta excesiva o insuficiente de ciertos alimentos.
- Identificar la educación sanitaria más adecuada en este tipo de pacientes.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revision sistematica. Se analizaron varias bases de datos y buscadores tales como Scielo, Medline, Google Academico y Cochrane. Para la busqueda los operadores booleanos utilizados fueron AND Y OR y los descriptores utilizados fueron alimentacion infantil, conducta alimentaria, obesidad infantil, actividad fisica, politica nutricional y otros. Una vez realizada la busqueda se procedio a seleccionar la informacion mas relevante acorde al tema planteado.

4 Resultados

Entrevista enfermera y exploración física: la historia clinica de un niño o adolescente obeso debe incluir:

- Antecedentes familiares de obesidad: grado y evolución.

- Antecedentes familiares de patología cardiovascular y de factores de riesgo (hipercolesterolemia, diabetes).
- Talla de padres y hermanos.
- Desarrollo psicomotor y rendimiento escolar. Lesiones o infecciones del SNC.
- Edad de comienzo y velocidad de progresión de la obesidad del niño.
- Hábitos de alimentación y ejercicio.

Y la exploración física, una completa exploración física debe incluir:

- Peso y talla.
- Descartar edemas.
- Distribución de la grasa.
- T.A. con manguito adecuado.
- Buscar dismorfias(sobre todo si se acompañan de talla baja o retraso mental).
- Exploración de genitales y valoración del desarrollo puberal).
- Exploración de la agudeza visual.
- Valoración del nivel intelectual.

Los cuidados de enfermería se pueden resumir en:

Los intentos por adelgazar se deben en parte, más que a los problemas de salud, a una serie de condicionantes culturales basados en unos cánones estéticos en los que está penalizado el sobrepeso. Por otro lado hay niños y adolescentes o familias de obesos que no viven la obesidad como un problema y que no desean que se les presione para adelgazar. Deben por tanto ser respetados. Cuando los padres, los niños o los adolescentes demandan un tratamiento, pueden estar pidiendo ayuda más por el desajuste social(burlas, rechazo....) que padecen que por miedo a un trastorno biológico. En la valoración inicial es muy importante saber la edad y el sexo, así como los motivos que le han hecho decidirse a adelgazar. Debemos tener presente la elevada incidencia de anorexia en adolescentes. Los cuidados de la obesidad en la infancia tienen algunas limitaciones con respecto a la del adulto:

- Las restricciones dietéticas no están indicadas en lactantes ni preescolares, ya que estas pueden influir sobre el crecimiento y dar lugar a carencias.
- No se deben utilizar drogas anorexígenas en niños ni adolescentes.
- Las oscilaciones repetidas e importantes de peso que padecen los individuos sometidos a intentos terapéuticos repetidos parecen estar asociados a mayor mortalidad precoz global y de causa cardiovascular.
- La estrategia de intervención más recomendada en la actualidad consiste en abordar a toda la familia por un lado, e individualmente por otro. Para cambiar los comportamientos alimentarios así como la actividad física utilizaremos técnicas

de modificación de conducta. Los niños y adolescentes al ser más flexibles hacen que sean más susceptibles de modificar los hábitos que los adultos. El éxito del tratamiento depende de :

- La tendencia individual de adelgazar o de mantener la obesidad.
- La motivación.
- La capacidad de modificar los hábitos de conducta.

Respecto a la educación sanitaria más adecuada:

Cambios en la alimentación .

- Tipo de alimento y preparación. La dieta debe ser pobre en grasas, azúcares refinados y no contener alcohol. Es muy recomendable la fibra ya que aumenta la sensación de saciedad. Se recomienda la dieta mediterránea, variada y con sabor agradable.
- Forma y frecuencia de la ingesta. Se debe evitar la ingestión compulsiva(muy rápida, sin masticar y sintomarse el sabor a los alimentos). Se recomienda una limitación de la cantidad y del número de comidas(4 o 5 al día), así como estabilidad en horarios y lugares. Suprimir el picoteo. No se debe ver la televisión mientras se come, es mejor conversar. Al terminar se debe retirar la comida que ha sobrado para evitar tentaciones.

Cambio en los patrones de ejercicio.

El ejercicio por sí solo no es suficiente para adelgazar a las personas obesas. El cambio de hábitos debe ser progresivo y estar orientado a realizar ejercicios que le sean agradables al niño. No deben ver la televisión más de 1 o 2 horas al día.

Procedimientos para el cambio.

El trabajo con niños de la misma edad y sexo, en grupos pequeños evita la sensación de excepcionalidad por un lado y por otro aumentan la motivación, refuerza los avances en el grupo y potencia el apoyo fuera del mismo, pero no ha demostrado ser más eficaz. La periodicidad de las sesiones será mayor al principio del tratamiento (semanal durante unos tres meses) e ir descendiendo progresivamente hasta completar un periodo de ocho meses a un año. En el trabajo individual se puede distinguir un esquema parecido.

Trabajo con la familia.

Cuando se trabaja en grupo, es conveniente hacer sesiones conjuntas con padres e hijos tras la primera entrevista que conviene que sea individual. En estas sesiones debemos buscar:

- Que las familias participen activamente en el proceso, modificando hábitos toda la familia junta.

- Dar información sobre alimentación, obesidad , su control, etc.
- Dar recomendaciones completas sobre los alimentos.
- Aconsejar formas de comprar, conservar y preparar los alimentos.
- Explicar la forma de colaborar con los niños.
- Informar sobre la evolución individual de los niños.

5 Discusión-Conclusión

- No se trata de hacer un regimen sino de modificar los habitos incorrectos en la alimentacion de toda la familia de forma permanente, es decir, conseguir una alimentación sana y equilibrada para todos.
- Permitir una dieta variada adaptada a los gustos del niño.
- Respetar los horarios de las comidas(4 o 5 al dia). Prohibido el picoteo. No tomar chucherías ni chicles.
- Usar alimentos naturales frescos o congelados, mejor que conservas o alimentos preparados.
- Los alimentos se cocinarian a la plancha , cocidos o al vapor.
- Se debe acostumbrar al niño a comer con poca sal.
- La leche sera semidesnatada y los niños y adolescentes tomaran al dai medio litro.
- Tomar al dia 2 o 3 piezas de fruta entera o triturada pero sin colar.
- Las verduras y las legumbres deben ser consumidas con frecuencia.
- Las yemas de huevo no se deben consumir mas de 2-3 veces por semana. No se tomaran rebozados ni empanados. No tomar visceras.
- Se debe quitar la grasa visible de la carne, cocinar con poco aceite . Evitar fritos y salsas. No cocinar nunca con mantequilla o margarina. Se puede usar aceite de oliva crudo para los aliños en cantidad moderada.
- El pan debe ser integral y se tomara una rebanada de un grosor de dos dedos. No se tomaran bocadillos grandes.
- Los alimentos se distribuiran en las diferentes comidas.

El tratamiento pues, de la obesidad infantil es difícil, por ello la mejor manera de tratarla es evitar que se produzca mediante una buena educación dietética y alimentaria, enseñando a comer menos y mejor, junto con una actividad psíquica y física apropiada a cada edad.

6 Bibliografía

1. Peña Quintana L, Ros Mar L, Gonzalez Santana D, Rial Gonzalez R. Alimentación del preescolar y escolar. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP.2016.
2. Martínez Costa C, Ros Mar L. Nutrición en el niño preescolar y escolar. En : Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, editores. Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Madrid: Ergon;2004.p.533-41.
3. Mataix Verdu J, Alonso Franch M. Nutrición en situaciones fisiológicas. Niño preescolar y escolar. En : Mataix Verdu J, editor. Nutrición y alimentación humana. Madrid: Ergon;2001.p.425-47.
4. Dalmau Serra J., Victoria Miñana I, Ferrer Lorente B. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP.
5. Polanco Allue I. Alimentación del niño en edad preescolar y escolar. An Pediatr 2005;03 Supl 1:54-63- Vol.03.
6. Estrategia N.A.O.S. (2005). Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Madrid.

Capítulo 91

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL ASMA INFANTIL

NURIA IZQUIERDO MORENO

COVADONGA GARCÍA MAZÓN

ESTHER GARCÍA MAZÓN

1 Introducción

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica, en la que se produce una contracción excesiva del músculo liso de las vías aéreas, que resulta ser anormalmente reactivo a los estímulos externos, junto con hipersecreción mucosa y aparición de edema de la mucosa. Es posible controlar los síntomas de la enfermedad de manera que la mayoría de los niños y adolescentes con asma pueden llevar una vida normal, mediante una buena planificación.

Mediante diagnósticos de enfermería, describimos los problemas reales o potenciales que supone el asma en la población infantil y con ellos marcamos las intervenciones más adecuadas para conseguir un objetivo, con el fin de prevenir la enfermedad, su mantenimiento o mejorar la salud de los niños asmáticos.

2 Objetivos

- Establecer los diagnósticos de enfermería para el cuidado de niños asmáticos.
- Determinar las acciones a realizar según cada diagnóstico de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Diagnóstico enfermero: conocimientos deficientes: carencia o deficiencia de conocimientos sobre el asma y los factores que influyen en su desarrollo e información relacionada con el tratamiento de la enfermedad, poca familiaridad de los recursos, mala interpretación de la información, incapacidad para recordar.

Objetivo:

- Conocimiento del tratamiento del asma.
- Conocimiento del manejo del asma.
- Educación para la salud (promoción y protección) en el niño asmático.

Intervenciones:

- Dar información clara y sencilla al niño sobre la enfermedad: fisiopatología, síntomas, cómo controlar los síntomas... ☒
- Proporcionar información a la familia sobre los cuidados del niño con asma.
- Informar sobre los cambios en el estilo de vida necesarios para evitar complicaciones: evitar cambios bruscos de temperatura, utilizar ropa adecuada al clima..
- Enseñar al paciente a identificar las complicaciones del asma: disminución de la capacidad para hacer ejercicio, insomnio por los síntomas nocturnos, tos ☒ persistente, dificultad respiratoria etc.
- Evitar factores que desencadenen una crisis asmática: precauciones con los animales domésticos (baño semanal si viven en casa), evitar humedad en el hogar, ventilar diariamente la casa, evitar fumar y productos irritantes y/o que desprendan gran olor en casa, evitar polvo y ácaros en el hogar con una buena limpieza evitando utilizar tejidos de lana, plumas y alfombras, evitar la exposición al polen durante la época de polinización, no tener plantas que florezcan en casa, antes de acostarse humedecer el ambiente de la habitación.
- Evaluar el nivel de conocimientos del niño relacionados con el manejo del asma.
- Comentar la importancia de realizar ejercicio físico, según tolerancia del niño.

- Informar de los efectos secundarios de los fármacos.
- Enseñar la correcta técnica en la administración de inhaladores tanto \square presurizados como de polvo seco. Explicar y observar procedimiento.
- Recaltar la importancia de enjuagarse la boca una vez finalizada la administración del tratamiento para prevenir la aparición de hongos.

Diagnóstico enfermero: ansiedad R/C enfermedad asmática y conocimientos deficientes: sensación vaga y desasosegante cuya fuente es una frecuencia inespecífica o desconocida para el individuo. Reacción de afrontamiento del niño ante su enfermedad.

Objetivos:

- Control de la ansiedad.
- Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. Intervenciones
- Disminución de la ansiedad, minimizando la aprensión, temor, presagios.
- Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención, creando un ambiente que facilite la confianza, animándole a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Manejo de la crisis asmática en el dominio: control de la ansiedad.

- Conservar la calma y buscar un ambiente tranquilo.
- Aflojar la ropa apretada.
- Encontrar una posición cómoda, generalmente sentado o acostado.
- Respirar con el diafragma de forma tranquila, concentrándose en la \square respiración.

Control de los síntomas:

Reconocer señales precoces de aviso: nariz taponada, opresión en el pecho o estar demasiado cansado. Reconocer los síntomas o signos de una crisis grave que requieren asistencia médica de urgencia inmediata: Cianosis (uñas y/o labios grises o azules).

- Dificultad para respirar al hablar (pausas al hablar) o caminar.
- Retracciones en cuello, pecho o costillas (uso de musculatura accesoria).
- Aleteo nasal.
- Frecuencia cardíaca superior a 120 pulsaciones por minuto.
- Frecuencia Respiratoria superior a 25 respiraciones por minuto.

- Nivel de flujo espiratorio máximo o PF (“Peak Flow”) inferior al 50 % del nivel basal y que apenas se modifica cuando se inhala un broncodilatador.
- Saturación de oxígeno inferior al 92%.

Diagnóstico enfermero: riesgo de obstrucción de vías aéreas: es un bloqueo de las vías respiratorias que puede ser en las áreas de la tráquea, la laringe o la garganta (faringe). Constituye la causa más frecuente de insuficiencia respiratoria en la infancia. Cuando ésta se produce a nivel extratorácico, se denomina obstrucción de las vías aéreas altas y cuando la obstrucción se produce a nivel intratorácico, se conoce como obstrucción de las vías aéreas bajas. En caso del asma la obstrucción se produce en las vías bajas

Objetivo:

- Conseguir un estado ventilatorio y de intercambio gaseoso lo más cercano posible al del estado basal de la persona asmática.
- Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.
- Eliminar obstáculos de la vía aérea.

Intervenciones:

- Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea
- Administrar broncodilatadores, si procede
- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
- Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar la aparición, características y duración de la tos.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.

Diagnóstico enfermero: limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C retención de secreciones abundantes y espesas M/P dificultad respiratoria: incapacidad en la eliminación de secreciones u obstrucción del tracto respiratorio, impidiendo mantener las vías aéreas permeables.

Objetivo:

- El paciente presentará limpias y permeables las vías aéreas

Características definitorias:

- Incapacidad para eliminar las secreciones de las vías aéreas

- Sonidos respiratorios anormales

Intervenciones: ☒ elevar la cabecera de la cama entre 30 y 40, lavados periódicos de fosas nasales con SSF y aspirado si precisa, para ☒mantener las vías aéreas permeables. Además, aumentar ingesta de líquidos. y realizar movimiento de secreciones mediante percusión pasiva. CLAPPING.

Diagnóstico enfermero: intolerancia a la actividad R/C la fatiga: insuficiente energía fisiológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Objetivo:

- Tolerancia a la actividad

Intervenciones:

- Manejo de la energía, determinar la causa de la fatiga.
- Valorar la aparición de indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardias, disnea de ☒esfuerzo, palidez, frecuencia cardíaca.).
- Vigilar y observar número de horas de sueño del niño.
- Manipulación del entorno del niño para facilitar una comodidad óptima.
- Estímulo y asistencia en la deambulación, para mantener o restablecer las ☒funciones corporales, autónomas y voluntarias, durante el tratamiento y ☒recuperación de una enfermedad o lesión.
- El niño necesitara ayuda a los autocuidados, de aseo, alimentación, baño, y ☒vestirse.

Asma inducido por el deporte (AIE): es un estrechamiento brusco y transitorio de las vías aéreas, producido a los 5- 20 minutos de la práctica del ejercicio intenso y continuo, que tiene una recuperación espontánea a los 30-90 minutos. Características definitorias: Tos, sibilancias, disnea u opresión torácica.

Objetivo:

- El niño realizará ejercicio físico sin fatiga, esfuerzo y sin interferir en su calidad de vida.

Intervenciones: que el niño tome la medicación antes de la actividad física, que realice un entrenamiento físico regular que le permita aumentar la ☒capacidad de trabajo y fortalece la musculatura respiratoria. También hacer un calentamiento prolongado y progresivo, hacer deportes de baja intensidad de esfuerzo, deportes

en los que haya intervalos de descanso o que realice deportes de equipo, en los que pueda haber cambios o se descanse más.

Enseñarle a respirar lentamente a través de la nariz, realizar una buena limpieza de las fosas nasales antes del ejercicio. Colocarle una bufanda de lana tapando nariz y boca si el aire es frío y seco, para calentar y aumentar la humedad del aire inhalado, es preferible que realice ejercicio en ambientes cálidos y húmedos como la natación y es favorable entrenar o practicar el deporte en zonas húmedas como junto al mar. Si el niño tiene una infección respiratoria, evitar hacer un ejercicio intenso y si el asma basal no está controlado, evitar realizar una actividad física intensa. Además, llevar siempre la medicación de rescate en la bolsa de deporte; y si lo usa el \square medidor de PEF.

5 Discusión-Conclusión

Actitud ante una crisis durante el ejercicio:

1. Actuar con calma y parar el ejercicio
2. Permitir que pueda respirar bien; no situarse alrededor
3. Tomar la medicación de rescate lo antes posible
4. Realizar respiración abdominal
5. Si se soluciona la crisis, reanudar la actividad con menor intensidad
6. Antes de irse a casa hacer una medición de PEF:
 - Si está en zona amarilla significa precaución, porque el FEM se encuentra entre el 50-80%: tomar otra dosis de broncodilatador
 - Si no se recupera o está en zona roja, significa alerta médica, porque el FEM es menor al 50%: tomará una nueva dosis de broncodilatador y tras 5 minutos repetir la medición de PEF
 - Si no se recupera consultar a un médico y/o acercarse a un centro asistencial

6 Bibliografía

- Heather Herdman T, editor. NANDA Internacional diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. 8a ed. Barcelona Elsevier; 2010.
- Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2a ed. Barcelona Elsevier; 2007. \square
- Carvajal Urueña I, Cobo Ruisánchez A, Mora Gandarillas I, Pérez Vaquero A, Rodríguez García J. Plan Regional de Atención al Niño/a y Adolescente con Asma

(PRANA).

- Domínguez Aurrecoecha B, ¡¡Huy, igual tienes asma como yo!! Oviedo, ACE Ediciones, 2008.☒
- Magadan López M.G.S, Domínguez Soberano M, Tuz Colli J. G, Rosado Perez N. H, Ek Ayil L. M, Hernández Jiménez M et al Uc Franco R.C, Plan de cuidados de enfermería. Asma bronquial. Comisión Permanente de Enfermería.

Capítulo 92

VACUNA DEL ROTAVIRUS EN NIÑOS

SUSANA DEL CORRO FERNANDEZ

SILVIA HUERGO DE DIOS

PATRICIA GARCIA VIÑA

ALICIA HUERGO ORDIALES

1 Introducción

La gastroenteritis aguda (GEA) es una de las enfermedades más comunes en niños y la segunda causa de morbilidad y mortalidad en la edad infantil a escala mundial. El principal agente el rotavirus del grupo A. La gastroenteritis por rotavirus (GEA-RV) se asocia a una mayor gravedad que la causada por otros agentes infecciosos, con más riesgo de deshidratación y de necesidad de hospitalización.

2 Objetivos

- Establecer la epidemiología y carga de enfermedad asociada a gastroenteritis aguda (GEA) por rotavirus en la población infantil (menores de 5 años), específicamente en enfermedad grave (ingresos hospitalarios).
- Describir los tipos de vacunas disponibles en Europa y otros países.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática y bibliográfica en la base de datos: CMBD, biblioteca Cochrane y Sociedad Española de Pediatría.

4 Resultados

Las GEA por rotavirus representaron el 64,2% (97 casos) de los ingresos por GEA infecciosas en niños menores de 5 años (tasa de ingresos 10,4/1.000 altas), siendo más frecuente en el grupo de 6 meses a un año. Se observó un incremento de las hospitalizaciones en el año 2011 (tasa 28,2/1.000 altas), año posterior a la interrupción de la comercialización en España de la vacuna frente a rotavirus.

Las dos vacunas disponibles en Europa y en el resto del mundo son :

- Pentavalente bovina-humana reordenada (RotaTeq, de Sanofi Pasteur MSD): utiliza la cepa de rotavirus bovino WC3.
- Monovalente humana atenuada (Rotarix, de GlaxoSmithKline Biologicals): la cepa inicial era un rotavirus humano con especificidad G1 P[8] aislado de un niño con gastroenteritis.

5 Discusión-Conclusión

Los datos obtenidos sugieren que sería beneficiosa la inclusión de la vacuna frente a rotavirus en el calendario vacunal infantil, especialmente en los grupos de menor edad, donde se evitarían los casos graves.

6 Bibliografía

- N Amin Blanco, S Fernández Castillo - Vaccimonitor, 2016 - scielo.sld.cu
- JP Amarillo, MMVD Vivanco, OR Castillo... - Panorama Cuba y ..., 2015 - redalyc.org
- AE de Pediatría - 2019 - vacunasaep.org

Capítulo 93

LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, BENEFICIOSA PARA AMBOS.

RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ

1 Introducción

La lactancia materna exclusiva, es la alimentación del lactante mediante leche materna sin ningún otro suplemento sólido o líquido, incluyendo el agua, considerándose el mejor alimento para el lactante durante los seis primeros meses de vida y con una alimentación complementaria adecuada, manteniéndose hasta los dos años de vida o más; siendo también beneficiosa para las madres que optan por esta alimentación para sus bebés.

2 Objetivos

Determinar los beneficios desarrollados en los bebés alimentados con lactancia materna, así como los riesgos demostrados en estudios científicos de los problemas de salud en niños no alimentados con leche materna y en las madres que no optan por este tipo de alimentación.

3 Metodología

Se han llevado a cabo revisiones bibliográficas en bases de datos científico sanitarias, revistas científicas y publicaciones relacionadas con el tema a definir.

4 Resultados

Según los estudios realizados la superioridad de la leche materna sobre la leche de fórmula artificial para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida señalan menos riesgo de problemas de salud en la madre y en el bebé, previniendo además la muerte súbita del lactante y la tasa de mortalidad infantil.

Los bebés alimentados con leches de fórmula, son más propensos a padecer enfermedades gastrointestinales, respiratorias, alergias, dermatitis atópica, asma, enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal y a largo plazo desarrollar obesidad, diabetes mellitus, esclerosis múltiple y cáncer, llegando también a afectar al nivel de inteligencia, depresión y ansiedad.

Las madres que no amamantan tienen mayor riesgo de padecer hemorragia post parto, fractura de columna y cadera en la edad post menopausica , cáncer de ovario, cáncer de útero, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, ansiedad y depresión.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación con lactancia materna aporta tanto beneficios para el bebé como para la madre, previniendo enfermedades a ambos, además es un factor importante para la familia, ya que supone un ahorro económico y también para el medio ambiente, al disminuir el consumo de electricidad y de agua, y la generación de diversos contaminantes ambientales que se producen durante la fabricación, transporte y distribución de los sucedáneos de la leche materna.

6 Bibliografía

- El nuevo gran libro de la lactancia .Marvin Eiger y Sally Wendkos Olds.
- [https:// www.who.in](https://www.who.in)
- [https:// www.natalben.com](https://www.natalben.com)
- <https://www.infobae.com>
- www.scielo.org.pe
- Bases de datos de Embase, PubMed, SciElo.

Capítulo 94

ENFERMEDADES OCULARES RELACIONADAS CON LA EDAD

RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ

1 Introducción

Con el paso del tiempo nuestro organismo se va deteriorando y el sentido de la vista también sufre cambios fisiológicos importantes , para evitar o minimizar estos efectos es fundamental llevar una vida lo más sana posible y realizar una prevención sanitaria llevando a cabo exámenes visuales periódicos.

2 Objetivos

Determinar las principales patologías oculares relacionadas con la edad, junto con los factores asociados a la prevención y tratamiento adecuadamente.

3 Metodología

Se han llevado a cabo revisiones bibliográficas en bases de datos científico sanitarias, revistas científicas y publicaciones relacionadas con el tema a estudiar.

4 Resultados

Las enfermedades visuales típicas asociadas a la tercera edad, son:

- Presbicia o vista cansada debido a la pérdida de la flexibilidad del cristalino, siendo incapaz de enfocar correctamente a diferentes distancias afectando especialmente en la visión de cerca; puede corregirse con el uso de lentes o mediante intervención quirúrgica.
- Cataratas, patología también relacionada con el cristalino perdiendo su transparencia; se corrige mediante intervención quirúrgica.
- Glaucoma, afectando al nervio óptico, causando alteraciones en la presión ocular, el tratamiento más adecuado es la cirugía, el láser y la medicación.
- Degeneración macular asociada a la edad (DMAE), deteriorándose el área central de la retina (mácula), provocando una pérdida progresiva de la visión periférica central; pudiéndose tratar con altas concentraciones de vitaminas y oligoelementos.

5 Discusión-Conclusión

Alrededor del 30% de las personas mayores de 65 años tiene problemas de visión, aunque sólo unos pocos sufren una alteración lo suficientemente importante como para limitarlos en sus actividades cotidianas, previniéndolas o poniéndoles solución con sus tratamientos.

La enfermedad ocular más importante en los adultos mayores, es la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), por ser la causa más frecuente de ceguera en las personas mayores de 65 años.

6 Bibliografía

- [https:// medlineplus.gov/eyediseases](https://medlineplus.gov/eyediseases)
- www.cgcoo.es
- www.admiravisión.es
- Bases de datos científico sanitarias: SciELO, PubMed.

Capítulo 95

HERIDAS TRAS MORDEDURA DE PERRO. CASO CLINICO.

VANESA TELLA RIOS

1 Introducción

La mayoría de las mordeduras de animales provienen de mascotas. Las mordeduras de perros son comunes y casi siempre le suceden a los niños. En comparación con los adultos, es mucho más probable que los niños sean mordidos en la cara, la cabeza o el cuello.

Las mordeduras de gatos son menos comunes, pero tienen un mayor riesgo de infección. Los dientes de los gatos son más largos y afilados, los cuales pueden causar heridas punzantes más profundas. La mayoría de otras mordeduras de animales son causadas por animales callejeros o salvajes, como mofetas, mapaches, zorros y zorrillos.

Las mordeduras que causan una herida punzante son más propensas a infectarse. Algunos animales están infectados con un virus que puede causar la rabia. La rabia es poco frecuente, pero puede ser mortal. Los posibles síntomas incluyen:

- Rupturas o cortaduras mayores en la piel, con o sin sangrado.
- Hematomas.
- Lesiones por aplastamiento que pueden causar desgarros graves de tejidos.
- Heridas punzantes.
- Lesión de tendones o articulaciones.

2 Objetivos

Analizar un caso real de heridas por mordeduras de perro.

3 Caso clínico

Varon que acude por presentar herida en cara tras mordedura de perro (raza pastor aleman). El paciente presenta herida superficial con laceración en región mandibulr izquierda. Como antecentes es alérgico a penicilina y sus derivados, además dice estar vacunado del tétanos hacía tres meses.

Se realizó un lavado exhaustivo de la herida, se suturó con diez puntos de ethilon 5/0, se administró gammaglobulina y se indicó control de herida en su centro de salud.

4 Resultados

Los resultados del tratamiento de esta mordedura fueron:

- Se realiza sutura con diez puntos de ethilon 5/0, bajo anestesia local.
- Se administra gammaglobulina IM.
- Control de la herida en Centro de Salud. Por tratarse de herida con riesgo de infección.

5 Discusión-Conclusión

El SE de Uptodate sobre el manejo de las mordeduras realizadas por animales y por humanos recomienda:

Explorar y evaluar la herida cuidadosamente para identificar lesiones en las estructuras subyacentes y/o la presencia de cuerpo extraño. Si parece estar infectada, antes de iniciar tratamiento con antibióticos, debe obtenerse un cultivo. Si no hay clínica de que está infectada, no es necesario el cultivo.

Respecto al manejo de la herida, recomienda el cierre primario de las heridas abiertas en pacientes sanos que cumplan con todos los siguientes criterios (Grado 2B)

- Estéticamente importante (por ejemplo, laceraciones faciales).
- Heridas clínicamente infectadas.
- Heridas de menos de 12 horas (24 horas si están en la cara).

- Heridas no situadas en manos o pies.

Debe ser evitado el sellado de la herida con adhesivo tisular de cianoacrilato ("pegamento"). Se sugiere no cerrar heridas con alto riesgo de desarrollo de infección incluyendo las siguientes heridas (Grado 2C):

- Lesiones por aplastamiento.
- Heridas punzantes.
- Las mordeduras que implican manos o pies.
- Las heridas de más de 12 horas (24 horas de edad en la cara).
- Heridas por mordeduras de gatos o humanos (excepto las de la cara).
- Heridas de pacientes inmunodeprimidos, ausencia de bazo o disfunción esplénica, estasis venosa, diabetes mellitus (adultos).

Respecto a la terapia antibiótica: aunque la profilaxis antibiótica reduce la tasa de infección de algunas mordeduras de animales, especialmente las de gatos, no se recomienda de forma rutinaria, justificándose solo en ciertas heridas de alto riesgo:

- Punzantes profundas (especialmente las de gato); heridas de moderadas a graves con lesión por aplastamiento asociado; en zonas venosas subyacentes y/o compromiso linfático.
- En manos, genitales, cara o en las proximidades de hueso o articulación.
- Que requieren cierre; y las producidas en personas inmunocomprometidas, ausencia de bazo o disfunción esplénica, y los adultos con diabetes mellitus.

Si se considera que deben recibir profilaxis antimicrobiana, la primera dosis debe administrarse tan pronto como sea posible después de la lesión. A veces se prefiere dar la dosis inicial de forma parenteral para obtener rápidamente niveles eficaces en los tejidos. Posteriormente pueden darse de forma oral durante 3-5 días.

Los pacientes con mordeduras infectadas pueden recibir antibióticos empíricos orales o intravenosos, dependiendo de las circunstancias individuales específicas. Como antibiótico de elección para heridas por mordedura de animales recomienda la amoxicilina-ácido clavulánico. Siendo la dosis oral para adultos de 875 mg/125 mg dos veces al día; y para niños 20 mg/kg por dosis (amoxicilina) dos veces al día (máximo 875 mg de amoxicilina y 125 mg de ácido clavulánico por dosis). En los niños con mordedura infectada se podría aumentar la dosis a 45 mg/kg por dosis (amoxicilina) dos veces al día (máximo 875 mg de amoxicilina y 125 mg de ácido clavulánico por dosis).

6 Bibliografía

- Eilbert WP. Mammalian bites. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 54.
- Goldstein EJC, Abrahamian FM. Bites. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Updated Edition. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 320.

Capítulo 96

ENFERMERIA Y ABORDAJE DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO

MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ

SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El consumo de tabaco continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad que se pueden prevenir a nivel mundial.

Se define como Tabaquismo a una de las enfermedades crónicas considerada, actualmente, como el mayor problema en Salud Pública.

Las cifras referidas al tabaquismo en España llegan a superar los 50.000 muertos anuales. Como personal sanitario, tenemos la obligación de preguntarnos “qué podemos hacer” para mejorar esta situación. Teniendo en cuenta que Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario de la mayoría de la población y que por sus consultas pasa a lo largo de un año el 75% de ella, los profesionales sanitarios en Atención Primaria nos encontramos en una situación estratégica para poder desarrollar diferentes intervenciones sobre el tabaquismo.

2 Objetivos

- Analizar el papel de los profesionales de Atención Primaria en el abandono del tabaco.
- Identificar la relevancia del consejo breve y su sistematización.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica, seleccionando artículos de distintas bases de datos electrónicas: Elsevier, Scielo, Pubmed y distintas guías y revistas con evidencia científica. Como criterios de inclusión se emplearon artículos en idioma de castellano e inglés; y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2010.

Palabras claves utilizadas: Tabaquismo, deshabituación tabáquica, consejo breve, terapia conductual-cognitiva.

4 Resultados

La intervención mínima engloba las siguientes actividades: preguntar sobre el tabaquismo a los pacientes, anotar los datos obtenidos en la historia clínica, dar consejo motivacional:

- Las claves para intervenir en el paciente fumador es el Consejo Breve: Información que se da al paciente cuando viene a consulta. Este consejo debe ser: claro: “Es importante que usted deje de fumar y desde esta consulta le podemos ayudar”; breve y sencillo: “El tiempo de duración es suficiente de 2 a 3 minutos”; se informa de las ventajas del abandono del consumo del tabaco y de los perjuicios del mismo.

Evitando en la mayor medida palabras técnicas; personalizado: adaptándolo al paciente que se encuentra en consulta. Jóvenes: el consejo se centra mas en los perjuicios que hace el tabaco sobre la estética y sobre el deporte. Adultos: Cáncer, corazón, problemas respiratorios (EPOC...). Mujeres, nos centramos en el perjuicio sobre el embarazo y daños al feto. Familiares, el peligro de fumar que afecta a los convivientes, los hijos se convierten en fumadores pasivos.

- Ofrecer apoyo psicológico; entregar materiales de información y de apoyo, según la fase de cambio en la que esté el paciente. Apoyar y acompañar ,durante el proceso de abandono, seguimiento en las consultas. Si esta actitud se repite en cada consulta que el sujeto realice por el motivo que fuese entonces se estaría

hablando de intervención mínima sistematizada . Las etapas de la intervención mínima sistematizada son Estrategia de las "5 A":

- Ask: Preguntar si fuma
- Advice: Aconsejar dejar de fumar
- Assess: Averiguar si esta dispuesto al cambio
- Assist: Ayudarle en su dehabituación
- Arrange: Seguimiento en las sesiones.

Las etapas de la intervención mínima sistematizada son (regla de las 5 "A"):

1. Preguntar (ask): en todas las actuaciones de un profesional de la salud, se distingue al fumador del no fumador y del ex-fumador orientándose hacia qué tipo de paciente se tiene, y la posible intervención que se puede realizar. Después de identificar al fumador, se debe seguir preguntando sobre el número de cigarrillos diarios, cuando se fuma el primero del día, cuántos intentos de cesación ha tenido, grado de dependencia, y recaídas y sus motivos. El anotar todos los datos en la historia del paciente hace que siempre se tengan presentes y aumenta la agilidad y eficacia de la intervención.
2. Aconsejar (advise): proporcionar consejo motivacional tal y como queda explicado en párrafos anteriores.
3. Apreciar (assess): Valorar la fase de cambio en la que se encuentra el paciente, para poder personalizar la intervención más oportuna. Si el paciente no desea dejar de fumar se le hará ver lo perjudicial de su actitud y se le brindará apoyo para el futuro. Si el paciente no está decidido se intentará fomentar su motivación haciéndole ver las ventajas de no fumar. Si está dispuesto a hacer un serio intento de abandono, se le ofertará ayuda y tratamiento adecuado
4. Ayudar (assist): Se intentara en esta fase acordar un "Contrato" firmado para fijar el día D" ,que sera el primer día sin fumar. Conviene evitar días de gran estrés, fiestas o situaciones especiales". Al "día D" el paciente ha de llegar sin falsas creencias sobre el tabaco, y habiendo adquirido recursos como asertividad, entrenamiento en habilidades relacionadas con la cesación, preparación de técnicas de afrontamiento de situaciones peligrosas, en presión social, y habiendo entrenado técnicas de extinción de conductas de riesgo.
5. Seguimiento (arrange): Seguimiento realizado en las distintas sesiones, que variara según las estrategias terapéuticas ,se realizan sesiones semanales durante 4 a 6 semanas y luego se pasan a sesiones quincenales, hasta el tercer mes.

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones no farmacológicas que mejores resultados ofrecen son aquellas que van dirigidas a aumentar la motivación y las diversas técnicas cognitivo-conductuales que llevan al reconocimiento de las situaciones de riesgo y al entrenamiento en habilidades para poder enfrentarse a ellas.

6 Bibliografía

1. REVISTA DE Patología Respiratoria Volumen 16 • Número 4 • Octubre-Diciembre 2013. El papel de la enfermería en el control del tabaquismo. L. Perera López, S. Arranz Alonso, P. Vaquero Lozano, S. Álvarez López, A. Batanero Rodríguez, M. Enríquez Jiménez, B. Carrillo Aranda.
2. Grupo de Trabajo de Enfermería Neumomadrid. Rev Patol Respir. 2013; 16(4): 138-143
3. Revista Española de Salud Pública. Normas de publicación – Actualización del 3 de agosto de 2018. Madrid: RESP; 2018. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/>
4. Grupo de Trabajo sobre Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Evaluación de las políticas de control del tabaquismo en España (Leyes 28/2005 y 42/2010). Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 2017.
5. Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. Treatment of smoking: minimal intervention and psychological tools S. VEIGAa, S. MARTÍNa, F. CORRALa a Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. España
6. Tratado de Tabaquismo, 3a edición. Carlos Jiménez Ruiz, Karl O Fagerstrom. Biblioteca Aula Médica 2011. Revista chilena de enfermedades respiratorias versión On-line ISSN 0717-7348
Rev. chil. enferm. respir. vol.33 no.3 Santiago set. 2017.
7. Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores
Knowledge of risk tobacco in smokers, former-smokers and non-smokers. Enrique Ruiz Mori¹, Hernán Ruiz Mori¹, Ronald Salazar-Rojas², Cristina Torres-Mallma², Sergio Valer-Villanueva^{2,3}, Brendy Santiago^{2,3}, Humberto Joel Blas-Rodríguez², Cindy Vásquez Tornero², Leslye Guevara Gonzales^{2,3}
8. EpData: El consumo del tabaco en España, en datos y gráficos. Fuente: AEC/INE (2018). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Capítulo 97

ESTAR QUEMADO, EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERÍA

ALMUDENA PANIZO LÓPEZ

1 Introducción

El síndrome de burnout -del que deriva la expresión “estar quemado”- es considerado un trastorno que afecta a nivel emocional y psicológico a una parte importante de trabajadores que viven en un estado de estrés y ansiedad.

La sintomatología que produce se potencia en su conjunto y ocasiona que el cuadro vaya empeorando de manera gradual. Se manifiesta cuando el grado de ansiedad es muy elevado y no se limita a situaciones específicas o a determinados periodos de tiempo, sino que esta situación persiste y puede llegar a naturalizarse, como una parte del trabajo, hecho que puede repercutir enormemente en la vida laboral y personal del sujeto, afectando además en la economía y salud pública de los países más afectados.

La OMS caracteriza de esta manera el agotamiento: “Sentimientos de agotamiento o agotamiento de la energía; aumento de la distancia mental del trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo; y reducción de la eficacia profesional“. Además, “El síndrome de burnout se circunscribe al entorno laboral y no debe de servir para describir situaciones de estrés en otras áreas de la vida“, señaló el organismo. Asimismo, destacó los tres síntomas que permiten identificar el trastorno:

- Agotamiento extremo.
- Sentimientos de negativismo, cínicos o distanciamiento del trabajo.
- Importante disminución de la eficacia laboral.

La OMS sugiere que este agotamiento sucede cuando las exigencias de un trabajo superan ampliamente las recompensas, el reconocimiento laboral y los tiempos para poder relajarse.

Algunas investigaciones han evidenciado que un agotamiento a nivel profundo y la negatividad asociada, pueden modificar el cerebro de un trabajador, dificultando su capacidad para enfrentar situaciones estresantes en el futuro.

Incluso se ha visto que en estudios de neuroimagen guardan similitudes entre los cerebros de los que han sufrido traumas en la vida temprana y aquellos adultos afectados por agotamiento extremo.

Otros estudios han relacionado el agotamiento en el lugar de trabajo con varios efectos físicos, como un factor de riesgo significativo para la enfermedad coronaria, elevación de los valores de colesterolemia, aumento de casos de diabetes tipo 2, hospitalización por trastornos cardiovasculares, dolor musculoesquelético, fatiga prolongada, cefaleas, problemas gastrointestinales, problemas respiratorios, lesiones graves e incluso mortalidad antes de los 45 años.

Los efectos psicológicos del agotamiento incluyen trastornos depresivos, insomnio, depresión, el uso de medicamentos psicotrópicos y antidepresivos e incluso hospitalización por trastornos mentales. Los parámetros de agotamiento deben ser bien establecidos para ser correctamente diagnosticado, por lo que esta nueva clasificación internacional podría mejorar considerablemente el diagnóstico y el tratamiento, que reviste especial importancia dado su incremento a escala mundial, más aún, al considerar que este síndrome ha aumentado de manera alarmante en algunas profesiones. Su diagnóstico implicará licencia médica para el afectado, para ser posteriormente reevaluado con periodicidad- según determinen los médicos tratantes- hasta que se recupere o se determine su cambio de funciones dentro de un ambiente laboral o empresa.

A quienes afecta

Aquellos trabajadores pertenecientes a profesiones relacionadas con la asistencia y que propician un contacto directo con la gente son los más afectados por este tipo de síndrome, según indicaron diversos estudios realizados por el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Estos trabajos se relacionan más estrechamente con la asistencia a terceros, centrada en dar ayuda y suplir necesidades ajenas, como por ejemplo profesores, policías, periodistas, personal de la Administración Pública y de los Servicios Sociales.

Pero de todos los trabajadores, aquellos pertenecientes al área sanitaria serían

los más expuestos, ya que que están constantemente en contacto con el dolor ajeno y la enfermedad, además de tener que enfrentarse a las dificultades de índole organizativas y burocráticas del sistema de salud. Con respecto a esto, en el 2016, la Asociación Médica Americana realizó un estudio estadístico que reportó que cualquiera de las especialidades evaluadas estaba por debajo del 40% en los índices de burnout, entre muchos casos reportados por distintas encuestas y organizaciones.

Cambios legislativo-sanitarios

La detección y el aumento de los casos de burnout y la relevancia de los síntomas hizo que la ciencia se interesara en estudiar este síndrome, pese a que no era considerado una enfermedad laboral, hecho que cambió en la última asamblea de la OMS celebrada el pasado 25 de mayo del 2019, pues resolvió incluir por primera vez el síndrome del burnout en la guía de las enfermedades que se asocian al empleo, quedando inscrito bajo el código QD85.

Este síndrome de burnout, al ser incluido oficialmente en la undécima edición del ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems o Clasificación Internacional de Enfermedades) que es publicado por la OMS, afirma que este cuadro se incluye como un “síndrome ocupacional“, que se debe únicamente al “estrés crónico en el lugar de trabajo” y que “no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida“.

Los expertos en medicina laboral y salud pública tienen la esperanza de que esta incorporación al ICD legitime este problema emergente que es ampliamente incomprendido y que sirva para impulsar las investigaciones sobre los efectos de este síndrome y ayudar a diseñar programas para ayudar a quienes lo sufren.

Durante la 72° Asamblea Mundial de la Salud, realizada desde el 20 al 28 de Mayo del 2019 en Ginebra, Suiza, los estados miembros de la OMS acordaron que estas nuevas clasificaciones rijan partir del 1 de enero de 2022.

2 Objetivos

- Analizar las diferentes medidas existentes para la prevención del Síndrome de Burnout.

3 Metodología

Este trabajo es un estudio descriptivo mediante la revisión bibliográfica a través de una búsqueda sistemática en bases de datos: Dialnet, Scielo, Cuiden plus y Pubmed y el buscador Google Académico. Además se han revisado artículos de revistas de carácter científico, como: Medicina Intensiva, Revista enfermera Here-diana, Revista Chilena, Revista científica de la Sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias, Notas de enfermería, Tu cuidas, L'infirmiere, Re-vista española de anestesiología y reanimación, Metas de enfermería y European journal cardiothorax sugery. Los descriptores o palabras clave utilizadas en la búsqueda han sido: Burnout, agotamiento, enfermería.

4 Resultados

Esta revisión bibliográfica muestra que por lo general la prevalencia del cansancio emocional es alto. Según los estudios informan de que las enfermeras con mayor edad y mayor antigüedad laboral, tienen más ansiedad y depresión, por ello necesitan una detección precoz y tomar medidas de prevención.

- Las estrategias relacionadas con la prevención son una serie de respuestas a nivel individual, interpersonal u organizacional ante una situación que se considera amenazante, y que en la mayoría de los casos tiene como finalidad manejar la respuesta al estrés. Pueden ser agrupadas en tres categorías:

1. Individuales o Personales: están recomendadas en cualquier momento, incluso antes de que se presenten los primeros síntomas del Burnout, ya que puede prevenir su aparición. El objetivo es que el individuo aprenda estrategias que le permitan afrontar el estrés y prevenir sus consecuencias sin abandonar el propio autocuidado. Estas estrategias se dirigen a regular las emociones, desarrollar habilidades comunicativas, entrenarse en la solución de problemas y el manejo eficaz del tiempo, y adoptar estilos de vida saludables. Para ello precisa:

- No sobrecargarse de tareas y menos si no forman parte de las habituales.
- Desahogarse ante las situaciones que inquieten o preocupen.
- Delimitar las funciones, pedir que se organicen reuniones periódicas en las que todos puedan dar su opinión sobre su propio trabajo, clarificar en qué ámbitos es responsable cada uno, y cuántas tareas puede asumir sin llegar a desbordarse.
- Aprender a controlar las emociones, no enfadarse al creer que se está sufriendo una injusticia. Hay que intentar exponer las quejas con explicaciones basadas en hechos concretos y proponiendo soluciones.

- En los momentos de presión hay que saber pedir ayuda. Algunas personas se queman cuando se les exige asumir tareas para las que no se está preparado. Para evitarlo se puede pedir un curso de formación o buscar la ayuda de un compañero más experimentado.

Otros aspectos:

- Llevar una vida sana, con una nutrición equilibrada, durmiendo un número de horas suficiente y haciendo ejercicio físico con regularidad. Hay que procurar no abusar del café, tabaco, alcohol y otros estimulantes.

- Mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias, compartiendo emociones y sentimientos con los amigos y familiares.

- Dedicar una parte de la jornada al tiempo libre. No es tan importante disponer de mucho tiempo libre como disfrutar el que se tiene, por escaso que pueda ser.

- Desarrollar habilidades comunicativas . Para mejorar la relación con los pacientes tenemos que aprender a comunicarnos. Las habilidades son aprendidas con la experiencia, pero hay puntos clave a tener en cuenta:

- En las nuevas metodologías se da mayor importancia al receptor y al modo en que él recibe e integra el mensaje.

- Se deben tener en cuenta dos elementos fundamentales en la comunicación: la situación donde se produce la acción y la persona o personas a las que vamos a comunicar.

- Se debe dar menos importancia a lo que se tiene que decir, al mensaje, y más a la forma o manera de decirlo.

- Antes de iniciar una comunicación efectiva se tienen que fijar una serie de objetivos realistas.

- Durante el proceso lo más importante es implicarse en la comunicación y observar si el receptor se implica también. Esta tarea se realiza mediante técnicas de observación, sobre todo por medio de la interpretación de las señales verbales y no verbales.

- Para llevar a cabo una buena comunicación es fundamental intentar conocer al receptor. Para ello hay que emplear recursos como llamar al paciente por su nombre, interesarse por sus problemas, inquietudes, usar lenguaje sencillo, permitir la expresión de opiniones, etc. Además hay que escuchar activamente.

- Cuando se esté seguro de que la participación es efectiva, y para no caer en una relación con tinte paternalistas, no hay que olvidar mantener un mínimo de distancia emocional. Esto se puede conseguir por medio de la regla de las 4Rs: haciendo hincapié en las Recomendaciones de las normas a seguir, Reforzando las cuestiones más importantes, Recordando de vez en cuando el objetivo de la relación y Regulando el tiempo.

2. Grupales e Interpersonales

El SQT tiene su origen en la deterioro de las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral. Por este motivo, los procesos que tienen que ver con la calidad de las relaciones interpersonales deben ser objeto de especial atención para prevenir la aparición del SQT. Las principales estrategias a este nivel son: a. Apoyo social en el trabajo: contar con relaciones interpersonales de calidad es una de las principales necesidades del ser humano. El apoyo social se ha definido como “la información que permite a las personas creer que otros se preocupan por ellos y los quieren, son estimados y valorados, pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas”.

Pines (1983) distingue seis formas de ofrecer apoyo social en el trabajo:

- Escuchar a la persona de manera activa, sin dar consejos ni juzgar sus acciones.
 - Dar apoyo técnico. En el sentido de que un compañero diga al trabajador que está haciendo bien las cosas.
 - Crear en el profesional necesidades y ensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo.
 - Dar apoyo emocional.
 - Dar apoyo emocional desafiante que haga reflexionar al individuo sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones.
 - Participar en la realidad social del individuo, confirmando o cuestionando creencias sobre sí mismo, sobre su autoconcepto, autoeficacia y autoestima.
- b. Entrenamiento de las habilidades sociales: es un procedimiento para enseñar a los profesionales a ofrecer y recibir apoyo social en el trabajo. Son específicas ante cada situación y se pueden concretar en:
- La capacidad de decir “no”.
 - La capacidad de pedir favores y hacer peticiones.
 - La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos.
 - La capacidad de iniciar, mantener y terminar conversaciones.

El entrenamiento de las habilidades sociales puede hacerse de manera individual o grupal. En grupo tiene algunas ventajas porque puede convertirse en un importante marco de referencia para el individuo que facilita que los comportamientos aprendidos perduren, además puede constituir un escenario natural para evaluar las habilidades sociales y es un contexto para ofrecerse apoyo y ayuda mutua.

3. Organizacionales

Son muy importantes pues el origen del problema está en el contexto laboral y, por tanto, la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Las estrategias

son escasas ya que la principal vía de intervención es la individual. Estas son algunas de esas estrategias :

- Mejorar el clima laboral promoviendo el trabajo en equipo.
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
- Disponer del análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflicto de rol.
- Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- Aumentar la recompensa a los trabajadores.
- Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando al ambiente.
- Fomentar la colaboración en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Promover la seguridad en el empleo.

Gil- Monte y Peiró (1997) han proporcionado algunos métodos como: a. Programas de socialización anticipatoria que prevengan el choque con la realidad y sus consecuencias. Se cuestionan los ideales y se analizan la discrepancia entre la forma en que las cosas deberían realizarse, según las creencias personales o profesionales, y la forma en que están realizándose. b. Programas de retroinformación a los trabajadores sobre su rendimiento. c. Desarrollo organizacional: pretende cambios en los procesos de la organización para incrementar la salud y eficacia organizacional y mejorar el funcionamiento social de la organización.

¿Cómo podemos ayudar a los compañeros que están en esta situación?

- Estableciendo una relación de apoyo, tanto emocional, como física (ayudando en la asistencia de pacientes estresantes).
- Poniéndonos al mismo nivel de la otra persona, escuchándola activamente, haciéndole preguntas. Esto puede ayudarle a expresar los sentimientos y preocupaciones y a ver la situación desde otra perspectiva.
- Aceptando lo que la persona tiene que decir sin emitir juicios de valor, que exprese sus frustraciones y sentimientos, dejando que la actitud optimista salga por sí sola.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout tiene consecuencias devastadoras para la persona si se cronifica pero si se trata a tiempo el burnout es reversible. Hay personas que son más vulnerables que otras a padecer burnout porque no poseen un bienestar psicológico. Es importante dotar a las personas de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes para prevenir las consecuencias que el estrés puede llegar a producir.

A modo de reflexión, es necesario que las organizaciones sanitarias actúen para prevenir el síndrome de burnout entre sus profesionales, puesto que las consecuencias para la organización son importantes: aumento del absentismo, bajas laborales, disminución de la calidad asistencial, etc. El burnout puede llegar a ser contagioso en la organización, teniendo incluso peores consecuencias al sumarse los efectos. Así pues la Sanidad debe tener una buena gestión de recursos humanos y determinados elementos que son necesarios para crear un ambiente de trabajo positivo, entre los que estarían: tiempo de descansos adecuados, dotación adecuada de personal, cargas adecuadas de trabajo, adecuada adaptación al nuevo puesto de trabajo, etc.

6 Bibliografía

- Síndrome de Desgaste Profesional o "Burnout": Su Relación con Variables de Personalidad y Estilos Familiares. Autores: Maria Hinojal Benavente-Cuesta, M. Paz Quevedo-Aguado. Editorial Académica Española, 2013.
- La Dimensión Social de la Práctica de la Enfermería. María Consuelo Castrillón Agudelo . Editorial Académica Española, 2012.
- Enfermería facultativa: Reflexiones filosófico-éticas. Cecilio Eserverri Chaverri – 2006.
- El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología. Manuel González Barón – 2008.
- <https://nacionfarma.com> Síndrome del burnout es reconocido oficialmente por la OMS 31 mayo, 2019 por Paola Opazo Sáez.

Capítulo 98

ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO. ESTRATEGIAS DE CUIDADOS

REBECA CIENFUEGOS VIDAL

ALBA GARCÍA BAS

BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA

GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ

SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ

1 Introducción

Hace 50 años, la mayor parte de las tasas de morbi-mortalidad se atribuían a enfermedades de origen infectocontagioso. Sin embargo a partir de entonces, pasan a un segundo plano y surge la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso. No obstante, cabe destacar que en la actualidad existen diferencias entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, que son mayoritariamente afectados por enfermedades crónicas y degenerativas y enfermedades infecciosas, respectivamente. En los países desarrollados, la mayor parte de los fallecimientos debidos a enfermedades crónicas, fundamentalmente cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, llevan asociados diferentes factores de riesgo evitables.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son la causa del 63% de las muertes a nivel mundial y desencadenan el

75% del gasto sanitario público. Se calcula que, antes del 2020, las enfermedades crónicas supondrán el 60% de la carga global de la enfermedad, serán responsables del 73% de las muertes en todo el mundo y, en los países en vías de desarrollo, representarán más del 50% de la carga de enfermedad. Este tipo de enfermedades provoca importantes efectos adversos en la calidad de vida de los enfermos afectados, es causa de muerte prematura y tiene efectos económicos importantes y subestimados por las familias, comunidades y por la sociedad en general a pesar de constituir en España la primera causa de demanda asistencial de los pacientes en los centros sanitarios .

Las enfermedades crónicas comparten características comunes, pese a que tradicionalmente han sido estudiadas académicamente de forma aislada y abordado por los servicios asistenciales hospitalarios de forma atomizada:

- Se agregan unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes.
- Su etiología es múltiple y compleja.
- Su aparición es gradual y silente y su pico de prevalencia aparece en edades avanzadas.
- Son permanentes y producen un deterioro gradual y progresivo.
- Requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada.
- Son susceptibles de prevención, retraso en su aparición o, al menos, atenuación en su progresión.
- Se manifiestan mediante la triada edad, comorbilidad y polimedicación.

Se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Los principales efectos de estos factores de riesgo recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres en todos los países.

Respecto a la epidemiología de las enfermedades crónicas, a nivel mundial, representan la causa de defunción más importante, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales, es decir, de los 57 millones de muertes globales, unos 36 millones de personas mueren al año a causa de una enfermedad crónica. El 80% de ellas se concentran en los países de ingresos bajos y medios y en términos mundiales, afectan por igual a hombres y mujeres. El 29% de las muertes atribuibles a las enfermedades crónicas, se producen en personas de menos de 60 años. En España, en 2014, murieron 398.000 personas, de las que un 92%, es decir

366.160, lo hicieron a causa de enfermedades crónicas. Resultaron más afectados los hombres que las mujeres

El progresivo envejecimiento de las poblaciones relacionado con un crecimiento de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatológicas y la dependencia que ello conlleva, ha supuesto importantes desafíos para las administraciones y financiación de los sistemas sanitarios. En las últimas décadas estamos asistiendo a un envejecimiento progresivo de las poblaciones. Una de las consecuencias inmediatas de este efecto, es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Además de la avanzada edad, existen otras circunstancias que incrementan la posibilidad de padecer procesos pluripatológicos: la obesidad, los bajos niveles socioeconómicos o culturales, el vivir sólo o residir en instituciones para ancianos.

Las enfermedades crónicas se clasifican en tres grandes grupos:

- Enfermedades que provocan un intenso sentimiento de pérdida o amenaza física:
Enfermedades de mal pronóstico: oncológicas, SIDA, etc.
- Enfermedades que provocan gran dependencia: enfermedades renales.
- Enfermedades que generan nociones de dolor o mutilación:
Enfermedades que en su evolución causan dolor crónico: artritis reumatoide.
- Enfermedades que conllevan pérdida de la imagen corporal: mutilaciones, ostomías, etc.
- Enfermedades que precisan modificaciones en el estilo de vida para lograr una evolución favorable:
Enfermedades cardiovasculares: cardiopatías, hipertensión, etc.
- Enfermedades metabólicas: diabetes, obesidad, etc.
- Enfermedades respiratorias: EPOC.

Se debe realizar un replantamiento de la atención al paciente crónico: la condición de enfermo crónico supone un reto imponente para la familia y el sistema sociosanitario. Hay una relación directa entre cronicidad y dependencia y además, la cronicidad se asocia al consumo de recursos sanitarios poniendo en peligro la propia sostenibilidad del sistema sanitario. La estrategia de atención al paciente crónico pasa por un replanteamiento que incluye actuaciones como:

- Evaluación individualizada del nivel de complejidad/ riesgo: un diagnóstico integral del paciente que, además de describir los procesos clínicos, incluya su situación social, psicoafectiva, su contexto familiar con especial interés al cuidador principal, situación nutricional y grado funcional. Una actuación más centrada en intervenciones preventivas y rehabilitadoras para evitar la progre-

sión de las enfermedades crónicas, que en esfuerzos curativos.

- Una implicación activa del paciente y su entorno familiar en la adherencia al tratamiento y aplicación de cuidados con programas educativos y apoyo al autocuidado.
- Una integración real de los cuidados.
- Una coordinación eficaz, tanto entre niveles y flujos asistenciales como entre la red social y sanitaria. El incremento de demanda para este tipo de pacientes ha ocasionado que se deba replantear el tipo de asistencia clásica basada en la organización de los cuidados de forma puntual a un modelo que contemple la continuidad asistencial. Las características comunes a estas nuevas estrategias de cuidado han sido la potenciación de unidades multidisciplinarias y polivalentes con el intento de dar respuesta integral a la descompensación simultánea de las múltiples enfermedades crónicas que padecen.

2 Objetivos

- Revisar estudios sobre el paciente crónico y de su cuidado
- Analizar las diferentes estrategias de cuidados que existen en el paciente crónico
- Destacar la importancia del personal de enfermería, como único personal con dominio de las competencias necesarias, para ejercer distintos roles determinantes para el abordaje del paciente crónico

3 Metodología

El siguiente trabajo consiste en una revisión narrativa que tiene como objetivo analizar y resumir la literatura sobre un tema en particular, tanto desde el punto de vista conceptual como metodológico. Se lleva a cabo una interpretación crítica de la literatura desde el punto de vista del autor. El procedimiento del trabajo ha consistido en una revisión sistemática de la literatura en distintas bases de datos on-line: Cochrane plus, CuidenPlus, CINAHL, Elsevier, LILACS, Proquest Nursing, PubMed y SciELO. La búsqueda se ha limitado a: artículos en español, limitados a los cinco últimos años, humanos y centrados en el tema a tratar.

Tras esta búsqueda se seleccionan los artículos más completos con los temas a tratar, se analizan y se resumen en el apartado de desarrollo

4 Resultados

Hay diferentes sistemas de integración, que se exponen a continuación. Se presenta dos de los más conocidos para la atención a pacientes crónicos, cómo es el Chronic Care Model (CCM), seguido del modelo Kaiser Permanent. Así como el modelo establecido por la Junta de Andalucía, el Plan de Atención Integral a Pacientes con Enfermedad Crónica (PAIAPEC).

Chronic Care Model (CCM): es probablemente el principal modelo de referencia internacional en la atención a crónicos es el “Modelo de Atención a Crónicos” (The Chronic Care Model CCM) desarrollado por Ed. Wagner y por colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU. En este modelo, la atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen:

- La comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados.
- El sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento.
- La interacción con el paciente en la práctica clínica.

Este marco identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una óptima atención a pacientes crónicos. Se trata de:

- La organización del sistema de atención sanitaria.
- El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
- El apoyo y soporte al autocuidado.
- El diseño del sistema asistencial.
- El apoyo en la toma de decisiones.
- El desarrollo de sistemas de información clínica.

El fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias, a favor de una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultado. Si se analizan los dominios competenciales que las enfermeras desarrollan, encontramos:

- El apoyo y soporte al autocuidado, sustentado en el marco teórico de la Dra. Dorotea Orem.
- El apoyo en la toma de decisiones del paciente (los proyectos de counseling).
- El ejercicio del rol de la enfermera como entrenadora de los pacientes que requiere de un profesional que la acompañe para que se generen cambios en la manera de enfocar el autocuidado.
- La gestión de casos.

- La relación con la comunidad, donde la enfermera comunitaria aporta la relación con la escuela, asociaciones de pacientes y trabajo desde la promoción de la salud con proyectos coordinados con el ámbito de la Salud Pública y el medio de la municipalidad.

Dentro de las adaptaciones del CCM destaca el modelo propuesto por la OMS, denominado “Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas” The Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) (10). Este modelo añade al CCM una óptica de políticas de salud, cuyas principales ideas son:

- La toma de decisiones basada en la evidencia.
- El enfoque de salud poblacional.
- El foco en prevención.
- El énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica.
- La flexibilidad/adaptabilidad.
- La integración, como núcleo duro del modelo.

Pirámide de Kaiser: es el modelo más empleado para definir las estrategias de gestión del paciente crónico. Está basado en la estratificación del riesgo, es decir, en la clasificación de los individuos en diferentes categorías en función de la probabilidad de que sufran un deterioro de su salud. Dependiendo de su nivel de complejidad, se clasifica a los pacientes en diferentes categorías lo que permite una gestión más eficiente de los recursos sanitarios potenciando la capacidad resolutoria de Atención Primaria y minimizando las hospitalizaciones. Además, la población general es susceptible de experimentar intervenciones de prevención y promoción que traten de controlar los factores de riesgo que pueden llevar a los individuos a padecer una patología crónica.

Una vez que se establece la condición de cronicidad, se distinguen tres niveles:

- Nivel 1. Situado en la base de la pirámide. Constituido por la mayoría de los pacientes crónicos (70-80%); se encuentran en estadios iniciales por lo que reciben apoyo para la autogestión de su enfermedad.
- Nivel 2. En el medio de la pirámide. Constituido por pacientes de mayor riesgo (15%); reciben apoyo para la autogestión de su enfermedad y cuidados profesionales.
- Nivel 3. En el vértice de la pirámide. Constituido por pacientes de mayor complejidad (5%); requieren fundamentalmente cuidados profesionales.

Por lo tanto, el objetivo último de la asistencia sanitaria es evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, y que los pacientes crónicos sean atendidos de la manera más adecuada en función de sus

necesidades

Evolución de los niveles de organización del sistema sanitario en el Principado de Asturias para la atención a las personas con enfermedades crónicas: el Sistema Nacional de Salud establecido por la Ley General de Sanidad, Ley14/1986, de 25 de abril, es el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. Esta Ley dispone que los Centros Sanitarios de la Seguridad Social queden integrados en el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en los casos en que la misma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social de acuerdo con su Estatuto de Autonomía.

En Asturias, se compatibilizaron, de forma transitoria hasta el año 2002, dos Instituciones: el INSALUD, que gestionaba provisionalmente la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), creado por la Ley 1/1992, de 2 de julio como ente de derecho público adscrito a la Consejería de Sanidad, dedicado a la realización de las actividades sanitarias y a la gestión de los servicios sanitarios propios de la Comunidad Autónoma, así como a la preparación organizativa para la asunción de las transferencias. La década de los 80 representó un período de notable expansión de los servicios sanitarios públicos. Durante ese período se refuerza la red hospitalaria con los Hospitales comarcales de Cangas y Jarrío, y se hace un notable esfuerzo en la implantación de las reformas de la atención primaria de salud y de la salud mental

- Desarrollo del modelo de Atención Primaria

El modelo de Atención Primaria se fundamenta en los principios de integridad, interdisciplinariedad y continuidad en la atención a los ciudadanos. Nuestra Comunidad fue pionera en el proceso de reforma de la Atención Primaria con la publicación del Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias, que ha sido el instrumento que ha determinado la implantación y ordenación territorial de la Atención Primaria en el conjunto del territorio asturiano. Posteriormente el Decreto 117/1989, incorporó como centro de referencia del distrito 1 del Área Sanitaria V al Hospital de Jove, vinculado a la red del INSALUD mediante concierto sustitutorio. En 1997 se puso en funcionamiento la Fundación Hospital Oriente de Asturias, que se integró como centro hospitalario de referencia para el Área VIII en el Mapa Sanitario de 2001. Uno de los más importantes logros de la reforma sanitaria iniciada en los 80 ha sido el dotar de una amplia red de servicios de atención primaria, con una cobertura poblacional completa y muy accesible, que garantiza no sólo una equidad geográ-

fica y poblacional, sino también socioeconómica.

El mantenimiento del médico de familia como puerta de entrada al sistema contribuye a garantizar la continuidad de la asistencia y a racionalizar el uso de los recursos. Personas sanas, poblaciones sanas Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias

La formación especializada de médicos de familia, iniciada antes de la reforma, contribuye a crear un perfil profesional enfocado a tratar enfermos en lugar de enfermedades y, por tanto, más atento a las condiciones medioambientales y socioeconómicas de las personas y poblaciones que atienden. La concepción de trabajo en equipo multiprofesional y el desarrollo de instrumentos de garantía de la calidad en atención primaria (historia clínica, cartera de servicios, normas técnicas, etc.) han contribuido al desarrollo de una atención sistemática a los pacientes y poblaciones.

- La red hospitalaria

Las características principales del proceso seguido por la Atención Hospitalaria pública en Asturias en los últimos años, son:

La redistribución de los recursos hospitalarios: a comienzos de los años 80 la atención hospitalaria giraba casi exclusivamente en torno a los pacientes hospitalizados. Además, todos los hospitales existentes se localizaban en el área central de Asturias. Desde mediados de los 90, las ocho áreas sanitarias de Asturias tienen, al menos un hospital de referencia. El proceso de descentralización de los recursos de Atención Hospitalaria, que se inicia con la aprobación del primer Decreto del Mapa Sanitario de Asturias en 1984, supuso una mejora en el grado de accesibilidad de los servicios a la población.

La diversificación en las modalidades de atención: se ha mejorado notablemente la cartera de servicios hospitalarios de todas las áreas sanitarias, incorporándose diferentes procedimientos de tipo diagnóstico o de tipo terapéutico. También se ha desarrollado la oferta de procedimientos de referencia como es el caso de los trasplantes. Se ha desarrollado un rápido proceso de ambulatorización de los procedimientos. Se potenciaron las consultas externas, los hospitales de día y se desarrolló la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por último, hay un proceso de mejora de las condiciones de habitabilidad y confort en las instalaciones.

El Decreto 71/2002, de 30 de mayo, constituye la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública, previstas en la Ley 1/1992. La última está integrada por los centros y establecimientos con financiación pública, es decir, por

la Red Hospitalaria Pública y los centros privados vinculados mediante concierto, convenio u otra forma de gestión integrada o compartida con el Servicio de Salud del Principado de Asturias. El Decreto 71/2002 clasifica a los centros integrados en la Red Sanitaria de Utilización Pública en: Hospital de Área o Distrito; Hospital de Agudos Asociado; Centros de Convalecencia y Centros Privados Concertados. Se ha promovido, desde 1985, la creación de unidades de atención geriátrica en las áreas sanitarias centrales. Los Hospitales Monte Naranco de Oviedo, Cruz Roja Española de Gijón, Fundación Hospital de Avilés y Sanatorio Adaro de Langreo, disponen de unidades funcionales para la provisión de cuidados a pacientes geriátricos con reagudizaciones de las patologías crónicas o que precisen tratamiento de recuperación funcional.

- Reforma de Salud Mental

En los 80 se inicia, en Asturias, una Reforma de la SM que se caracteriza por: Dentro de la orientación de la Atención: por la desinstitucionalización de los enfermos, la atención comunitaria, el abordaje de los problemas de salud mental con un carácter interdisciplinario y multicausal (incluye el factor social), la continuidad en los cuidados, y la integración y la reinserción del enfermo mental.

Dentro de la organización: por la superación del Hospital Psiquiátrico, la integración de la asistencia hospitalaria en los hospitales generales, la creación de estructuras intermedias para la atención, la descentralización territorial y diversificación de los servicios y unidades asistenciales, el predominio de la atención ambulatoria convirtiendo al Centro de Salud Mental en el eje central de la organización de la atención, y la creación de dispositivos y programas de reinserción.

Dentro de la gestión: por la integración de los diferentes dispositivos en la red única de atención, y la creación de una unidad rectora, la tendencia a homogeneizar criterios de gestión, y el desarrollo de una gestión territorial en las áreas sanitarias, mediante la creación de los Coordinadores de Área.

El "Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011- 2016" es ejemplo de estrategia de atención integral a la cronicidad marcando como prioridades el impulso de las actividades de promoción, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, abarcando en ello a la población general y a la población atendida. La red de servicios de Salud Mental se configura como un conjunto de unidades asistenciales descentralizadas, que abarca a más de 45 unidades asistenciales, agrupadas en distintas tipologías, que dan cobertura a las ocho áreas sanitarias en que se divide el mapa sanitario asturiano: Centros de Salud Mental, Centros de Tratamiento Integral, Unidades de Hospitalización,

Comunidades Terapéuticas, Hospital de Día, Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, Unidades de toxicomanías, alojamientos tutelados.

- Atención Sociosanitaria

La Asistencia Sociosanitaria es un subsistema asistencial que debe tener presente la heterogeneidad de las situaciones, la variabilidad de las necesidades y la flexibilidad para adoptar cambios sucesivos en la asignación de recursos y la organización de los cuidados, al incluir el conjunto de servicios que precisan las personas con limitaciones físicas, mentales o cognitivas, con un impacto suficiente para comprometer su independencia y autonomía personal y requerir, por tanto, cuidados de larga duración.

La red de Establecimientos Residenciales de Asturias (ERA), de la Consejería de Bienestar Social, constituye el instrumento más importante para la provisión de prestaciones sociales y sociosanitarias en régimen institucional y centros de día de nuestra región.

La estructura de esta red se ha acomodado a la prestación de cuidados a personas mayores mediante la transformación progresiva de plazas para personas válidas a plazas para residentes con diferentes grados de dependencia. Este cambio cualitativo en la población institucionalizada está generando una demanda sanitaria en ocasiones no bien resuelta, por lo que se debe avanzar en el desarrollo de soluciones que promuevan la atención integral y no solo la generada por la demanda. Mención especial merece la Fundación Sanatorio Adaro, que desde su constitución, en 1996, su transformación ha sido constante, intentando responder en todo momento a las necesidades de atención sanitaria y Sociosanitaria que desde su área de influencia geográfica eran percibidas por la población de referencia, la Administración, los agentes sociales, otras Entidades Públicas y el propio Patronato. Se ha configurado como un Hospital de Media y Larga Estancia, geriátrico, rehabilitador, de convalecencia y cuidados paliativos, que amplía su atención ambulatoria a otros ámbitos de la Salud. La Fundación Sanatorio Adaro cuenta con una Unidad de Larga Estancia geriátrica de 91 camas, concertadas con las consejerías de Bienestar Social y Sanidad, mediante un sistema de financiación mixta, de las que 74 constituyen plazas de duración indefinida y diecisiete 17 plazas son de estancia temporal (entre 30 y 120 días).

- Cuidados Paliativos

Con la puesta en marcha de la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias en el año 2009, se trata de ubicar a los pacientes con enfermedad avanzada terminal en todos los niveles y recursos del sistema sanitario. Tratando de propiciar una

mejora en la atención a estos pacientes con la puesta en marcha de medidas en cada uno de ellos. Todos los recursos asignados y las acciones planificadas tendrán una contribución escasa si no se trabaja en mejorar la coordinación entre los recursos y niveles existentes. El lugar idóneo de atención de un paciente en situación avanzada y compleja está en función de diversas variables (sintomatología y nivel de sufrimiento, apoyo existente, preferencias del paciente y familia). El nivel asistencial óptimo cuando el paciente está en el domicilio es la Atención Primaria, mientras que la Atención hospitalaria será responsable del paciente hospitalizado o en tratamiento activo. A partir de la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias se da un salto cualitativo en la atención al paciente terminal con la creación de la mayor parte de Equipos de Apoyo en Cuidados Paliativos actuales (12 equipos para el total de las Áreas Sanitarias).

La intervención de estos dispositivos específicos se basa en principios de efectividad y eficiencia, y se reserva para la atención de enfermos con mayor complejidad, promoviendo la capacidad de resolución de los recursos convencionales ya existentes.

- Programas orientados hacia la enfermedad crónica

En el Principado de Asturias existen diversos programas y planes de atención para los pacientes con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos son:

Los "Programas de crónicos" que figuran en la cartera de servicios de Atención Primaria: Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hipercolesterolemia, Obesidad, etc.

Los "Programa Clave de Atención Interdisciplinar" (PCAI), suponen un proyecto de atención homogénea y transversal a las personas con un determinado problema de salud, liderado por profesionales de diversas disciplinas que coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente. Se centran en las enfermedades crónicas, incluyendo entre estas a los cánceres que tienen un comportamiento de enfermedad crónica, se refieren a: Ansiedad; Cáncer de mama; Cáncer colorectal; Cáncer de próstata; Cardiopatía Isquémica; Consumo de alcohol y alcoholismo; Demencia; Depresión; Diabetes; Dolor crónico musculoesquelético; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; Hipertensión Arterial e Ictus.

Además cabe destacar que existen en Asturias numerosas iniciativas surgidas de las asociaciones de pacientes o de las de sus familiares y otras organizaciones que contribuyen a la mejora de los cuidados de los pacientes crónicos, contando en muchos casos con la implicación de profesionales sanitarios del Servicio de

Salud y apoyo institucional.

Recientemente la Consejería de Sanidad del Principado ha incorporado la metodología desarrollada en la Universidad de Stanford como modelo de trabajo para las escuelas de pacientes.

La atención a domicilio y la figura de la enfermera en el cuidado del paciente crónico:

La atención domiciliaria se define como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio a pacientes cuyo estado de salud o dificultad de movilidad no les permite desplazarse al Centro de Salud correspondiente. De esta manera, se puede atender al enfermo de forma integral y conocer sus estilos de vida en el ámbito familiar, pudiendo detectar así situaciones de riesgo. Los principios que guían las pautas del modelo de atención domiciliaria son básicamente los siguientes:

- Un servicio diseñado a prestar atención individualizada.
- Participación de la familia en el cuidado del enfermo.
- Oportunidad de elegir el servicio de salud disponible.
- Ofrecer un servicio de calidad.
- Mantener una continuidad en el cuidado.

Los datos más comúnmente estudiados por enfermería en las visitas domiciliarias son: sociodemográficos, problemas de salud, diagnósticos de enfermería, actividades realizadas, datos de la valoración de los pacientes (generalmente mediante escalas), diagnósticos médicos y cualquier otro aspecto que pueda resultar de interés.

El rol que desempeña la enfermera en el cuidado del paciente crónico se clasifica en tres componentes:

- Técnico: valoración de necesidades fisiológicas, aplicación de tratamientos, curas, vendajes, control de constantes...
 - Preventivo: actividades preventivas y actividades de educación para la salud.
 - Psicosocial: valoración de necesidades y problemas sociales y abordaje de problemas emocionales tanto del paciente como del cuidador.
- El cuidador

El cuidador es la persona que asiste a otra que sufre cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades de la vida diaria o de sus relaciones sociales. De esta manera, todas las necesidades del enfermo giran en torno al cuidador. Los cuidados prestados

pueden ser de dos tipos:

No profesionales: cuidados prestados por personas de la familia o de su entorno que no están vinculadas a un servicio de atención profesional.

Profesionales: cuidados prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, por profesionales ya sea en el hogar o en un centro.

Existe consenso en afirmar, que las personas que asumen el rol de cuidadoras familiares de enfermos crónicos, se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que les colocan en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre, que incrementa el riesgo de padecer:

-Síndrome del cuidador: conjunto de alteraciones físicas, psíquicas, psicosomáticas, laborales y familiares que presentan los cuidadores.

-Burnout: fatiga extrema física y mental, agotamiento emocional, disminución de la motivación laboral, y falta de empatía hacia los demás.

Como consecuencia, pueden aparecer sentimientos de culpabilidad que pueden provocar claudicación y/o incapacidad para seguir atendiendo las demandas del familiar enfermo. Por ello, existe un gran reto para la enfermería, y es cuidar de quien cuida.

Es necesario ir al encuentro de la familia y escucharla, tener en cuenta su opinión, resolver sus dudas, identificar sus dificultades y cualidades para que pueda asumir la responsabilidad de la salud del enfermo. Además, cabe destacar que este proceso no finaliza con la muerte del paciente, y es esencial el acompañamiento en el manejo adecuado de la separación definitiva con la persona cuidada.

- Existen cuatro fases en el proceso de adaptación al cuidar:

1. Negación o falta de conciencia del problema: la persona cuidadora puede distanciarse, al menos temporalmente, de la amenaza e incertidumbre que supone la enfermedad de su familiar. Necesita tiempo para ser capaz de valorar de manera objetiva las dificultades que presenta el familiar enfermo.

2. Búsqueda de información y aparición de sentimientos negativos: la persona cuidadora va aceptando la realidad de la situación del enfermo y la manera en la que le afecta a ella. Es frecuente que aparezcan los sentimientos de angustia, enfado, culpa y frustración.

3. Reorganización: a medida que pasa el tiempo, la vida de la persona cuidadora se reorganiza, y aunque persistan en algunos momentos sentimientos de ira, frustración, soledad y/o tristeza la persona cuidadora se sentirá, progresivamente, con más control sobre la situación. A pesar de esta adaptación, la tarea de cuidar

permanentemente en un entorno familiar es dura y la persona cuidadora puede necesitar de una atención específica.

4. Resolución: en esta etapa la persona cuidadora es capaz de manejar con éxito las demandas de la situación de cuidados. Cuando el proceso de enfermedad de la persona cuidada se agrava, es cuando la cuidadora tiene que enfrentarse a decisiones difíciles: el traslado del familiar a una residencia o a un centro socio-sanitario, o la muerte del mismo.

5 Discusión-Conclusión

Todos los profesionales estamos de acuerdo en que la atención al paciente crónico debemos abordarla de una forma integral y continuada. Si esto es así. ¿Por qué no ponemos en marcha las diferentes estrategias comentadas con anterioridad? En todas las Comunidades Autónomas existen planes de cuidados con este fin, pero ¿en cuántas de ellas se han seguido de forma estricta y con tales objetivos?

Creo que lo que falta es una figura de liderazgo entre los profesionales. En contra de lo que se ha desarrollado anteriormente, el profesional generalmente espera a la demanda del paciente centrándonos entonces en el problema aislado del momento. También he de decir que en los 5-7min. de consulta que actualmente disponemos, es complicado poner en marcha estos modelos. Es por eso que lo que necesitamos es que el profesional cambie su forma de atención y que se intente integrar estos modelos poco a poco en nuestro día a día. No debemos esperar a que sean otros lo que inicien estos cambios. Debemos tener una actitud activa y más en los tiempos de ahora en los que el sistema sanitario está más restringido que nunca.

Todos los expertos están de acuerdo en que el modelo Chronic Care Model es el más apropiado para la atención a los pacientes crónicos y que la segmentación de los pacientes para prestar diferente tipo de asistencia según sus necesidades, adoptada por la organización Kaiser ha demostrado excelentes resultados en salud, satisfacción de los pacientes y profesionales y ahorro en costes.

El objetivo final de este trabajo es concienciar a sanitarios, pacientes crónicos y familiares de la necesidad de pasar de un modelo en el que el paciente y el sistema se relacionan de forma pasiva a otro de relación proactiva. Considerar que los mejores resultados en salud se obtienen cuando un paciente activo e informado interactúa con un equipo profesional y pro-activo. Los sistemas de información deben ser capaces de dar soporte a esa proactividad y favorecer la

coordinación entre niveles y sectores asistenciales. En este sentido debe remarcar-se la contribución que la Atención Primaria puede hacer en la disminución de hospitalizaciones evitables y como los sistemas de información pueden facilitar que sea un objetivo compartido entre Atención Primaria, Hospitalaria y Sociosanitaria.

Todo ello sin olvidarnos del punto fuerte de estas enfermedades y es que la mayoría de ellas se pueden prevenir controlando los factores de riesgo anteriormente comentados. Cada paciente, independientemente de su nivel de recursos, tiene al alcance la posibilidad de introducir mejoras importantes en la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Se necesitan recursos sin duda, pero se pueden conseguir muchas cosas a un costo reducido, y los beneficios superan ampliamente los costos. Como bien recoge la OMS, no hay nada que justifique que las enfermedades crónicas sigan segando prematuramente la vida de millones de personas cada año por estar relegadas a un segundo plano en la agenda del desarrollo sanitario, cuando conocemos ya perfectamente la manera de evitarlas.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras. Disponible en: <http://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 61ª Asamblea mundial de la salud. 18 de abril de 2008.
- Ollero Baturone M., Orozco Beltrán D., Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas. 2011.
- Organización Mundial de la Salud. Dr. Ala Alwan. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2010. Disponible en: <http://www.who.int>.
- OMS. Enfermedades Crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Disponible en: <http://www.who.int>.
- Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad, Gobierno de España. Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012.

-Consejo Asesor de Sanidad. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos en el Sistema Sanitario del Principado de Asturias. Marzo, 2014. Disponible en: <http://www.asturias.es>

-La Sanidad Pública en Asturias. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 2003.

Capítulo 99

LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS EXTRAVASACIONES DE CITOTÓXICOS

CORAL GONZALEZ RODRIGUEZ

MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS

AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ

ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ

ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO

1 Introducción

La extravasación se define como la salida de líquido intravenoso hacia el espacio perivascular y subcutáneo, motivado por factores propios del vaso, o accidentales, derivados del desplazamiento de la cánula fuera del lugar de venopunción. Los tejidos circundantes en los cuales penetra el tóxico presentan una baja capacidad de neutralización y de dilución del mismo, lo que permite que su acción agresiva persista, causando lesiones de gravedad dependientes de las características tóxicas del citostático, de los excipientes y de la cantidad extravasada, sus consecuencias pueden ser muy graves, llegando a ser necesaria, en algunos casos, la actuación quirúrgica.

2 Objetivos

Determinar las principales medidas de prevención para evitar en lo posible las extravasaciones en paciente quimioterápicos y sus efectos adversos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A la hora de llevar a cabo el procedimiento de administración de medicación intravenosa a los pacientes quimioterápicos hay que tener en cuenta los factores de riesgo asociados a la administración de citostáticos:

- Factores relacionados con el paciente
- Factores relacionados con la técnica de administración.
- Factores relacionados con el medicamento.

FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

- Sexo. Hombre: Suelen presentar mejor visibilidad y resistencia venosa. Mujer: venas más cortas, débiles y dificultosas en pacientes mastectomizadas donde el capital venoso se reduce a un miembro.
- Peso: En las personas con sobrepeso donde suele haber escasa visibilidad, se aconseja preparar mucho la zona a puncionar.
- Edad: Mayor fragilidad en los ancianos y niños.
- Antecedentes personales: Evaluar la zona y solo puncionar frente a la seguridad, de otra forma solicitar colaboración. Pacientes con historia de enfermedades vasculares periféricas, diabetes, etc. Pacientes que han recibido previamente radioterapia en la zona de punción o quimioterapia. Pacientes sometidos a terapia intravenosa previa de larga duración. Pacientes con estado nutricional inadecuado.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN

Es imprescindible seguir el protocolo de administración individual que baja de farmacia para cada paciente.

Previamente a la infusión:

- Elección de vena de buen calibre, sin nudos, flebitis, edema ni endurecimiento de las paredes, que asegure la rápida y segura circulación del fármaco. Son preferibles las ubicadas en antebrazo, dorso de la mano, muñeca (precaución por la presencia de tendones y ligamentos sensoriales) y fosa antecubital. En adultos no utilizar las venas de los miembros inferiores debido a trombos, varices, dificultad en la irrigación o circulación que pueda presentarse. En los niños pueden usarse las venas de los pies.
- Preparación de la zona favoreciendo la vasodilatación mediante: o Masajes suaves y circulares. o Descender el miembro para facilitar el retorno y por tanto el relleno de capital venoso.
- El catéter venoso se fijará correctamente con un apósito transparente que nos permita ver en todo momento la zona de incisión, al mismo tiempo que lo sujeta y evita su movimiento.
- Se debe comprobar la integridad y flujo de la vena de administración con 5ml de suero salino fisiológico (u otra solución compatible con el medicamento) y comprobando el retorno venoso.
- La administración del medicamento se efectuará despacio sin utilizar una presión excesiva, con el flujo recomendado en el protocolo de farmacia para cada paciente.
- Se solicitará al paciente que comunique en cualquier momento la presencia de dolor, ardor o sensación de calor en la zona y se vigilará durante todo el proceso la zona de punción.
- Al terminar se lavará la vía con 100ml de suero salino fisiológico.
- Se irá alternando la zona de punción en los sucesivos tratamientos.
- Si se encuentra dificultad para la venopunción o se va a administrar el tratamiento durante un largo periodo de tiempo, se recomienda la administración mediante catéter venoso central o sistemas tipo reservorio.

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL MEDICAMENTO

- La naturaleza del medicamento o capacidad de agresión tisular: o No agresivos o Irritante: Provocan irritación local tras su extravasación o Vesicante: Agentes capaces de provocar ulceración local y necrosis si se produce una extravasación.

- La cantidad y concentración del medicamento extravasado (a mayor concentración mayor riesgo de daño tisular).

El tiempo de exposición, el sitio y el volumen infiltrado en los tejidos son factores importantes a tener en cuenta.

EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE:

Las reiteradas punciones venosas y las soluciones irritantes frecuentes, constituyen un problema de sufrimiento para el paciente y frustración para el personal de enfermería, debido a la dificultad para la canalización de vena, de ahí la importancia de orientar al paciente y familiar sobre el cuidado de su capital venoso.

- Higiene estricta de los miembros (evita la entrada de infección en las punciones).
- Preparación de la zona: 24 horas antes del tratamiento. Favorecer la vasodilatación: Realizar masajes suaves de forma circular. Utilizar compresas o bolsas de agua tibia.
- Ejercicio físico de los miembros, no violentos, suave.
- Uso de cremas antiinflamatorias, analgésicas y antiheparinoides (para disminuir la esclerosis y dolor).

ACTUACIÓN EN CASO DE EXTRAVASACIÓN

Se debe sospechar de extravasación ante la presencia de signos como dolor, prurito, quemazón, enrojecimiento/palidez, hinchazón o cambio de temperatura en la zona circundante al punto de inserción, así como descenso de la velocidad de flujo de infusión o retorno venoso a través de la cánula.

Pueden existir extravasaciones a distancia, debidas a extracciones sanguíneas o cateterizaciones previas y recientes en el mismo vaso así como en el lugar donde se había producido una extravasación previa, aún cuando la nueva administración no coincida en el punto de inserción. Por ello se debe realizar un control estricto del paciente sobre toda administración.

En estos casos se deben seguir las normas de actuación recomendadas por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del HCSO. ANEXO 1: Algoritmo de actuación en Extravasaciones. Se detendrá inmediatamente la infusión retirando el sistema de perfusión y conectaremos en su lugar una jeringa de 5ml con la que se aspirarán entre 5-10ml de sangre y parte del contenido si fuese posible.

Si hay formación de ampolla subcutánea con fármaco extravasado, extraer el contenido con una aguja de insulina mediante aspiración. Avisar al médico responsable correspondiente. Marcar la zona afectada con un rotulador para valorar la

evolución de la extravasación. Administrar si procede el antídoto correspondiente (ANEXO 2). Retirar el catéter y desinfectar la zona con povidona yodada.

Medidas generales:

- Elevar la extremidad afectada por encima del nivel del corazón. No aplicar presión ni vendajes. Si no hay necrosis, llevar a cabo las medidas higiénicas habituales con suavidad. En caso de necrosis o posible afectación de estructuras profundas (nervios, tendones...) seguir las indicaciones de un especialista (cirujano, traumatólogo...).
- Evitar la foto exposición de la zona afectada si la extravasación es provocada por los siguientes agentes citostáticos: Dacarbacina, Fluorouracilo o Mitomicina. En los casos en los que se produzca descamación cutánea importante o ulceración existe riesgo de infección, por lo que se debe controlar periódicamente la lesión y avisar en caso sospecha de infección ante la necesidad de iniciar terapia antibiótica sistémica prescrita por el médico.
- Aplicar frío o calor según corresponda.

5 Discusión-Conclusión

El capital venoso de los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia anti-neoplásica son frágiles, móviles y difíciles de canalizar. Las punciones frecuentes o repetitivas favorecen la presencia de trombos y limitan el número de venas accesibles.

La extravasación de quimioterapia intravenosa en estos pacientes es una grave complicación del tratamiento que puede provocar importantes daños tisulares. Su prevención ha demostrado ser la mejor medida para evitar tales daños.

6 Bibliografía

- Ley 31/95 de 8 noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
- RD 374/2001 de Protección frente a Agentes químicos

Capítulo 100

LA PATOLOGÍA DEL VARICOCELE Y SU PROBLEMÁTICA MASCULINA

ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ

NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS

1 Introducción

El varicocele es una patología propiamente masculina, la más común de las anomalías anatómicas en hombres con problemas de fertilidad, que justamente afecta a los órganos del aparato reproductor. Fue reconocido como un problema clínico hace mucho tiempo, más precisamente en el siglo XVI, pero sólo desde el siglo XIX se relaciona con la infertilidad de algunos varones. A día de hoy, el varicocele por sí mismo no es una patología grave. Su incidencia resulta importante, aparece en un 10 % de los hombres jóvenes, pero la medicina actual cuenta con terapéuticas relativamente simples y efectivas para su tratamiento.

El varicocele es la dilatación varicosa de las venas espermáticas (generalmente del lado izquierdo). Se produce cuando las válvulas de las venas que hay a lo largo del cordón espermático no funcionan apropiadamente, impiden el flujo sanguíneo normal y hacen que la sangre se represe, lo cual produce dilatación o aumento del tamaño de las venas. Esto es esencialmente el mismo proceso que se da con las venas varicosas comunes en las piernas.

Para simplificar esta descripción podríamos decir que la consecuencia funcional del varicocele es el impedimento que produce en las venas para drenar la sangre del testículo, provocando de esta manera que en ellas se aloje una gran cantidad de sangre que no debería almacenarse. Como consecuencia, la sangre retorna por

las paredes de estas venas en dirección contraria a la correcta. Este retorno de la sangre puede provocar una elevación de la temperatura normal del escroto y, por tanto, incidir en la fertilidad del esperma.

Se considera que la causa de esta anomalía se debe a la particularidad anatómica general de este sistema que, por su estructura, puede llegar a determinar en algunos hombres las dilataciones varicosas. También por múltiples razones anatómicas se manifiesta usualmente en el lado izquierdo.

Los varicoceles pueden ser primarios y secundarios.

- Primarios: son diagnosticados por lo general en los individuos jóvenes.
- Secundarios o sintomáticos: expresan no sólo el simple trastorno de insuficiencia venosa sino que el bloqueo de la vena espermática puede ser consecutiva a una compresión desde afuera, como en casos de un tumor o quiste renal de dimensiones importantes o como consecuencia de patologías más complejas. Éstos no tienen predilección para su manifestación por alguno de los lados, como es el caso de los primarios por el lado izquierdo.

La localización en el 90 % de los casos es del lado izquierdo por una disposición anatómica de las desembocaduras de las venas. El varicocele derecho se halla asociado al izquierdo y muy raramente ocurre en forma aislada por compresión de la vena espermática en algún punto de su recorrido. Esto tiene varias explicaciones, aunque la más aceptada en la actualidad está en relación con que la vena renal izquierda tiene más propensión a la compresión.

Respecto a su diagnóstico, es sumamente importante la identificación de esta patología, hay que tener en cuenta que tres de cada cuatro pacientes afectados por varicocele tienen o tendrán problemas de fertilidad y sus posibilidades de mejorar ese trastorno dependerán de la corrección efectiva de la alteración venosa. Dicho diagnóstico se realizará mediante un examen físico exhaustivo y mediante métodos no invasivos como una ecografía y/o eco Doppler a color.

2 Objetivos

- Conocer los métodos invasivos y no invasivos para el diagnóstico y el correcto tratamiento a instaurar en pacientes con varicocele.
- Reconocer los distintos tipos de varicocele existentes en cada individuo.
- Conocer su sintomatología y los efectos que este tipo de patología provoca en los pacientes que la padecen.

3 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 78 estudios y de ellos fueron seleccionados 5 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. Los descriptores utilizados fueron: “VARICOCELE”, “PATOLOGIA”, “HOMBRES”, “ENFERMERÍA”, “PROBLEMÁTICA”.

4 Resultados

Según el grado de afectación del paciente y las acciones cuidadoras que debemos de aplicar a estos individuos, diremos que: es necesario prescribir un «plan de cuidados» para instruir a la familia en los cuidados de asistencia a domicilio. Además es muy importante, incluir la información relacionada con el nivel de instrucción e implicación de la familia en el informe de cuidados al alta, en caso de cirugía.

Es indispensable que conozcan el plan de ejercicios físicos perineales, si fuese necesario y sobre todo, informar al paciente sobre autocuidados domiciliarios en la eliminación urinaria tras la intervención. Para ello tendremos que entregar un Programa de Educación para la Salud .

5 Discusión-Conclusión

En las revisiones de este tipo de paciente se tendrá en cuenta si sabe cómo localizar a su médico o enfermera especialmente instruido para su caso. Por supuesto, programando previamente una visita e identificando determinados síntomas de alerta como son dolor o aumento de la tensión arterial y/o complicaciones secundarias como la infección, el hidrocele, la recurrencia del varicocele o la atrofia testicular.

También será importante seguir un plan terapéutico domiciliario adecuado en lo que respecta a dieta y medicación y emplear especial cuidado en su patrón de eliminación, su actividad física y su posible disfunción sexual transitoria.

6 Bibliografía

1. Bulechek, G. Butcher, H. McCloskey, J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NiC). Sexta edición. Elsevier-Mosby. Madrid 2014.
2. Caño J, Ramírez D, Lledó E, et al. Trombosis de la vena espermática derecha. Revisión de la literatura a propósito de un caso. Revista internacional de Andrología. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.02.005>
3. Gámez-Sánchez D, Batista Galán Ad, Vaillant Rodríguez M, Dueñas Moreira O, Varona Pérez P. Caracterización clínico-epidemiológica de parejas infértiles. Revista Cubana de Medicina General Integral [revista en Internet]. 2019; 34(4). Disponible en: <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/999>
4. Moorhead, S. Johnson, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Quinta edición. Elsevier-Mosby. Madrid 2014.
5. Hernández M J, Llanes JA, Quiñones M. Caracterización de la insuficiencia venosa crónica en consultas del instituto de Angiología y Cirugía vascular. Revista Cubana de Angiología y Cirugía vascular. 2010; 11(1)1-9.

Capítulo 101

PRINCIPALES SECUELAS DE LA CIRUGÍA PROSTÁTICA: ATENCIÓN ENFERMERA

ANDREA LOPEZ GARCIA

ANA MARTÍN ÁLVAREZ

1 Introducción

La prostatectomía es una intervención muy frecuente en nuestro entorno. Se utiliza principalmente para el tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata (HBP) y el cáncer de próstata (CP). Se trata de dos afecciones dependientes de la edad, caracterizadas por la formación de grandes nódulos en la glándula, que tienen una gran incidencia en la población masculina.

El tratamiento de ambas patologías es muy variado: En el caso de la HBP la primera opción terapéutica siempre será el tratamiento farmacológico, sin embargo, un 25% de los pacientes precisará de una cirugía prostática para combatir la sintomatología. En el CP las opciones de tratamiento dependerán del estadio del cáncer, la localización y estado del paciente, siendo la prostatectomía el tratamiento de elección para combatir el CP en estadio localizado

A pesar de proporcionar menos complicaciones que los tratamientos antiguos, la prostatectomía radical y la resección transuretral pueden desencadenar alteraciones que afectan a la salud física y emocional de los afectados.

Tras la operación, se pueden presentar complicaciones como espasmos dolorosos de vejiga, infección del tracto urinario o de la herida quirúrgica, formación de

coágulos que pueden bloquear el catéter urinario, dolor y estreñimiento. También es frecuente la aparición de incontinencia urinaria (IU) y disfunción eréctil (DE). Estas dos secuelas, tratables en la mayoría de los casos, afectan especialmente a la autoestima, provocando graves daños en la calidad de vida de los pacientes.

La gran incidencia de IU y DE tras la cirugía, sumada a los daños emocionales que generan en los pacientes, hace que sea muy importante el tratamiento precoz de ambas secuelas, por ello se ha realizado esta revisión con el fin de conocer la mejor actuación sanitaria, mejorando así la calidad en la atención postoperatoria.

2 Objetivos

- Conocer las intervenciones de enfermería en la atención a las principales secuelas tras una prostatectomía.
- Conocer el prevalencia y el impacto que tienen las secuelas surgidas tras la cirugía prostática.
- Describir los distintos tratamientos para la curación de las secuelas de la prostatectomía.
- Identificar las medidas preventivas y paliativas de la aparición de estas secuelas.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se a llevado a cabo una revisión bibliográfica durante los meses de agosto y septiembre del año 2019. Las bases de datos utilizadas han sido: Pubmed, Cuiden, Cinalh, Lilacs y la biblioteca Cochrane plus. También se ha recurrido a la consulta directa de libros y páginas web de organismos oficiales.

En la búsqueda de los artículos se han utilizado los Descriptores en ciencias de la Salud (DeCS) en combinación con lenguaje libre. En la base de datos PubMed se utilizó el thesaurus desarrollado por la National Library of Medicine (NLM), llamado Medical Subject Headings (MeSH)

Para encontrar referencias bibliográficas que se adaptaran de forma precisa a los objetivos planteados, se combinaron las palabras clave con los booleanos en la búsqueda. Los booleanos utilizados han sido “AND” y “OR”. El booleano NOT no fue utilizado en ninguna de las búsquedas realizadas.

Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión transversales para todas las bases de datos consultadas.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados en los últimos 10 años (2009-2019).
- Documentos que proporcionen información relevante sobre el papel de enfermería en la atención a las secuelas originadas tras una prostatectomía.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que no proporcionen información útil para los objetivos planteados.
- Artículos orientados a otros profesionales que no sea enfermería.
- Casos clínicos.
- Artículos de más de 10 años de antigüedad

4 Resultados

La incontinencia urinaria y disfunción eréctil son dos afecciones frecuentes tras la cirugía prostática. Su prevalencia depende en gran medida de la edad del paciente, método quirúrgico aplicado, enfermedades concomitantes, así como el momento en el que ambos aspectos se exploren en el paciente, ya que tanto la potencia eréctil como el control urinario, en la mayoría de los casos son tratables con el tiempo.

1. INCONTINENCIA URINARIA (IU).

“La IU es la pérdida involuntaria de orina en cantidad y frecuencia a través de la uretra”(7). Se trata de una de las secuelas que más afecta a la calidad de vida de los hombres prostatectomizados, generando con frecuencia sentimientos de vergüenza, baja autoestima, ansiedad e incluso estados depresivos.

La incontinencia miccional puede clasificarse en cuatro tipos: La incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia de rebosamientos e incontinencia mixta. La Incontinencia que se da con mayor frecuencia tras una cirugía prostática es la incontinencia de esfuerzo. Esta se define como aquella pérdida de orina que se produce de forma involuntaria al realizar un esfuerzo (ejercicio, toser, reír, estornudar...

Las tasas de incontinencia tras la prostatectomía son relativamente bajas siendo de un 5-50% en la PR y entorno a un 1% en la HBP. Sin embargo, la recuperación del control vesical es un proceso lento y gradual que suele durar entre 6 meses

y 1 año. Es por ello, que tras la retirada de la sonda vesical más del 80% de los pacientes presentan incontinencia miccional.

TRATAMIENTO INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA.

En tratamiento de la IU puede clasificarse en tres tipos de tratamiento:

- Tratamiento conservador.
- Tratamiento intervencionista.
- Tratamiento paliativo.

El tratamiento generalmente utilizado en la IU post-prostatectomía es el tratamiento conservador, el cual engloba una serie de tratamientos que no supongan intervenciones farmacológicas ni quirúrgicas. Es importante volver a resaltar que todos estos tratamientos deberán ir acompañados de intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas. Con estas intervenciones se pretende informar a los pacientes o cuidadores acerca de la enfermedad, haciendo que adquieran un mayor control de la situación y una mejor capacidad de afrontamiento. Está demostrado que con los programas psicoeducativos se consiguen mejores resultados en la recuperación de la continencia, mejorando, además, el estado psicológico y la satisfacción del paciente con respecto al tratamiento.

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA.

Las intervenciones conservadoras más empleadas son la terapia conductual, con modificaciones del estilo de vida y consejos higiénico-dietéticos, y el tratamiento de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico.

Fortalecimiento del suelo pélvico.

El método más utilizado para fortalecer la musculatura pélvica son los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (EMSP), también conocidos como ejercicios de Kegel(21,22). Hoy en día aún no existe un consenso claro sobre cuándo, cómo y con qué duración se deben realizar los EMSP(7,20). En una revisión sistemática publicada en la revista española Enfermería global, se muestra la gran variabilidad en la ejecución de estos ejercicios, en cuanto al número de repeticiones diarias, la combinación de los diferentes tipos de repeticiones o las posturas corporales adoptadas para su realización.

Existen pues, varias modalidades de ejercicios de Kegel que se deben ir introduciendo progresivamente, conforme el paciente vaya consiguiendo un mayor control vesical. Desde la Asociación Española de Enfermería Urológica se pro-

pone la siguiente modalidad de ejercicios:

- Contraer el ano de forma rápida durante un segundo y soltar la contracción descansando otro segundo.
- Contraer el ano de manera lenta durante 5 segundos, seguido de otros 5 segundos de relajación.

Se deben realizar ambas contracciones, ya que actúan en diferentes fibras del músculo. Se aconseja 15 repeticiones de ambas modalidades tres veces al día (mañana, tarde y noche).

- Ejercicios de Kegel con contracción de rebote: se realizan tres contracciones de rebote (contraer el ano durante 4 segundos, e ir soltando poco a poco la contracción para luego volver a contraer), después de la tercera repetición, se descansará 4 segundos.
- Ejercicios de Kegel con contracción en ascensor: contraer lentamente hasta alcanzar el tope de la contracción, manteniendo la contracción durante 3 segundos, después relajar lentamente permaneciendo relajado otros 3 segundos.

Los EMSP pueden combinarse con otros métodos como el biofeedback, la electroestimulación o la inervación magnética, para potenciar el fortalecimiento de la musculatura pélvica:

- Biofeedback: Implica el uso de equipos para ofrecer una retroalimentación sobre funciones corporales, en este caso sobre los músculos pélvicos. Ofrece información sobre la contracción y relajación de la musculatura pélvica, permitiendo al paciente saber si está realizando los ejercicios de manera correcta.
- Electroestimulación: Se trata de una estimulación eléctrica aplicada a la musculatura pubococcígea. Actualmente se emplean dos tipos: La electroestimulación anal y la electroestimulación eléctrica transcutánea (TENS). Además de uso en la ejercitación pasiva de la musculatura pélvica, se emplea para ayudar a localizar y sentir el suelo pélvico en aquellos pacientes con dificultades para identificar la musculatura que hay que contraer
- Inervación magnética extracorpórea: De manera similar a la electroestimulación, con este dispositivo se consigue una ejercitación pasiva y no invasiva de la musculatura pélvica. Se trata de un sillón que emite ondas electromagnéticas permitiendo la contracción de los músculos del suelo pélvico.

En la literatura se encuentran diferentes opiniones acerca del uso de estos métodos, habiendo controversias en el análisis coste-eficacia. Parece ser que con su empleo se consigue una recuperación más rápida de la continencia urinaria, por lo que la mayoría de los estudios sugieren que podría ser beneficioso su uso en los primeros meses del postoperatorio.

TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA DE LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMIA.

Tras un periodo de tratamiento conservador de al menos 6-12 meses (tiempo estimado para la recuperación del control vesical), se valorarán el grado de síntomas urinarios y el deseo de tratamiento del paciente, estando indicado en la mayoría de los casos el paso a un tratamiento intervencionista:

- Suspensorios: Es una intervención quirúrgica con la que se pretende elevar y sostener la uretra y el cuello vesical. La tasa de éxito es de un 58%, pudiendo ser útil en casos de IU leve o moderada.
- Sustancias de relleno: Consiste en la inyección de un material oclusivo peri-uretral con el objetivo de aumentar la resistencia del mecanismo de cierre. Es una opción poco efectiva, ya que los efectos beneficiosos decaen con el paso del tiempo.
- Implantación de un esfínter urinario artificial: Se trata de un manguito de presión inflable que rodea la uretra o cuello vesical, ocluyendo parcialmente estas estructuras. El sistema se completa con una bomba colocada en el interior del escroto, que el paciente puede accionar a voluntad para el vaciado vesical. Es el tratamiento de elección en IU moderada o grave que no responda al tratamiento conservador, teniendo una tasa de éxito entre el 59-90%.

TRATAMIENTO PALIATIVO DE LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA.

Durante el tratamiento conservador de la incontinencia será necesario utilizar métodos paliativos para preservar la higiene y comodidad del paciente hasta que se consiga el control vesical. Este tratamiento será perpetuo en aquellos hombres que no consigan resultados positivos con el tratamiento y que ya sea por sus características fisiológicas o por su propia preferencia, no sean candidatos para recibir tratamiento intervencionista.

Métodos paliativos:

- Métodos oclusivos externos: Se trata de dispositivos mecánicos que comprimen la uretra peneana, evitando que se produzcan pérdidas de orina. Existen muchos tipos de oclusores, la elección de uno u otro dependerá de las características y preferencias del paciente.
- Colectores peneanos: Son dispositivos para recoger la orina de forma pasiva desde el exterior. Son parecidos a un preservativo terminado en un tubo que se conecta a una bolsa colectora de orina. Existen varios modelos que varían en la fijación del dispositivo, diámetro o material (látex- silicona). Permiten tratar incon-

tinencias severas, siendo cómodos y sencillos de utilizar. Su principal problema es que puede haber caídas accidentales del dispositivo por una mala adherencia al pene.

- Sondas permanentes: Es una opción infrecuente en los casos de IU post-prostatectomía, ya que las incontinencias que pueden darse no suelen ser tan graves. Además, el sondaje permanente puede provocar ITU, úlceras por decúbito y se relaciona con la aparición de tumores vesicales, por lo que aun en incontinencias graves, continúa siendo un sistema poco factible.
- Pañales absorbentes: Existe una gran variabilidad de absorbentes en función del nivel de absorción y estructura. Para escoger el absorbente adecuado se deberá medir la cintura para conocer la talla, y pesar el primer absorbente para conocer el tipo de absorción que se necesita. Según el paciente vaya adquiriendo una mayor continencia, se irán usando absorbentes más pequeños.

2. DISFUNCIÓN ERÉCTIL (DE).

La DE se define como “la incapacidad persistente de alcanzar y mantener una erección suficiente para permitir un desempeño sexual satisfactorio”. Es una de las secuelas más frecuentes tras una prostatectomía, afectando a un 25-75% de los pacientes. Su aparición se relaciona con lesiones en los haces nerviosos, lesiones arteriales y lesiones del músculo liso que ocurren durante la cirugía. La recuperación de la función eréctil dependerá del grado de conservación de estas estructuras, en especial de los nervios cavernosos. Si estos están conservados, es posible la recuperación de la función eréctil tras la intervención.

TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL.

Los problemas relacionados con la sexualidad provocan grandes alteraciones en la calidad de vida, afectando a la salud física y psicosocial tanto de los propios pacientes como de sus parejas. En los últimos años se ha dado un aumento del número de hombres que solicitan ayuda por DE. Sin embargo, la falta de conocimiento y de experiencia clínica de los profesionales, sumada a la poca facilidad para hablar de temas sexuales, hace que un gran número de hombres continúen sin recibir un tratamiento adecuado.

El tratamiento de la DE puede clasificarse en tres líneas:

- Primera línea: farmacoterapia oral y dispositivos de constricción por vacío.
- Segunda línea: inyecciones intracavernosas o intrauretrales.
- Tercera línea: prótesis de pene.

Al igual que en el tratamiento de la IU, estas líneas terapéuticas deberán ir acompañadas de intervenciones psicoeducativas, pues incorporar estas modalidades

de tratamiento por sí solas, está relacionado con resultados poco satisfactorios. Es importante señalar que el tiempo de recuperación hasta conseguir erecciones puede tardar hasta 2 años. Si no se tiene ninguna erección dentro de ese periodo de tiempo, es posible que los tejidos del pene se debiliten haciendo más difícil la recuperación de la función eréctil. Por ello, es aconsejable un inicio precoz de tratamientos para tratar la disfunción, ya que, conseguir erecciones periódicas, ayuda a mantener los tejidos del pene sanos mientras los nervios cavernosos se recuperan.

TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA.

1) Farmacoterapia oral.

El uso de medicamentos proeréctiles después de una prostatectomía es muy beneficioso para conseguir la recuperación de la función eréctil. Las tasas de respuesta positiva oscilan entre un 35-75% en pacientes sometidos a una PR con conservación nerviosa y un 0-15% en los que se sometieron a una PR sin conservación nerviosa. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la DE post-prostatectomía son los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5). Su alta eficacia, facilidad en el uso, buena tolerancia y seguridad los han colocado en el tratamiento de elección para la recuperación de la función eréctil.

La inhibición de la PDE5 conlleva a un aumento del flujo arterial, lo que provoca una relajación del músculo liso, vasodilatación y erección del pene. Es importante tener presente que no son iniciadores de erección, sino que requieren una estimulación sexual previa para que esta se consiga. A pesar de los altos porcentajes de éxito que se consiguen con este grupo de medicamentos, algunos pacientes con DE tras PR no se beneficiaran de sus efectos, ya que para que actúen es necesario que las terminaciones nerviosas liberen óxido nítrico (ON). Si a consecuencia de la cirugía el músculo ha sufrido fibrosis, no puede relajarse o no se libera ON, la respuesta de los inhibidores de la PDE5 será baja o nula.

Actualmente existen tres inhibidores de la PDE5 aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Food and Drug Administration (FDA): Sildenafil, Tadalafil y Vardenafil. La elección de uno u otro dependerá de la frecuencia del coito y de la experiencia personal del paciente.

Su administración puede ser a demanda o de forma crónica. Varios estudios han comprobado que parece ser más efectivo su toma continua (1 vez al día) sobre todo para parejas que prefieran relaciones sexuales espontáneas o con una actividad sexual frecuente. Los inhibidores de la PDE5 no suponen ningún riesgo vascular. No obstante, están contraindicados en pacientes con angina inestable,

insuficiencia cardíaca grave, infarto reciente o pacientes que tomen nitratos.

Una de las principales causas de fracaso de respuesta con el uso de inhibidores de PDE5 es su uso incorrecto, por eso es de absoluta importancia llevar a cabo un asesoramiento y seguimiento adecuados. Entre las principales causas de uso incorrecto están:

- El uso de estimulación sexual insuficiente.
 - Dosis no adecuada.
 - No esperar el tiempo necesario entre la toma de medicación y el intento de coito.
- Si el medicamento se está empleando correctamente y continúa sin ser eficaz puede probarse con el cambio de inhibidor de PDE5 o la toma a diario si se está usando intermitentemente. Si a pesar de ello no se consigue obtener la respuesta eréctil, pueden ofrecerse tratamientos alternativos como las inyecciones intracavernosas o los dispositivo de constricción por vacío.

2) Dispositivos de constricción por vacío.

Los dispositivos de constricción por vacío logran la erección mediante la activación de la circulación sanguínea en la zona. Se trata de una modalidad no quirúrgica, bastante segura y con buenos porcentajes de satisfacción. El sistema de vacío produce una dilatación pasiva de los cuerpos cavernosos haciendo que estos se carguen de sangre, posteriormente se coloca un anillo constrictor en la base del pene, que retendrá la sangre manteniendo la erección.

Su eficacia está en torno a un 90%, aunque este porcentaje disminuye con su uso a largo plazo. Puede ser tratamiento de elección en pacientes de edad avanzada con relaciones sexuales infrecuentes o enfermedades concomitantes que desaconsejan un tratamiento farmacológico para tratar la disfunción eréctil.

TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA.

- Inyecciones intracavernosas.

Pacientes que no respondan a tratamiento oral pueden ser beneficiarios del uso de inyecciones intracavernosas en el pene. El fármaco actualmente utilizado es el Aprostadilo. Este tratamiento posee unas tasas de éxito en torno al 85% y la tasa de satisfacción de los pacientes oscila entre el 87-93%. Sin embargo, a pesar de la elevada satisfacción con su uso, el tratamiento consta de elevadas tasas de abandono con el tiempo. Entre las principales causas de abandono, se encuentran las relacionadas con inseguridad, miedo y prejuicios falsos. Es necesario, por tanto, un programa de formación en consulta (de una o dos visitas) para que el paciente aprenda el proceso correcto de inyección, donde se expliquen las posibles com-

plicaciones y puedan ser resueltas todas las dudas.

Para aquellos casos que aun así no consigan el resultado esperado, antes de pasar a la opción de implante de pene, puede intentarse un tratamiento combinado con otros dos fármacos: la Papaverina y la Fentolamina. Estos dos fármacos no pueden ser usados en monoterapia, pero su uso combinado (Papaverina + Fentolamina o Papaverina + Fentolamina + Aprostadilo) consigue una mayor eficacia de acción.

- Farmacoterapia intrauretral.

Existe una alternativa menos cruenta frente a las inyecciones intracavernosas que es el uso del Aprostadilo intrauretral. Se trata de unos supositorios intrauretrales que se colocan con la ayuda de lubricante. Su absorción dentro de las paredes uretrales hace que lleguen al tejido eréctil posibilitando la erección. El principal inconveniente es que posee una menor eficacia (aproximadamente de un 43%).

TRATAMIENTO DE TERCERA LÍNEA.

Prótesis de pene.

Al tratarse de un tratamiento quirúrgico debe ser considerado como la última opción terapéutica. Actualmente existen dos tipos de prótesis: maleables (semirrígidas) o inflables (de 2 o 3 piezas). Las prótesis inflables constan de dos cilindros inflables que se colocan en el interior del pene y un sistema de bomba colocado por debajo de la piel del escroto. Para activar la erección basta con apretar varias veces la bomba, haciendo que se bombee solución salina hacia los cilindros. De esta manera se dilata el pene como lo haría la sangre en una erección natural.

Los implantes maleables o semirrígidos constan de unas varillas semirrígidas que se implantan en el pene. Para activar la erección, simplemente se dobla la varilla hacia arriba, para volver a un estado no erecto la varilla se doblaría hacia abajo. A diferencia de los anteriores, el pene tiene una forma menos natural tanto en la erección como en estado no erecto.

PSICOTERAPIA Y PSICOEDUCACIÓN.

Como se ha mencionado antes, el tratamiento farmacológico o quirúrgico deberá ir unido a un acompañamiento terapéutico, donde se atienda la esfera biopsicosocial del paciente ofreciendo educación, apoyo emocional y un seguimiento adecuado. La incorporación de estas intervenciones dirigidas a la recuperación de la función eréctil debe ser una medida a considerar por las enfermeras, ya que está

demostrado que con ellas se logra una mejor adhesión al tratamiento y un mayor grado de satisfacción por parte de los pacientes.

Entre las actividades que puede realizar una enfermera en el seguimiento de las DE post- prostatectomía se encuentran:

- Ofrecer información sobre la DE, aclarando conceptos y dudas, proporcionando el acceso a materiales educativos y promoviendo la participación en redes de apoyo.
- Recalcar la importancia de adoptar hábitos de vida saludables: moderando el consumo de alcohol, eliminando el consumo de tabaco, modificando hábitos dietéticos y fomentando la práctica de ejercicio físico de forma regular.
- Promover que compartan sus preocupaciones sobre la DE con otras personas, ya sean familiares, amigos o personal sanitario, reforzando la importancia de preocuparse por la sexualidad.
- Enseñar el uso correcto de medicamentos, explicando las opciones de tratamiento existentes y hablando también de los efectos colaterales del tratamiento para la DE.
- Realizar entrenamiento con el paciente y su pareja sobre cómo utilizar algún tratamiento, como es el caso de las inyecciones intracavernosas, los dispositivos de vacío o la farmacoterapia intrauretral.
- Promover la realización de los EMSP.
- Informar de otras alternativas de actividad sexual para obtener placer (tacto, placer sin erección...), fomentando diferentes formas de satisfacción entre la pareja.
- Implicar a las parejas en las intervenciones, promoviendo su participación y estimulando la comunicación entre ambos miembros de la pareja.
- Derivar a un especialista cuando esté indicado, facilitando el acceso a este.

Para llevar a cabo estas actividades es de absoluta importancia la creación de un ambiente relajado, respetuoso y confidencial, dónde se ofrezca una atención individualizada que comprenda las circunstancias personales de cada paciente y tenga en cuenta su cultura, nivel educativo y valores personales. También es importante valorar la existencia de determinadas patologías y/o hábitos que puedan estar contribuyendo a la aparición de la DE (diabetes mellitus, hipertensión, consumo de alcohol, determinados fármacos, consumo de tabaco...).

Respecto al inicio y duración de las intervenciones psicoeducativas, no hay un tiempo exacto establecido. Parece ser que un comienzo precoz estaría relacionado con mayores efectos satisfactorios. La duración también es variable, se sugiere

que se tome por referencia los meses aproximados de recuperación (unos 18 meses).

5 Discusión-Conclusión

- La IU y la DE generan una necesidad de cuidados físicos, psicológicos y emocionales.
- Las enfermeras son una pieza clave proporcionando asesoramiento, seguimiento y apoyo emocional.
- El método de elección para el tratamiento de la IU son los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (EMSP).
- Los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (EMSP) deberían ser recomendados a todos los pacientes en el postoperatorio.
- En la DE la primera opción terapéutica será la farmacoterapia oral, pero no podemos olvidar que existen muchas más líneas de tratamiento cuando esta fracasa.

6 Bibliografía

1. Eguino Villegas A, Fernández Crespo AI, Fernández Sánchez B, García Alvarez G, Moreno Valle JA, Fernández Pascual C et al. *Cáncer de Próstata una guía práctica*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer (AECC); 2004.
2. Kong EH, Deatrick JA, Bradway CK. Men's experiences after prostatectomy: A meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2017; 74: 162-71.
3. Wang W, Huang QM, Ping FL. Effectiveness of preoperative pelvic floor muscle training for urinary incontinence after radical prostatectomy: a metanalysis. *BMC urol* [Internet] 2014. [acceso 11 de febrero de 2019]; 14 (99). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
4. Martín Ruiz MJ, Escrivá de Romaní Vereterra A. Tratamiento en consulta de Enfermería de urología de las dos secuelas más frecuentes en pacientes sometidos a prostatectomía radical. *Enfuro*. 2014; 126: 30-7.
5. Florentino dos Santos DR, Araújo Florêncio de Lima C, De Araújo Saldanha E, Dias Fernandes MIC, De Almeida Medeiros AB, Carvalho Lira ALB et al. Atividades de enfermagem ao paciente prostatectomizado. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015. [acceso 23 de marzo de 2019]; 23(4): 513-19.
6. Ferreira Da Mata LR, Campos de Carvalho E, Gontijo Gomes CR, Da Silva AC, Da Gança Pereira M. Postoperative self-efficacy and psychological morbidity in radical prostatectomy. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2015; 23(5): 806-13.

7. Lassen B, Mag Gattinger H, Saxer S. A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions. *J Adv Nurs*. 2013; 69(12): 2602-12.
8. De Carvalho MR, Machado Nascimento da Silva FA, Andrade Silveira I. Terapias alternativas para la recuperación temprana de la continencia urinaria posterior a la prostatectomía: una revisión sistemática. *Enferm Global [Internet]*. 2018. [acceso 15 de marzo de 2019]; 17(50): 542-584. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.
9. Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CMA. Conservative management for men with urinary incontinence after prostate surgery.
10. Schöder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ et al. Guía clínica sobre incontinencia urinaria. Vol 2. En *European Association of Urology. Guidelines of the European Association of Urology*. 2010. p.782-841.
11. Gómez Lanza E, Granda Contijoch M, Batista Miranda JE. Fisioterapia y manejo paliativo en la incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: principio y fin de un camino. *Arch. Esp. Urol*. 2009; 62(10): 889-95.
12. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, et al. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. Vol 2. En *European Association of Urology. Guidelines of the European Association of Urology*. 2010. p. 846-99. *
13. Appoloni Eduardo AH, Alver Napoleão AM, Campos de Carvalho E. Intervenciones de enfermería en pacientes con disfunción eréctil después de prostatectomía radical: una revisión integral. *Enferm global [Internet]*. 2016. [acceso 12 de marzo de 2019]; 15(42): 424-39. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
14. García Calvo J, Del Prado Martín Tercero M, Aguayo Osuna MP, Astillero Buitrago JM, Cañizares Carballo G, Galiana Brage A. Disfunción eréctil tras prostatectomía radical. *Guía de información de enfermería. Enfuro*. 2010; 116: 11-4.
15. American Cancer Society [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2017 [actualizado 25 de febrero de 2017; acceso 25 de febrero de 2019]. *Cancer Can Affect a Man's Erections*; [aproximadamente 8 pantallas].
16. American cancer Society [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2017[actualizado 27 de febrero de 2017; acceso 29 febrero 2019]. *Treating sexual problems for men with cancer*. [aproximadamente 13 pantallas].

Capítulo 102

CUIDADOR AL CUIDADOR: EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LA CLAUDICACIÓN DEL CUIDADO INFORMAL.

ANDREA LOPEZ GARCIA

ANA MARTÍN ÁLVAREZ

1 Introducción

La historia del cuidado se conoce desde la antigüedad, ya que el ser humano ha necesitado ser cuidado desde el nacimiento hasta su muerte. La dependencia es considerada como el estado en el que se encuentran las personas que necesitan asistencia en las labores de la vida diaria por causas como discapacidades físicas, intelectuales o psíquicas. Por lo que la necesidad del cuidado aparece cuando esta dependencia merma la autonomía de la persona, necesitando un soporte necesario para afrontar el día a día, además de cubrir sus necesidades sanitarias.

Se hace imprescindible recordar la existencia de la desigualdad de género en el cuidado informal, en el que la mujer es la principal cuidadora, la cual se encuentra invisibilizada dentro de un trabajo que requiere grandes esfuerzos con personas dependientes.

Los cuidadores no profesionales realizan los cuidados y desarrollan su rol como cuidadores sin obtener beneficio o compensación económica alguna. Una mala

gestión en el cuidado conlleva a repercusiones físicas, emocionales y sociales en el cuidador, las cuales pueden llevar a un abandono del cuidado o lo que es más frecuente, a un aislamiento social que lleva a graves repercusiones psíquicas.

2 Objetivos

- Describir el papel de la enfermera en el cuidado informal.
- Identificar los factores de riesgo asociados al papel de cuidadora informal.
- Revisar las consecuencias de la sobrecarga en la salud de la cuidadora informal.
- Identificar las posibles intervenciones de enfermería para evitar la claudicación de las mujeres cuidadoras.

3 Metodología

Para la redacción del presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica durante los meses de octubre-noviembre de 2019 en las principales fuentes documentales primarias y secundarias. Las bases de datos que han sido utilizadas son: Cuiden, Scielo, Ready, Clinical Key, Pubmed y Cinahl. También se han consultado revistas como Enfermería Comunitaria y la red de revistas científicas de la Universidad Autónoma del estado de México (UAEM).

Por otra parte, se han tenido en cuenta recursos de internet como fuentes secundarias, revisando la web del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Oficina Europea de Estadística (Eurostat), la Consejería de Salud de Asturias (Astursalud) y Cruz Roja Española.

Los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta han sido aquellos artículos referidos al cuidado informal, con una antigüedad inferior a 10 años. Por otro lado, se han excluido aquellos artículos basados en intervenciones de ayuda a la cuidadora informal, a mano de otros profesionales que no fueran enfermeras.

Para la búsqueda de bibliografía en las bases de datos, se ha utilizado términos DeCs, MeSH y lenguaje libre:

- DeCS: enfermera, cuidador, sobrecarga.
- MeSH: nursing, caregiver, overload.
- Boléanos: AND.

4 Resultados

Factores de riesgo y perfil de la cuidadora informal.

Se entiende por cuidador principal informal la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello.

Entre los principales motivos por los que las personas deciden asumir el cuidado de una persona dependiente, estudios realizados por el IMSERSO se encuentran:

- Obligación moral.
- Ser una actividad que genera gran satisfacción.
- Opinar que es algo que les dignifica.
- Reconocimiento por parte de su entorno social.
- Pensar que no hay otra opción.
- Creencias religiosas.
- No tener otras opciones por bajos recursos económicos.

En España más del 80% de las personas dependientes recibe exclusivamente ayuda de tipo informal. A pesar de que en los últimos años se ha conseguido una participación más equilibrada de hombres y mujeres en el mercado laboral, las mujeres siguen asumiendo la mayor parte de las responsabilidades familiares y domésticas. Según la última encuesta del instituto nacional de estadística, el porcentaje de mujeres encargadas del cuidado a personas dependientes está en torno al 71%, los demás artículos revisados muestran unos porcentajes también elevados entre el 68 y 92%.

En un artículo publicado por el IMSERSO en el año 2005 a nivel nacional, se confirma la tradición o costumbre social que tiende a considerar a la mujer como la responsable del cuidado. De hecho, el estudio recoge como un 21% de las personas cuidadoras considera que es preferible que el cuidado lo realice una mujer, y un 26% prefiere que sea una hija la que cuide de ellos si lo necesitan, frente a solo un 5% que opta por hijos o hijas indistintamente.

Perfil cuidadora informal

Las últimas encuestas realizadas por el instituto nacional de estadística (INE) en el 2016, junto con la revisión de diversos estudios llevados a cabo en nuestro país, nos ofrecen datos para describir el perfil de las cuidadoras informales en España:

- La media de años de las cuidadoras está en torno a los 52-55, siendo el rango de edad más amplio entre los 45-64 años.

- El cuidado informal es más predominante en medios rurales, aunque está disminuyendo progresivamente con el paso de los años.
- El 50% de los casos son hijos de la persona dependiente, y la mayoría conviven en el mismo domicilio (87%)
- El nivel de estudios predominante es primario (60%), seguido de personas sin ningún tipo de estudios.
- En los últimos años, la mayoría de las mujeres cuidadoras compatibilizan el cuidado a las personas dependientes con empleos a tiempo parcial, sin embargo, hay un alto porcentaje de personas en paro e inactivas a consecuencia de cuidar a personas dependientes.
- La mayoría de las personas no cuentan con formación específica en el campo de la atención a personas dependientes. La breve información que han adquirido sobre los cuidados a prestar en estas personas, la obtuvieron mayoritariamente a través del centro de salud.
- Los artículos revisados definen que en torno a 55-60% de los cuidadores reciben ayuda en el cuidado, principalmente es por parte de algún familiar. Generalmente son los familiares convivientes los que cubren la mayoría de las atenciones a la persona dependiente, y los no convivientes prestan ayuda en actividades externas al hogar como compras, ir al médico, salir de casa... La presencia de una red de apoyo informal en el cuidado se muestra como un factor protector, reduciendo el grado de cansancio en los cuidadores informales.
- Tres de cada 10 hogares con personas dependientes que necesitaban recibir cuidados a domicilio (el 30,8%) no tuvieron cubierta esta necesidad. La principal razón fue que no pudieron permitírselo (INE).
- Podemos resumir que el perfil del cuidador principal es el de mujer de mediana edad, ama de casa o con pequeños empleos a media jornada, con bajo nivel de estudios y lazos de parentesco con la persona que cuida. La hija es la que principalmente adopta este papel, seguida del cónyuge.

Consecuencias de la sobrecarga que supone cuidar a familiares dependientes en la salud de la cuidador

Antes de exponer las principales consecuencias que genera en el cuidador el hecho de cuidar a familiares dependientes, se considera importante el definir el concepto de sobrecarga y sus características.

Concepto de sobrecarga.

La sobrecarga en la cuidadora informal se define como el resultado de combinaciones emocionales, físicas y sociales relacionadas con la tarea específica de

cuidar a una persona enferma. Este concepto también se define como la percepción que tenga la cuidadora, sobre cómo las labores que realiza, le generan afectaciones en su salud, tanto físicas como emocionales.

Las cuidadoras informales a veces experimentan un conflicto de roles debido a su progresiva mayor implicación en la tarea del cuidado, o cuando se producen cambios importantes en su vida, tanto a nivel personal como laboral, pudiendo aparecer problemas de salud como consecuencia del cuidado.

Existen diversos factores, como la carga financiera o reorganización de la estructura familiar, que generan sobrecarga en la cuidadora. También existen otros factores implícitos como los relacionados con el hecho de ser mujer, ya que estas cuidadoras por lo general ejercen un rol con importante peso dentro de la familia.

La mujer cuidadora puede incluso sufrir una sobrecarga que llegue a incapacitarla en su rol de cuidadora, pero el principal problema es la influencia de esta tarea en su salud. Estas mujeres, pueden generar problemas emocionales o trastornos psiquiátricos, como la ansiedad y depresión, en su rol de cuidadora informal.

Tipos de sobrecarga.

Las cuidadoras informales reciben diferentes cargas de trabajo tanto objetivas como subjetivas. Se conocen como carga objetiva el tiempo empleado en cuidar además del cumplimiento de lo que la persona necesite según su dependencia. Y como carga subjetiva, se refiere a la percepción y a los sentimientos que esta situación genere en la mujer.

Factores que inciden en la sobrecarga.

La sobrecarga del cuidador informal, sin especificar el género, tiene relación con diversos factores como son: El funcionamiento familiar, el estado de la salud del cuidador, la satisfacción con el apoyo social, el género femenino, el tiempo de dedicación al cuidado, los síntomas depresivos, la funcionalidad de la persona dependiente y la cantidad de horas semanales dedicadas al cuidado.

Importancia de conocer sobrecarga en la cuidadora.

La cuidadora informal es la mayoría de las veces la cuidadora principal, sin tener una ayuda de cuidadores secundarios que la apoyen. Identificar la sobrecarga en la mujer es importante para definir estrategias de manejo e intervención desde el campo de la enfermería. La sobrecarga es la principal consecuencia del cuidado que desencadenará en la mujer la aparición de enfermedades físicas, pero en mayor medida emocionales.

Las consecuencias de la sobrecarga incidirán en la mujer de la siguiente manera:

- Negación: De la enfermedad y su gravedad en la persona que ha de ser cuidada.
- Enojo: Para compensar la carga psicoemocional y física que recae sobre la mujer sobre todo si lleva una doble jornada.
- Sobreenvolvimiento: Involucración excesiva de la mujer hasta sentirse aislada.
- Culpa: Si el enfermo empeora o no puede ser ya atendido en el domicilio
- Vergüenza: Por conducta inapropiada del enfermo en público
- Depresión: como consecuencia de la culpa, el enojo, la soledad, preocupación...
- Soledad: Por involucración excesiva.
- Preocupación: Ejerciendo otras actividades la mujer no consigue desconectar de su papel de cuidadora.

Intervenciones de enfermería en la ayuda al cuidador informal.

Los cuidados que realiza el cuidador por sí mismo, son un parte esencial de la esfera de cuidador-dependiente. En este apartado se pretende incidir con particular atención a la parte referida al cuidado de la cuidadora, ya que al atender con detalle sus necesidades y bienestar, proporciona calidad en el contexto de los cuidados informales y, por tanto, promueve calidad de vida y bienestar del paciente dependiente. El personal de enfermería es el principal gestor de intervenciones que faciliten herramientas, recursos y cuidados que eviten la claudicación del cuidador. Estas intervenciones pueden resumirse en tres grandes bloques:

Educación para la Salud (EpS).

La educación para la salud es impartida principalmente por la enfermera. Supone una parte fundamental de las intervenciones que se deben para prevenir la sobrecarga. Se engloba fundamentalmente en dos aspectos. El primero, que el cuidador aprenda a cuidarse a sí mismo, lo que implica capacitar en autocuidados para la prevención de ser paciente secundario por cuidados a personas dependientes. El segundo que aprenda a cómo cuidar de la persona dependiente, para lo que es fundamental que conozca y tenga en cuenta aspectos básicos de la vida diaria: alimentación, higiene, vestido, movilización y transferencia, prevención de las úlceras por presión y las caídas en el hogar, eliminación, medicación, habilidades para la comunicación, autonomía e incapacitación.

Para abordar la educación para la salud en ambos aspectos, es posible intervenir de dos maneras, de modo individual y de modo grupal.

EpS individual.

Tras la captación en consulta de atención primaria, la enfermera deberá valorar adecuadamente el caso, identificar individualmente factores de riesgo que indiquen riesgo de agotamiento en el cuidador, y establecer un plan de cuidados o dirigidos específicamente a él. Este plan deberá describir con exactitud las actividades e intervenciones para obtener los resultados ideales y prevenir o solucionar la sobrecarga.

En el estudio piloto realizado por Sánchez, Molina y Gómez-Ortega, se obtuvieron como conclusiones los efectos positivos de las intervenciones de enfermería en la sobrecarga de cuidado de los cuidadores, intervenciones en relación a técnicas de relajación, comunicación, manejo de conflictos familiares y toma de decisiones. Las enfermeras deben dirigir acciones de promoción de la salud y prevención de potenciales complicaciones en los cuidadores, estimulando a éstos a responsabilizarse de su propia salud, fomentando el autocuidado. Para valorar la sobrecarga, se utilizaron diversas escalas en distintos momentos: pre-intervención, durante la intervención y posteriormente tras ella.

Además, la enfermera debe estar capacitada para dar a conocer, otra serie de recursos formales e informales como son las guías visuales de atención al dependiente, en las que debe hacer especial hincapié en sistemas de transferencia y movilización para su seguridad y salud. Esta información está recogida en las diferentes guías clínicas de las Comunidades Autónomas, destacando entre ellas una guía con información muy visual: la Guía Visual para Cuidadores creada por el Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón.

Asimismo, los cuidadores informales cuentan con los Servicios de SAAD (sistemas de autonomía y atención a la dependencia), que ofrecen, en función del grado de dependencia (debe solicitarse previamente), diversos servicios como son el servicio de Teleasistencia (por ejemplo, el de Cruz Roja), centros de día y de noche o servicios de ayuda a domicilio. También incluyen una serie de prestaciones económicas para el cuidado del entorno familiar, la contratación de servicios que no cubra la red pública y de asistentes personales. Estos servicios promocionarán los autocuidados y permitirán delegar responsabilidades causando una disminución en la sobrecarga del cuidador.

Los Servicios SAAD están instaurados dentro de la Ley de Dependencia aprobada por las Cortes españolas en diciembre del 2006. Pese a las prestaciones expuestas anteriormente, la Ley de Dependencia tiene un aspecto negativo: el tiempo desde que se realiza la solicitud y la valoración, hasta que se recibe el dictamen varía en función de la comunidad autónoma. Indudablemente esto puede influir en

su aplicación. Es el caso del Principado de Asturias, en el que el tiempo medio de resolución es de 7 meses, superando la media establecida. Se entiende por ello que en ocasiones la ayuda llegue tras el fallecimiento del solicitante, no poniendo solución a los posibles problemas económicos, psicológicos y laborales que puede sufrir la familia y, en especial, el cuidador durante la espera.

Por otro lado, los cuidadores dispondrán de otros recursos alternativos, como son grupos de ayuda mutua, ayudas técnicas y adaptaciones en el hogar y profesionales que atiendan al familiar o que ayuden al propio cuidador con sus necesidades. También cuentan con recursos en internet, en páginas web como SerCuidadora.org, discapnet.es o cuidadorascronicos.com.

EpS grupal:

Además de contar con recursos a nivel individual, los cuidadores pueden participar en diferentes actividades grupales. Tras la revisión del artículo basado en una síntesis de revisiones sistemáticas sobre las intervenciones en cuidadores, existen diferentes estudios que muestran diversas técnicas de intervención.

Desatanca entre las más mencionadas: yoga, terapias de relajación, grupos de apoyo y soporte profesional, capacitación, grupos didácticos, terapias psicológicas y psicoeducativas, terapias conductuales, estrategias de afrontamiento, solución de problemas e intervenciones tecnológicas.

Esta revisión concluye indicando que las intervenciones grupales tienen mejor efecto que las individuales y que las más favorables para la reducción de la ansiedad y depresión, son terapias de relajación y aquellas realizadas semanalmente, en periodos de tratamiento largos (desde 3 meses hasta años). Sin embargo, cabe mencionar que el número de intervenciones por taller no debe ser muy numeroso, ya que los cuidadores pueden verse desbordados provocando importantes tasas de abandono.

Por otra parte, el sistema sanitario del principado de Asturias, oferta diferentes intervenciones, gestionadas por enfermeras con el programa de educación para cuidadores informales publicado en Astursalud:

- Talleres de cuidados básicos: llevados a cabo desde la atención hospitalaria y dirigidos a cuidadores captadas en las unidades de hospitalización. Los contenidos de los talleres se basan en cuidados básicos para la persona dependiente como: higiene, movilización, eliminación, nutrición, y seguridad, etc. en una única sesión de 3 horas y un máximo 6 participantes. Tras el alta del paciente dependiente, de enfermera de referencia del centro de salud, será informada de los

conocimientos recibidos y podrá ofertar al cuidador otra serie de talleres grupales.

- Talleres de Cuidar al cuidador: realizados desde la atención primaria por aquella enfermera/s capacitada/s para ello, asumiendo un rol de asesor y/o entrenador. Los talleres se estructuran en 9 sesiones semanales y son dirigidas a grupos de entre 10 -15 cuidadores. Los contenidos abordados durante el taller son instruir: en que consiste cuidar, quien cuida y por qué, modelos de situación-pensamiento-sentimiento, emociones en el proceso de los cuidados, comunicación interpersonal, el final de la vida y pérdidas, el estrés, cuidados de la persona dependiente y de su propia salud y recursos sociales disponibles.

En este taller las enfermeras que asumen el rol de asesoras y entrenadoras aspiran a mejorar la calidad de vida, tanto del cuidador informal, como la de su familia. Con ello se pretende contribuir a su desarrollo personal, satisfacción y bienestar, según las recomendaciones de la Guía de atención a las personas cuidadoras del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa).

- Taller de Mindfulness (Atención plena): otro servicio disponible en los centros de salud del Principado. Son ofertados por las enfermeras de atención primaria a aquellas pacientes que sean valoradas con signos de estrés, ansiedad y depresión y que, a su vez, deseen controlar sus emociones. Existe programas estandarizados dentro de los centros de salud con sesiones semanales similares a los mencionados anteriormente.

- Terapias de relajación: estos recursos ofertados como terapia complementaria al seguimiento del paciente en su centro de salud mental, es decir, en los casos de existir diagnóstico médico de salud mental de ansiedad y/o estrés previa derivación de su médico de atención primaria. Son impartidas por enfermeros cualificados en dichas técnicas, utilizando sesiones teórico prácticas en grupos reducidos de 3-8 personas y que, en función del enfermero docente, combinan también con técnicas de mindfulness.

Además de la Educación para la Salud como uno de los principales bloques de intervención enfermera, existen otras dos ramas combinables entre sí, que previenen de igual modo la claudicación del a cuidado, y favorecen, por tanto, a su familiar dependiente. Son la Atención Domiciliaria y la Consulta Telefónica.

En la atención domiciliaria, la enfermera es la principal gestora del caso. Acudiendo al domicilio, puede evaluar al mismo tiempo la situación del cuidador y de la persona dependiente. Esta evaluación del entorno real más cercano permite redactar un plan de cuidados ajustado a las necesidades tanto del cuidador como del receptor de cuidados. El plan de cuidados personalizado que se desarrollará

en base a unas visitas domiciliarias, debe ir encaminado hacia la prevención del deterioro funcional y la promoción de la salud, y mejorará la continuidad de estos cuidados.

La consulta telefónica es considerada como otra posible intervención a realizar por las enfermeras comunitarias de los centros de salud. Habitualmente se utiliza en la atención individualizada para realizar un seguimiento de las intervenciones previamente realizadas, así como una evaluación de las mismas en aquellos casos que necesiten cambios o modificaciones. No obstante, también es considerada una herramienta a nivel grupal en las ocasiones que sea preciso evaluar, consultar, dirigirse o citar a las personas integrantes de un taller grupal.

Según el artículo de la Efectividad de la intervención enfermera “consulta por teléfono” para mejorar el diagnóstico cansancio del rol de cuidador”, la consulta telefónica es considerada como telemedicina, ya que mejora el diagnóstico del cansancio del rol del cuidador informal. El citado artículo, revisa diferentes estudios sobre intervenciones telefónicas guiadas por enfermeras y concluye con reducciones significativas en aquellos casos que se proporcionó apoyo telefónico semanal en combinación con la atención domiciliaria.

Por otra parte, propone unificar criterios exponiendo otro posible método de intervención incluyendo la atención telefónica a demanda del cuidador.

5 Discusión-Conclusión

La influencia de la mujer en el cuidado ha estado presente a lo largo de toda la historia, en los últimos tiempos y con la incorporación de esta al mundo laboral se ha llegado a una situación de sobre-exigencia que requiere modificaciones en el modelo de cuidado tradicional.

El perfil del cuidador informal es una mujer de mediana edad, ama de casa o con pequeños empleos a media jornada. Posee un nivel de estudios bajos y lazos de parentesco con la persona cuidada, siendo la hija la que generalmente asume el cuidado. La sobrecarga en el cuidado incide de manera negativa de una forma global en la vida del cuidador, causando problemas a nivel físico, psicológico, emocional, económico y social.

El personal de enfermería es el principal gestor de intervenciones que pretenden facilitar las herramientas, recursos y cuidados que evitan la claudicación. La Educación para la Salud capacita al cuidador, por una parte, a cuidar de sí mismo,

y por otra, a cuidar de la persona dependiente. Para abordar la educación en ambos aspectos, es posible intervenir de dos formas: de modo individual, desde la consulta de atención primaria y de modo grupal, mediante talleres y otras intervenciones como terapias de relajación o mindfulness.

La enfermera debe estar capacitada para dar a conocer otra serie de recursos formales e informales como son: la Ley de Dependencia, Servicios de SAAD, teleasistencia, o guías visuales. La atención domiciliaria permite, en combinación con la atención telefónica, realizar un seguimiento de las intervenciones previamente realizadas, así como una evaluación y/o modificación de las mismas.

6 Bibliografía

1. García Cueto B, García Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *Enfermería Comunitaria*. Mayo 2017. [citado 29 noviembre 2019].
2. Catalán Edo MP, Garrote Mata AI. Revisión de los cuidados informales. Descubriendo al cuidador principal. *NURE Inv* [Internet]. 2012 marzo [Acceso 19 de noviembre de 2019]; 9(57).
3. González Rodríguez MC, González Rodríguez R, Suárez Suárez B. El perfil de los cuidadores no profesionales de las personas en situación de dependencia en la provincia de Lugo. *Humanismo y trabajo social*. [Internet] 2013 [Acceso 18 de noviembre de 2019]; 12(1): [69-96].
4. Herrero Cebellín MB. Factores de riesgo del cansancio del cuidador. *Rev enferm CyL*. [Internet] 2012 [Acceso 17 de noviembre de 2019]; 4(2).
5. Instituto Nacional de Estadística. *Mujeres y hombres en España*. [Internet]. Madrid: INE.es; 2016 [Acceso el 26 de marzo de 2018; acceso 19 de noviembre de 2019].
6. Fernández Sanchez S, Fernández Moreno C, Martínez Navarro R. Atención desde la consulta de enfermería: Sobrecarga en los cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Fundación index* [Internet] 2017 [Acceso 23 de noviembre de 2018]; 26.
7. Priego Cubero E, Pulido Luque R, Luque Montilla MR. Revisión sistemática: Cuestionarios utilizados para la medición de sobrecarga en cuidadores de mayores dependientes. *Fundación index* [Internet] 2015 [Acceso 23 de noviembre de 2019]; 22.
8. Eterovic Diaz C, Mendoza Parra S, Saez Carrillo K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería*

- global [Internet] 2015 abril. [Acceso 24 de noviembre de 2019]; (38): [235-248].
9. Peña Ibañez F, Álvarez Ramírez MA, Melero Martín J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enfermería global* [Internet] 2016 Julio [Acceso 23 de noviembre de 2018]; (43).
10. Garriga Turró O, Farrés Costa S, Perez Terré A, Batlle Amat P. Evaluación del efecto del sentido de coherencia en la carga percibida en la adherencia a un programa psicoeducativo para cuidadores informales de personas dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet] 2018 [Acceso 24 de noviembre de 2019]; 53(4):196-201. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.12.002>
11. Rodríguez González AM, Rodríguez Míguez E, Duarte Pérez A, Díaz Sanisidro E, Barbosa Álvarez A, Clavería A et Al. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadores informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria* [Internet] 2017 [Acceso 24 de noviembre de 2019]; 49(3): 156-165.
12. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregil B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* [Internet] 2008 [Acceso 24 de noviembre de 2019]; 22(5): 443-450
13. García Cueto B, García Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *RqR Enfermería Comunitaria (SEAPA)*. 2017 [Acceso 29 noviembre 2019]; 5(3): 30-44
14. Hortelano Rodríguez P, Zapata Sampedro MA. Atención al Cuidador Informal. Caso Clínico. *Hygia de Enfermería* [Internet]. 2009 [Acceso 29 noviembre 2019]; 71:57-64.
15. Luis J, Fernández L, Cabeza Q, Pérez R, Soledad M, Gámez F, et al. Efectividad de la intervención enfermera “consulta por teléfono” para mejorar el diagnóstico cansancio del rol de cuidador. *Parainfo Digital* [Internet]. 2011 [Acceso 29 noviembre 2019]:11.
16. Velázquez Morales N, Villarreal Reyna MA, Carrillo Cervantes AL, Benavides-Torres RA, González Tova J. Intervenciones para cuidadores de pacientes con demencia: una revisión de revisiones sistemáticas. *NURE Inv.* [Internet] 2016; 13 (84). [Acceso 29 noviembre 2019];
17. Astursalud. Programa de educación a cuidadores informales. *Cuidado Enfermero +Cerca* [Internet]. 2017. [Acceso 29 noviembre 2019].
18. Cruz Roja Española. Guía Básica para Cuidadores. *Sercuidadora* [Internet]. 2018 [Acceso 29 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.cruzroja.es>

Capítulo 103

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UN PACIENTE A TRATAMIENTO CON ACOS POR FLUTTER AURICULAR PREVIO A CARDIOVERSIÓN

SARA RUIZ FERNANDEZ

1 Introducción

El aumento del número de pacientes tratados con anticoagulantes orales que acuden a la consulta de enfermería de A.P junto con las particularidades de su control, hacen necesaria la presentación de casos clínicos que ayuden en el seguimiento en consulta los mismos.

2 Objetivos

Describir la actuación de enfermería en la consulta de A.P.

3 Caso clínico

Actuación de enfermería en atención primaria ante un paciente en tratamiento con ACOs por flutter auricular previo a cardioversión.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

-Datos socio demográficos:

Varón de 53 años, con estudios superiores y trabajo fijo en una empresa siderúrgica.

-Personas significativas de la persona:

Paciente autónomo en las tomas de decisiones, acude acompañado de su esposa en dos ocasiones. Hijo único, ambos progenitores vivos.

-Presentación del caso clínico/motivo de consulta:

Paciente no conocido por el servicio de enfermería, diagnosticado recientemente de flutter auricular y a tratamiento con acenocumarol, a espera de cardioversión, que acude a la consulta de enfermería para determinaciones del INR.

-Antecedentes médicos, personales y sociales/culturales:

NAMC.

Artropatía degenerativa en rodilla izquierda, intervenido en 2012 para la inyección de células madre.

Amigdalectomía bilateral en la infancia.

Analíticas previas realizadas por su mutua (refiere que “siempre normales”).

Resto de antecedentes médicos sin interés.

Padre a tratamiento por hipercolesterolemia y adenoma de próstata.

Madre a tratamiento por HTA.

-Medicación habitual:

No tomaba ninguna medicación con anterioridad al acenocumarol. Ahora Acenocumarol 4mg, dosis variable.

Paciente con una vida activa, practica deporte de bajo impacto de forma habitual. Ex fumador desde hace, al menos, 10 años. Bebedor ocasional de “dos cañas” en fines de semana, no entrando en parámetros de riesgo. Totalmente independiente para las actividades de la vida diaria. Convive en su domicilio con su esposa y uno de sus dos hijos estudiante, su hijo mayor trabaja en Madrid.

Acude a la consulta en un notable estado de ansiedad y preocupación por su nueva situación médica ya que “nunca había tenido nada y esto apareció de repente”. Se observa una carencia importante de conocimientos acerca de su patología cardiaca, el nuevo tratamiento médico y la futura cardioversión.

VALORACIÓN NECESIDADES HUMANAS/DOMINIOS NANDA

13 DOMINIOS NANDA

1. Promoción de la salud

Paciente ex fumador desde hace 10 años.

Bebedor ocasional en fines de semana.

No tto farmacológico.

No hay registros digitalizados de vacunación antitetánica, aunque refiere que tiene cartilla de vacunación, así que recomendamos que la traiga a la consulta para conocer su estado vacunal. Solo tiene una dosis puesta, así que se completa vacunación.

2. Nutrición

Peso: 76kg

Altura: 175cm

IMC: 24,82 (normopeso)

Sigue una dieta correcta y variada, con abundante consumo de verduras.

Piel y mucosas hidratadas.

3. Eliminación- intercambio

No tiene síntomas urinarios.

Hábito intestinal habitual, patrón de eliminación de 1/2 veces al día sin necesidad de ayudas.

4. Actividad- reposo

Totalmente autónomo para la realización de actividades de la vida diaria.

Índice de Barthel: 100

Refiere buena calidad del sueño y no precisa ayuda farmacológica para dormir.

5. Percepción- cognición

Capacidad visual y auditiva conservadas, aunque refiere vista cansada en ocasiones porque trabaja delante de un ordenador.

Habla y se comunica con normalidad.

6. Auto percepción

Refiere encontrarse muy ansioso debido al desconocimiento de su patología y el nuevo tratamiento. Trabajaremos en la reducción de esa ansiedad dando al paciente información clara de manera que comprenda y asimile su proceso.

7. Rol –relaciones

Convivencia con su familia y con residencia estable.

8. Sexualidad

Sin problemas identificados en este dominio.

9. Afrontamiento- tolerancia al estrés

Preocupado y nervioso ante su nueva situación de salud. Tiene una actitud positiva ante el tratamiento.

10. Principios vitales

Sin problemas identificados en este dominio. Es independiente en la toma de decisiones.

11. Seguridad- protección

Sin problemas identificados en este dominio.

12. Confort

No verbaliza problemas en este dominio.

13. Crecimiento- desarrollo

Sin problemas identificados en este dominio.

PLAN DE CUIDADOS

Se ha trabajado sobre los diagnósticos de ansiedad y conocimientos deficientes, el resto(Riesgo de deterioro de la función cardiovascular y Disminución del gasto cardiaco) pudieron ser resueltos mediante el tratamiento médico.

ANSIEDAD (00146)

Objetivos (NOC):

Cod. Noc Objetivo

1300 Aceptación estado de salud

1302 Superación de problemas

1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida

1402 Control de la ansiedad

1405 Control de los impulsos

1502 Habilidades de interacción social

Intervenciones (NIC):

Cod. Nic. Intervención

1850 Fomentar el sueño

4920 Escucha activa

5230 Aumentar el afrontamiento

5270 Apoyo emocional

5240 Asesoramiento

5880 Técnica de relajación

5820 Disminución de la ansiedad

7310 Cuidados de enfermería al ingreso

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126)

Objetivos (NOC):

Cod. Noc Objetivo

900 Capacidad cognitiva

904 Comunicación: capacidad receptiva

905 Concentración

907 Elaboración de la información
908 Memoria
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
1802 Conocimiento: dieta
1805 Conocimiento: conductas sanitarias
1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
1808 Conocimiento: medicación
1811 Conocimiento: actividad prescrita
1813 Conocimiento: régimen terapéutico

Intervenciones (NIC):

Cod. Nic Intervención

1100 Manejo de la nutrición
5510 Educación sanitaria
5520 Facilitar el aprendizaje
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
5606 Enseñanza: individual
5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito
5614 Enseñanza: dieta prescrita
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
5622 Enseñanza: sexo seguro

EVOLUTIVO

10/07/19:

Acude a la primera cita derivado por el servicio de hematología para el control seriado del INR. Se observa que no hay visitas previas a la consulta de enfermería, por lo que se hace una valoración completa de todos los dominios para detectar posibles desviaciones de salud. Se observa (y el paciente lo verbaliza claramente) un estado de ansiedad y nerviosismo debido a su nueva patología. El paciente ha recibido muy poca información sobre su proceso, el tratamiento farmacológico y la futura cardioversión.

En esta primera consulta se explica (con terminología adecuada a su conocimiento) que es un flutter auricular y que es una cardioversión.

Posteriormente analizamos de forma sencilla y conjuntamente la hoja de control de hematología.

Se le da al paciente unas nociones básicas y muy claras sobre la dieta y los efectos de la vitamina k y signos y síntomas de una hemorragia. Estas explicaciones no son muy extensas porque el paciente está bastante nervioso y entendemos

que dar más información en la primera consulta puede confundirlo y añadir más estrés. De manera que se reforzará esta información punto por punto en las sucesivas visitas.

Se enseña y se anima al paciente a ponerse el solo las inyecciones de enoxaparina, acepta y lo realiza sin problemas.

En la próxima visita traerá la cartilla vacunal para ver las dosis puestas de antitetánica.

15/07/19:

Acude para determinación del INR (1,3), no está en rango y eso le preocupa mucho, aprovecho para recordar los tiempos que requiere la medicación y recordar la importancia de la alimentación. Se le anima a que verbalice que es lo que más le preocupa. Tiene mucho miedo a la cardioversión, por lo tanto se vuelve a repasar el proceso y se dan pautas para favorecer la relajación.

Se administra segunda dosis de vacuna antitetánica y se fija cita para la próxima dosis.

19/07/19:

INR: 1,4. Acepta y entiende que lleva tiempo “estar en rango”. Se repasan dudas sobre alimentación ya que le cuesta recordar interacciones y que alimentos tienen vit k. Es algo reticente a disminuir el ejercicio físico intenso y a no tomar nada de alcohol (“porque toma muy poco”) aunque entiende perfectamente las consecuencias.

Se le da información sobre la Asociación Guipuzkoana de Anticoagulados y su teléfono. Comenta que ha estado “mirando información” en internet, así que contrastamos lo que él ha obtenido con la información que tenemos.

Dice estar bastante menos nervioso, “que su mujer lo tranquiliza mucho” y cree que “la cardioversión va a salir bien”.

Acude a sucesivas consultas hasta que su INR entra en rango (2-3), en las que se siguen trabajando las dudas y que verbalize sus miedos, así como seguimos reforzando sus conocimientos sobre dieta, medicación, etc.

16/08/19:

INR: 2,2. Muy animado al conocer la cifra. Se aprovecha esta consulta para reevaluar los NOC. Comenta que no ha tenido la necesidad de llamar a la asociación.

En las siguientes citas se mantiene en rango terapéutico adecuado (2-3) y se observa una mejora en los niveles de ansiedad.

06/09/19:

Acude sin cita previa para “avisar” que le han realizado la cardioversión y que ha salido todo bien. Acudirá a revisiones periódicas a cargo de cardiología. Se reevalúan y resuelven los NOC.

Se realiza un ECG para tener uno de control post-prueba.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El paciente ha dado su consentimiento verbal a la realización de este caso clínico, previa información del objetivo y finalidad del mismo. Así mismo ha sido informado de que la información aquí detallada y los datos personales del mismo serán totalmente confidenciales.

4 Resultados

Se describe la actuación de enfermería en cada visita concertada a la consulta.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario un abordaje biopsicosocial del paciente anticoagulado para así trabajar también sus miedos e inquietudes.

6 Bibliografía

- Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2018 – 2020. Elsevier; 2019.
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 7a edición. Elsevier; 2018.
- Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, medición de resultados en salud. 6a edición. Elsevier; 2018.
- Guía para el paciente en TAO de Aragón (paciente activo). Gobierno de Aragón, departamento de salud y consumo.
- Manual del anticoagulado. AGIAC. <http://www.agiac.org/>
- <https://anticoagulado.info/>
- <http://www.osakidetza.euskadi.eus>

Capítulo 104

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD(TDAH)

MIRIAM DIAZ PEREZ

ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ

COVADONGA MUÑOZ BLANCO

ROSAURA GARCÍA LEONARDO

AIDA GARCÍA DE LA RIVA

1 Introducción

El TDAH se caracteriza por una serie de comportamientos que interfieren en el óptimo desarrollo evolutivo del niño, tanto a nivel cognitivo, como de relación con la familia e integración con el resto de niños de su edad.

Entre el 40-70% de esos niños seguirá teniendo problemas en la adolescencia y entre el 30-65% en la edad adulta. Se estima que en torno al 4-8% de la población mundial puede estar afectada. La evidencia disponible avala que la pediatría de

atención primaria puede y debe involucrarse activamente en el diagnóstico precoz del TDAH y en su seguimiento y/o derivación, según proceda.

Las enfermeras de pediatría de atención primaria son una pieza clave en ese proceso, tanto en las consultas a demanda como, sobre todo, en las concertadas del programa de Atención al Niño Sano.

Su papel es efectivo y eficiente, siempre y cuando posean una formación previa específica sobre el tema. El presente trabajo pretende ser una herramienta para orientar a dichas enfermeras en el establecimiento de diagnósticos enfermeros que supongan la posterior confirmación del trastorno.

DEFINICIÓN Y DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

El TDAH es un cuadro sintomático tremendamente heterogéneo que se caracteriza por una atención lábil y dispersa, y una impulsividad e inquietud motriz exagerada, sin carácter propositivo. Dicho cuadro repercute clínicamente (si no, no sería considerado un trastorno) no sólo sobre el aprendizaje del paciente, y por tanto sobre su rendimiento escolar, sino también en el óptimo desarrollo evolutivo del niño, tanto a nivel cognitivo, como de relación con la familia e integración con el resto de niños de su edad.

Asimismo, puede tener importantes consecuencias a largo plazo, ya sea por el fracaso escolar y social derivado de un mal manejo del TDAH y sus posibles trastornos comórbidos, o por la persistencia del trastorno en la adolescencia (40-70% de los casos) o en la edad adulta .

El TDAH es el trastorno de origen neurobiológico más común en la infancia, constituyendo un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria como en especializada (psiquiatría infantil o, más frecuentemente, neuropsiquiatría).

En algunos entornos (determinados profesores, padres o familiares de niños en edad escolar) se habla de una posible sobrevaloración del TDAH, dado que cada día se diagnostican más casos y esto genera cierta incredulidad en esos entornos más escépticos en los que los niños TDAH siguen catalogándose como revoltosos-rebeldes o despistados incorregibles.

Y aunque cada vez encontramos más niños problemáticos remitidos por el colegio (aportando un informe psicopedagógico realizado por los orientadores que facilita la labor diagnóstica) la realidad es que probablemente todavía haya un infradiagnóstico, pues sólo desde hace unos años se ha empezado a diagnosticar de forma protocolizada.

SINTOMATOLOGÍA

Se manifiesta con una serie de síntomas como inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Los niños parecen no escuchar, hay que repetirles las cosas varias veces, están despistados, a menudo olvidan los útiles necesarios para realizar sus tareas, se distraen con extrema facilidad o con el menor estímulo, cambian de actividad constantemente, evitan los juegos o tareas que requieren un esfuerzo mental y tienen dificultades para organizar o planificar sus actividades.

La hiperactividad se manifiesta con un movimiento constante de manos o pies, son niños que se mueven constantemente en su asiento, se levantan en clase o durante las comidas o en otros momentos en que no es adecuado hacerlo, a menudo hablan en exceso y que prácticamente son incapaces de estar un rato jugando o en silencio.

La impulsividad se manifiesta por una impaciencia, una incapacidad para esperar su turno, una precipitación en las respuestas, nada de sentido del peligro, baja inhibición de conductas peligrosas y escasa tolerancia a la frustración.

La mayoría de los niños TDAH pueden padecer con frecuencia otros problemas asociados que requerirán atención especial: Trastornos de lenguaje y trastornos perceptivo-motores. Dificultades de aprendizaje. Trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta. Relaciones sociales conflictivas. Depresión y ansiedad.

ETIOLOGÍA

El TDAH no está desencadenado por trastornos alimentarios, ni por convivir en ambientes sociofamiliares desfavorables, con una pobre educación aunque, obviamente, estas situaciones siempre empeoran la situación.

El TDAH es un trastorno de base genética (se encuentran antecedentes familiares en cerca del 75% de los casos). Existe una estrecha relación entre el trastorno y una alteración en el gen DRD4*7 (situado en el cromosoma 11) encargado de producir el receptor D4, el cual se activa al unirse a los neurotransmisores dopamina, adrenalina y noradrenalina, y que es defectuoso en el 50-60% de los TDAH.

Todo ello, entre otros, produce una disfunción neurobiológica (implicación de la neurotransmisión catecolaminérgica, a nivel fundamentalmente del córtex prefrontal, pero también de otros circuitos como el tálamo-estriado) responsable de una alteración de las funciones ejecutivas, lo que se traduce en déficit de atención, una dificultad para la organización y planificación de tareas complejas, una

deficiente memoria de trabajo y, como ya hemos comentado, una excesiva hiperactividad e impulsividad.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Actualmente no existe ningún un marcador biológico que permita establecer el diagnóstico. Por lo que la observación directa del paciente y, sobre todo, la anamnesis dirigida a sus progenitores y profesores, constituyen la principal herramienta diagnóstica. Se han identificado criterios diagnósticos americanos: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 1970) y europeos: Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que pueden ayudar a orientar la anamnesis pero que no deben ser tomados por sí solos como herramientas diagnósticas. Además, hay que saber que según utilicemos unos u otros, el umbral diagnóstico será diferente.

Así, los criterios del DSM-IV son globalmente menos restrictivos, y permiten hacer un diagnóstico de subgrupos de TDAH de predominio inatento, si sólo cumple criterios de inatención, de predominio hiperactivo/impulsivo, si sólo cumple criterios de hiperactividad/impulsividad, o combinado, si cumple criterios de ambos. El subgrupo más frecuentemente diagnosticado es de todas formas el combinado, si bien se cree que en las niñas el predominio inatento sería más frecuente.

CRITERIOS DEL TDAH

Según el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana, en el TDAH deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Apreciarse 6 ó más de los 18 síntomas descritos en la tabla I y además haber estado presentes durante 6 meses, como mínimo.
- Que algunos de ellos hayan aparecido antes de los 7 años.
- Manifestarse, por igual, al menos en dos ámbitos: colegio/trabajo y casa.
- Apreciar clara evidencia de afectación social, académica u ocupacional.
- Exclusión previa de otros trastornos del desarrollo que pudieran estar justificando la sintomatología.

Síntomas del grupo A:

- No presta atención suficiente a los detalles e incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.
- Parece no escuchar cuando se le habla directamente.

- No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones). ☒ Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
- Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- Es descuidado en las actividades diarias.

Síntomas del grupo B:

- Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- Abandona su asiento en clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- “Está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- Habla en exceso.
- Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- Tiene dificultades para guardar turno.
- Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos). Después del estudio y según los síntomas predominantes de la tabla I, denominaremos:

-TDAH tipo inatento: si predominan los del grupo A.

-TDAH hiperactivo – impulsivo:si predominan los del grupo B.

-TDAH tipo combinado: si presentan síntomas de ambos grupos indistintamente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y DETECCIÓN DE COMORBILIDAD

Podemos encontrar síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en múltiples enfermedades neurológicas y trastornos del desarrollo. Así, por ejemplo, en enfermedades que cursan con retraso mental y en trastornos del espectro autista, se observa a menudo esta sintomatología, sin que puedan ser considerados un TDAH (ver criterio E de DSM-IV). Por ese motivo, un minucioso examen físico y una valoración neuropsicológica son esenciales en el diagnóstico diferencial.

A menudo ocurre que son pasados por alto tras el diagnóstico de TDAH, lo que dificulta la respuesta terapéutica. Se calcula que hasta un 40% de los niños con TDAH tiene además un trastorno de conducta oposicionista-desafiante, que precisará de una terapia específica paralela al tratamiento primario.

Cerca del 30% de los niños con TDAH tiene también un trastorno de ansiedad, y casi un 25% trastorno del ánimo. Son muy frecuentes los problemas de aprendizaje del tipo dislexia/disgrafía o, en menor medida, discalculia. También se encuentran trastornos del sueño, enuresis nocturna y tics. En la edad adulta, son frecuentes además el trastorno antisocial y el abuso de sustancias(1-3,6-9) . El problema de la comorbilidad es a menudo complejo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Si TDAH aislado: Tratamiento farmacológico, y de apoyo psicológico y/o psicoterapéutico.

- Si TDAH asociado a otros trastornos:

- Tics u otro trastorno neurológico: Remitir a neuropediatría.

- Trastorno de conducta oposicionista desafiante, trastorno de ansiedad de ánimo o de sueño: Remitir al psiquiatra o psicólogo infantil.

- Trastorno de aprendizaje: Puede ser necesario logoterapia y/o apoyo psicopedagógico. Tratamiento farmacológico del tdah:

- De 1ª línea: Metilfenidato, dosis orientativa inicial 1 mg/kg/día v.o. Todos los días, incluido fines de semana y vacaciones. Por ejemplo:

Niño de 18 kg: Rubifén 5mg a las 8h, 5mg a las 12h y 5mg a las 16h, o Concerta 18mg por la mañana.

Niño de 30 kg: Rubifén 10mg a las 8h, 10mg a las 12h y 10mg a las 16h, o Concerta 36mg por la mañana.

Niño de 50 kg: Rubifén 15mg a las 8h, 15mg a las 12h y 15mg a las 16h, o Concerta 54mg por la mañana.

Monitorización de la respuesta al tratamiento (enfermería y/o pediatría).

Eficacia: Anamnesis dirigida a paciente y padres, informe del colegio, cuestionarios de padres y profesores.

Tolerancia: Anamnesis dirigida a paciente y padres, no es necesaria ninguna prueba complementaria.

Si efectos adversos leves (molestias gástricas leves, cefalea leve) al inicio del tratamiento, no indicación de retirada, actitud expectante (suelen ser transitorios) y tratamiento sintomático si necesario. Si persisten más de 2-3 semanas, puede intentarse disminuir la dosis de inicio para luego alcanzar la dosis más efi-

caz gradualmente. Si efectos adversos (idiosincrásicos) graves, retirada. Tratar de ajustar dosis a fin de conseguir máxima eficacia sin efectos adversos. Mantener el tratamiento mientras el paciente esté sintomático (en general durante años).

2 Objetivos

- Conocer en profundidad el trastorno de TDAH.
- Analizar las funciones de la enfermera de atención primaria en la detección precoz de TDAH.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermería como parte del equipo multidisciplinario:

Al tratarse de un trastorno de aparición en la infancia y adolescencia, se considera primordial el papel del personal de enfermería. En cuanto a las actividades de gestión y organización, desde la enfermería se pueden llevar a cabo acciones de apertura de la historia clínica, coordinación de derivaciones con otros profesionales, recogida de datos clínicos de interés o administración de cuestionarios estandarizados a los padres. El personal de enfermería también puede tener un papel relevante ante los casos en que se ha prescrito un tratamiento farmacológico, realizando el apoyo y el seguimiento de las medidas de presión arterial, frecuencia cardiaca, talla y peso. Esta elección de tratamiento suele generar mucha confusión y malestar entre los padres, que a menudo consultan sus dudas a los clínicos de referencia. Así, el profesional puede ofrecer una buena información para resolver dudas y desmitificar creencias que acompañan a este tratamiento. Algunas de estas dudas o mitos se refieren a:

- «Cuando el niño madure, los problemas desaparecerán». El TDAH persiste más allá de la infancia. Se considera que alrededor de un 50% de los niños y niñas que

presentan TDAH manifestará el trastorno en la edad adulta. Este trastorno, si no se trata, puede tener consecuencias muy severas y/o evolucionar hacia trastornos mucho más graves, como el trastorno disocial o el trastorno por abuso de sustancias.

- «Actualmente existe una sobremedicación de los niños con este tipo de trastorno». Ante una epidemiología del 5-7% de la población, sólo el 1,8% de los niños y adolescentes de Barcelona reciben tratamiento con medicamentos indicados para el TDAH, y el 0,07% en el caso de los adultos.

- «La medicación es adictiva o puede predisponer a la adicción en la edad adulta». Numerosos estudios han demostrado que estas medicaciones no son adictivas si se utilizan de manera correcta, y que su administración a tiempo disminuye la probabilidad de futuros problemas con las drogas.

- «La medicación reduce el apetito e incluso puede frenar el crecimiento». Ninguna medicación está libre de efectos secundarios, y lo importante es asegurarse, para cada caso particular, que el beneficio sea mayor que los efectos adversos. Además, un uso controlado y supervisado por parte del profesional puede evitar o disminuir alguno de ellos; la pérdida del apetito, por ejemplo, puede regularse adecuando las comidas principales a las horas en que la medicación no hace efecto. «Con la medicación ya es suficiente».

5 Discusión-Conclusión

El TDAH es un trastorno de la infancia que se caracteriza por una elevada prevalencia y comorbilidad, donde el abordaje diagnóstico y el tratamiento deben ser multidisciplinar. Se trata de un importante problema de salud en la infancia por su alta prevalencia, por el desconocimiento de padres y profesores sobre este trastorno que repercute en un correcto tratamiento y por su etiopatogenia. El colegio es un entorno ideal para detectar el trastorno y esencial para su manejo. Por ello es fundamental que los profesores reciban información y formación sobre el trastorno, para que estén alerta para la detección ante los posibles signos y síntomas y que sepan cómo atender a las necesidades de sus alumnos, para mejorar el rendimiento en el aula y favorecer un entorno apropiado para el aprendizaje. Enfermería tiene un papel muy importante, ya que colabora con pediatría, profesorado y padres en el diagnóstico precoz de este trastorno, en el seguimiento del paciente y en su tratamiento.

Las herramientas educativas que los profesionales de enfermería ofrecen a padres y profesores mediante la implantación de actividades dirigidas es clave para un adecuado diagnóstico y tratamiento. Por ello es necesario que enfermería tenga los conocimientos adecuados con el fin de que su labor con niños que padecen TDAH (valoración, detección precoz e intervenciones con el niño, padres y profesores) sea lo más rigurosa posible y prestar una atención de calidad.

Es necesario desarrollar protocolos de actuación ante el TDAH tanto en centros de salud como en colegios, así como una adecuada coordinación y colaboración entre enfermeros, pediatras, padres y profesores para conseguir un diagnóstico precoz y así disminuir los trastornos comórbidos y conseguir una mejora en la calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Fernández Jaén A, Calleja Pérez B. Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH). Abordaje multidisciplinar.
2. Soutullo Esperón C. Convivir con niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Madrid: Médica Panamericana; 2004.
3. Castells Cuixart P. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Bilbao: Boan; 2004. (Temas de pediatría; 16).
4. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Rev Neurol.* 2007;44:10-4.
5. Amador JA, Fornas M, González M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Barcelona: Síntesis S.A., 2010; 13-22: 112-129.
6. Barkley RA. Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós Ibérica, 1999.

Capítulo 105

CÁNCER EPIDERMOIDE DE ANO

MELANY CABO JIMENEZ

1 Introducción

Consideraciones anatómicas e histológicas: el ano consta de dos partes. La primera parte es el canal anal recubierto de mucosa y la segunda parte la piel perianal revestida de epidermis, ambas separadas por el margen anal.

En relación con el epitelio de origen, los tumores pueden pertenecer a 2 tipos diferentes: por un lado, tenemos los mucosos y por otro los tumores originados en la piel verdadera, es decir, por fuera del margen anal que preferiblemente se tratarán como tumores cutáneos.

De los mucosos, el 85 – 90% serían carcinomas epidermoides y otros tipos minoritarios serían el carcinoma de células transicionales y el carcinoma cloacogénico que son de tipo escamoso no queratinizante. Los adenocarcinomas del canal anal son menos frecuentes.

El drenaje linfático depende de la localización:

- Los tumores situados por encima de la línea dentada drenan en los ganglios perirrectales, de ahí a los iliacos internos, iliacos comunes, mesentéricos inferiores, paraórticos, de forma similar a los tumores rectales.
- Los tumores originados por debajo de la línea dentada pueden drenar, además, en los ganglios inguinales y femorales, de ahí a los iliacos externos, iliacos comunes y paraórticos. (copiado tal cual: guía de un radiólogo)

2 Objetivos

- Definir y clasificar el cáncer epidermoide de ano.

- Detallar la incidencia y la prevalencia.
- Reconocer los principales factores de riesgo responsables de la aparición del cáncer epidermoide de ano.

3 Metodología

El cáncer del canal anal representa el 0,3% de todos los tumores malignos, 1-2% de todos los tumores del aparato digestivo y 2-4 % de todos los tumores colonrectales y ano rectales.(articulo alemán) La tasa de incidencia anual en Europa es 1/100000. Las mujeres, en cierto modo, están más afectadas que el sexo masculino, en una tasa de 0,5 a 1/100000 y 0,3 a 0.8 /100000, respectivamente.

La tasa de incidencia a nivel mundial esta situada en 4 a 7 cánceres por un millón de personas y el rango de edad entre el que se da mas frecuentemente es de 58 a 64 años. La tasa de supervivencia a los 5 años ha cambiado poco en las últimas décadas.

En Estados Unidos la tasa de supervivencia a los 5 años desde el año 1994 a 2000 era del 60% en hombres y 78% en mujeres. En Europa dicha tasa varía entre el 66%, en la zona de Europa Central y el 44% en Europa del Este.

El virus del papiloma humano (HPV) es un potente factor de riesgo para el cáncer epidermoide de ano, en especial los subtipos HPV-16 y HPV-18 que representan el agente causal en el 80-85 % de los pacientes. Además este virus también es precursor de la neoplasia intraepitelial anal. Los factores de riesgo que incrementen la posibilidad de contraer el virus , como un elevado número de relaciones sexuales con penetración anal y la promiscuidad, están asociados también con este tumor (poner aquí todo el tema de la vacunación).

Otros importantes factores de riesgo son el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH), la inmunosupresión en pacientes trasplantados, el uso durante un periodo largo de tiempo de inmunosupresores como los corticoides, historia clínica previa de cáncer por el Virus del VPH, enfermedades autoinmunes y el tabaco.

4 Bibliografía

- Raptis D, Schneider I, Matzel KE, Ott O, Fietkau R, Hohenberger W: The differentialdiagnosis and inter- disciplinary treatment of anal carcinoma. Dtsch Arztebl

Int 2015;112: 243–9. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0243.

- Salati SA, Al Kadi A. Anal cancer - a review. Int J Health Sci 2012; 6: 206-30.

Kutlubay Z, Engin B, Zara T, Tüzün Y. Anogenital malignancies and premalignancies: facts and controversies. Clin Dermatol 2013; 31: 362-373.

- Torres M, González C, del Romero J, Viciano P, Ocampo A, Rodríguez- Fortúnez P, et al. Anal Human Papillomavirus Genotype Distribution in HIV- Infected Men Who Have Sex with Men by Geographical Origin, Age, and Cytological Status in a Spanish Cohort J. Clin. Microbiol 2013, 51: 3512-20.

Capítulo 106

INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA POR AMISULPRIDA

SANDRA DÍAZ ARAÚJO

1 Introducción

El término esquizofrenia comprende un amplio abanico de trastornos cognitivos, emocionales y del comportamiento. Los síntomas positivos se caracterizan por delirios, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento y comportamiento estrafalario de inicio agudo. Los síntomas negativos se caracterizan por aplanamiento afectivo, apatía, deficiencia de la atención, pobreza del contenido del pensamiento o del discurso y alejamiento social.

La Amisulprida es un fármaco antipsicótico atípico indicado para el tratamiento de la esquizofrenia, eficaz en los síntomas positivos y negativos de la enfermedad, produciendo un bloqueo dual de la dopamina. Con ello induce un bloqueo selectivo de los receptores D3/D2 postsinápticos de la dopamina en la región límbica, lo que predice una potente actividad antipsicótica, con baja tendencia a provocar síntomas extrapiramidales. También potencia la transmisión dopaminérgica en algunas zonas del cerebro, lo que explica su eficacia en el tratamiento de los síntomas negativos.

Sus posibles efectos adversos son:

- Síndrome neuroléptico maligno, caracterizado por fiebre alta, rigidez muscular, alteración del sistema nervioso (inestabilidad autónoma) y aumento de una enzima denominada creatinfosfoquinasa (CPK).
- Empeoramiento de pacientes con enfermedad de Parkinson.

- Prolongación del intervalo QT. Este efecto puede potenciar el riesgo de aparición de arritmias ventriculares graves tales como “torsade de pointes”, por lo que se debe vigilar a pacientes con bradicardia (menos de 55 l pm), hipocaliemia, prolongación congénita del intervalo QT, tratamiento concomitante que pueda producir bradicardia acusada (<55 lpm), hipocaliemia, enlentecimiento de la conducción intracardiaca, o prolongación del intervalo QT.
- Riesgo tres veces mayor de sufrir un evento cerebrovascular.
- Riesgo mayor de muerte en pacientes de edad avanzada con psicosis relacionada con demencia.
- Tromboembolismo venoso.
- Hiperglucemia.
- Insuficiencia renal.
- Disminución del umbral convulsivo, de forma que los pacientes con antecedentes de crisis epilépticas requieren una vigilancia estrecha durante la terapia con Amisulprida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Exponer el caso clínico de un paciente con intoxicación medicamentosa por Amisulprida.

Objetivos secundarios:

- Explicar los efectos secundarios del tratamiento.
- Dar a conocer las señales de alarma sobre las que el personal médico y de enfermería debe estar atento ante un paciente tratado con este fármaco.

3 Caso clínico

Mujer de 41 años, soltera, licenciada en Traducción e interpretación, trabaja como profesora de inglés en un instituto.

Como antecedentes de interés:

- Está siendo estudiada por Medicina Interna por un déficit de Vitamina B12
- A seguimiento por Salud Mental, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, a tratamiento con Amisulprida desde hace unos meses. Se inició su patología hace 5 años, momento en el que cuenta que se encontraba muy nerviosa y un día sintió que le estallaba la mandíbula. Desde entonces, nota que se le desvía y le duele, y

que esto le impide caminar. Tiene además una distorsión importante de la imagen corporal. Tras ser vista por varios profesionales en los últimos años (médicos, odontólogos, maxilofacial...) no se ha encontrado enfermedad que justifique sus dolencias.

Motivo de consulta:

- Acude al Servicio de Urgencias de su hospital de referencia tras haber consumido dos frascos de Amisulprida (en total 120 ml, siendo la concentración de 100mg Amisulprida/1ml solución) con fines autolíticos, siendo este el primer episodio.

A su llegada al servicio se encuentra bradipsíquica, eupnéica, con constantes vitales dentro de la normalidad.

Tras ser valorada por el Servicio de Urgencias, se realiza interconsulta a Medicina Interna, que ingresa a la paciente en el servicio de UVI, para soporte hemodinámico por riesgo de somnolencia, hipotensión arterial, extrapiramidalismo, hipertermia y síndrome neuroléptico maligno.

4 Resultados

A su llegada a UVI la paciente se encuentra hemodinamicamente estable, reactiva aunque lenta en los movimientos y el habla. Nerviosa y preocupada por lo que pueda pensar su familia. Con tensiones arteriales justas, bien toleradas, que van mejorando a medida que pasan los días de ingreso. Afebril durante toda su estancia en el servicio, descartándose así el síndrome neuroléptico maligno.

Se da el alta a planta convencional de hospitalización. Se solicita valoración por Neurología para estudiar si existe patología orgánica que consiga justificar sus problemas. Se realiza entonces TAC craneal y mandibular que descarta problemas físicos a ese nivel.

Se solicita interconsulta a Salud Mental, que concluye que existe una agudización de su enfermedad, por lo que solicita traslado de la paciente a la unidad de Psiquiatría de Agudos de referencia.

5 Discusión-Conclusión

La Amisulprida tiene como efectos secundarios temblor, rigidez, somnolencia, hipertermia e hipotensión.

Sólo se han descrito los efectos secundarios del fármaco en dosis de hasta 1200 mg /día, habiendo tomado la paciente 12000 mg.

Es necesario monitorizar las constantes vitales y realizar vigilancia neurológica estricta a pacientes que se encuentren intoxicados por el tratamiento.

Se debe realizar una reevaluación por parte del servicio de Salud Mental en pacientes con un primer episodio de intento autolítico.

6 Bibliografía

- René S Kahn et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008; 371:1085-97.
- Troy A. Moore, et al. The Texas Medication Algorithm Project Antipsychotic. Algorithm for Schizophrenia: 2006 Update. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68: 1751-62.
- Ficha técnica Solian. Sanofi-Syntheabo, S.A.
- Boletín INFAC. Antipsicóticos atípicos: ¿Presentan ventajas?. Vol II-nº6/Junio2003.
- Peuskens J, Bech P, Möller HJ, et al, for the Amisulpride Study Group. Amisulpride versus risperidone in the treatment of acute exacerbations of schizophrenia. *Psychiatry Res* 1999; 88: 107-17.

Capítulo 107

TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

LLIBERTA LORENZO COLLAZO

CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

SANDRA SOTURA CARRERA

PATRICIA OTERO MENÉNDEZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad crónica inflamatoria de los pulmones que se caracteriza por una reducción persistente del flujo de aire. La EPOC tiene una evolución lenta y generalmente se hace evidente a partir de los 40-50 años.

Sus síntomas son tos con expectoración de moco, dificultad para respirar (disnea), silbidos y pitos al respirar. El enfisema y la bronquitis crónica son las dos afecciones más frecuentes que contribuyen a desarrollar la EPOC. Con un tratamiento adecuado la mayoría de las personas pueden lograr un buen control de los síntomas y mejorar la calidad de vida, además de reducir el riesgo de padecer otras enfermedades. La EPOC no tiene cura.

2 Objetivos

- Reducir la mortalidad y aumentar la supervivencia en pacientes con EPOC.

- Prevenir la progresión de la enfermedad, aliviar y reducir los síntomas crónicos de la enfermedad y mejorar el estado de salud y tratar las complicaciones y exacerbaciones.
- Mejorar el pronóstico.

3 Metodología

Para la realización del trabajo se ha realizado una búsqueda activa en una serie de bases de datos y revistas científicas, así como en trabajos de investigación y páginas web.

4 Resultados

La enfermedad pulmonar crónica (EPOC) es una de las enfermedades de mayor prevalencia. Causa dificultad para respirar y sus dos afecciones más frecuentes que contribuyen a desarrollar la EPOC son la bronquitis crónica que implica tos prolongada con moco y el enfisema pulmonar que es el daño a los pulmones con el tiempo. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen la combinación de ambas.

El consumo de tabaco es la principal causa de padecer EPOC, cuanto más fume una persona, mayor probabilidad tendrá de desarrollar esta enfermedad. Otras causas también importantes son la polución y los trabajos en ambientes contaminados como los trabajadores de la mina, de la metalurgia, personas que trabajan con cereales, o los expuestos al polvo o gases combustibles. Se da con más frecuencia en hombres y con mayor mortalidad en éstos.

Los síntomas son disnea, presión en el pecho, silbido al respirar, tos, moco, falta de energía, cianosis.

La medida más importante en el tratamiento de la EPOC es dejar de fumar para impedir el empeoramiento.

Para tratar los síntomas y las complicaciones se usa una terapia farmacológica como broncodilatadores, teofilina, antibióticos, esteroides...

Otras terapias adicionales son la oxigenoterapia y la rehabilitación pulmonar, así como el ejercicio y la alimentación. Al padecer esta enfermedad hay riesgo de pérdida de peso y deficiencias nutricionales por el aumento del gasto de energía en las actividades diarias. Se debe evitar el sobrepeso.

Además hay terapias naturales como son la haloterapia para disminuir la tos y los ataques de disnea, plantas como el ajo, el jengibre, la curcuma, con ellas también se consigue mejorar los síntomas, así como el magnesio y la sal. Pero el tabaco es lo que se debe de dejar.

5 Discusión-Conclusión

La EPOC es una enfermedad que no tiene cura, pero con un tratamiento farmacológico y la fisioterapia pueden aliviar los síntomas y mejorar la capacidad de ejercicio y la calidad de vida, así como reducir el riesgo de muerte.

La prevención primaria de la EPOC deberá orientarse hacia el tratamiento del tabaquismo, al ser el abandono del mismo la forma más efectiva y menos costosa para reducir el desarrollo de la enfermedad y frenar la progresión.

Esta enfermedad es un problema que nos involucra a todos, puesto que los que no fumadores tampoco están exentos del humo ambiental.

6 Bibliografía

- Revistas científicas: Scele, DAE, pulmed, elsevier, Recién y Scielo.
- www.mayoclinic.org
- www.who.int
- www.fisterra.com
- www.quironsalud.es
- www.medlineplus.gov

Capítulo 108

DETECCIÓN DEL ANCIANO FRÁGIL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

MIRIAM MIRAMON PLANILLO

MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ

MARTA NAVARRO CILLERO

MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA

1 Introducción

La fragilidad es un estado asociado de envejecimiento, que se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica a la que se ha llamado un estado de homeostenosis. Este estado se traduciría en el individuo en un aumento del riesgo de incapacidad como una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad.

La fragilidad es un síndrome clínico que representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta que el extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación.

2 Objetivos

- Obtener una mayor sensibilidad diagnóstica.
- Mejorar la selección del tratamiento.
- Aumentar la capacidad de predicción pronóstica y mejorar los resultados objetivos de la atención del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Actualmente tenemos una serie de criterios para identificar el síndrome de fragilidad. Los criterios de Linda Fried incluyen:

- Fatiga crónica auto descrita.
- Debilidad (disminución del 20 % o más de la fuerza muscular a través de dinamómetro)
- Inactividad.
- Disminución de la velocidad de la marcha tiempo que se tarda en andar 15 pasos.
- Disminución de peso involuntaria, pérdida mayor de 4,5 kg o del 5 % del peso.

Los principales indicadores para diagnosticar la fragilidad en personas mayores son la debilidad y la velocidad en la marcha.

Valoración geriátrica multidimensional:

La valoración geriátrica es el elemento básico para medir la capacidad funcional como expresión de salud la valoración geriátrica recibe el nombre de multidimensional dinámica o comprensiva y se ocupa de cuantificar todos los atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social del anciano. Se realiza en colaboración con profesionales de las distintas disciplinas. Deben utilizarse instrumentos de valoración estandarizados para ayudar a la cuantificación exacta y se debe realizar repetidas veces, a lo largo del tiempo, para constatar la evolución de estos cuatro apartados por lo que recibe el nombre de dinámica.

Valoración clínica: modelo biomédico y valoración biopsicosocial funcional.

Valoración funcional: según la publicación de la OMS "aspectos de la salud pública en los ancianos y en la población" del año 1959 como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de función. Los programas de valoración geriátrica determina el estado funcional del paciente antes y después del tratamiento.

La metodología de la valoración funcional se realiza a través de las siguientes medidas y escalas:

- Actividades de la vida diaria/instrumentales: escalas :KATZ,BARTHEL, LAW-TON Y BRODY
- Caídas: TINETTI, DOWNTON,TROMP.
- Estado nutricional: MINI NUTRITIONAL ASSESMENT(MNA).

Valoración mental:

- Deterioro cognitivo: mini examen cognoscitivo MEC o LOBO, Pfeiffer.
- Demencia: BLESSED, GDS REISBERG, TEST DEL INFORMADOR(TIN), TEST ISAACS.

Valoración afectiva:

- Depresión: Yessavage o GDS(geriátrica depresión scale).
- Ansiedad/depresión: Goldberg.
- Bienestar psicológico, satisfacción: escala moral de Filadelfia.

Valoración área social:

- Sobrecarga cuidador: zarit, índice de esfuerzo cuidador.
- Apoyo social percibido: DUKE-UNK, recursos sociales Díaz Vega.
- Anciano frágil o riesgo: Barber.
- Valoración socio familiar: Gijón, recursos sociales oars, apgar familiar.

Recursos socio sanitarios:

Una vez hecha la valoración geriátrica multidimensional pasaremos a buscar el plan racional y coordinado de tratamientos que mejor se adapten a las necesidades del anciano. Se pueden ostentar tanto en administraciones públicas como privadas y están coordinados por profesionales del sector social.

- Atención dirigida a la vivienda. Incluye: limpieza, comida coma compra y otras actividades que el anciano no puede realizar por sí mismo
- Atención dirigida a la persona. La ayuda se enmarca en actividades de la vida diaria ,como la higiene, alimentación o vestido
- Centro de día/noche: centro con horario limitado, de lunes a viernes de 9:00 a 18 se presenta una atención integral y orientada a la estimulación y mantenimiento de las capacidades (cognitivas motrices y de relación), para lo que cuenta con profesionales especializados en rehabilitación, animación sociocultural, terapia ocupacional... el perfil del centro de Día es una persona anciana con necesidad de ayuda para los actos de la vida diaria y que cuenta con apoyo familiar. También

existen centros de noche para patologías que se descompensan con frecuencia por la noche (demencias)

- Apartamentos tutelados: son viviendas destinadas a la población anciana que carecen de barreras arquitectónicas y disponen de servicios comunes, como: lavandería, comedor, salas comunes, enfermería... Requiere un cierto grado de autonomía del anciano
- Teleasistencia: es un servicio que consiste en la conexión del usuario con una central a través de un dispositivo de alarma del teléfono. este servicio es adecuado para personas con un cierto grado de autonomía que viven solas.
- Residencias de ancianos: centros que ofertan una atención continuada, 24 horas al día durante estancias prolongadas junto los ancianos reciben cuidados especializados integrales con el objetivo de incentivar, mantener o recuperar habilidades físicas, psíquicas o sociales.

Cuentan con servicio médico y enfermería al que pueden añadir un psicólogo, trabajador social, rehabilitación, terapia ocupacional, animación sociocultural, podología peluquerías, cafetería... Pueden ser públicas o privadas

- Unidades de convalecencia y rehabilitación: centros sociosanitarios de corta o media estancia. Supone un recurso intermedio entre el alta hospitalaria y el domicilio, o domicilio y residencia. También se usan en las recuperaciones de situaciones agudas y en la reagudización de procesos crónicos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado en estudios llevados a cabo en diferentes ámbitos: hospitales agudos y crónicos, atención primaria, interconsultas hospitalarias tres puntos suspensivos que la valoración geriátrica multidimensional es capaz de optimizar los recursos de la evaluación tradicional, porque mejora el estado funcional, la capacidad cognitiva y la función afectiva. Perfecciona el diagnóstico y las decisiones sobre la mejor ubicación del anciano. Aminorar los costes asistenciales, mejora la calidad de vida y aumenta la supervivencia.

Los ancianos que más parece beneficiarse con este enfoque son los que presentan alguna incapacidad, los cercanos a la institucionalización, los de peor nivel socioeconómico o aquellos con un soporte social más precario.

6 Bibliografía

- Servicio Navarro de salud osasunbidea. Tudela(acceso 12 de diciembre 2019).
- Instituto de salud publica. Tudela(acceso 12 de diciembre 2019).

Capítulo 109

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA RECTAL

VERONICA ALONSO PONTÓN

1 Introducción

La vía rectal es una vía de administración de fármacos, en la que la absorción se produce a través de la mucosa rectal y, una vez que pasa a la sangre, se incorpora a la circulación sistémica.

Es especialmente útil en las siguientes situaciones: imposibilidad de ingerir medicación por vía oral, administración de medicamentos que irritan la mucosa gástrica, que son destruidos por el jugo gástrico o que por su sabor u olor son intolerantes por vía oral.

2 Objetivos

Conocer los mecanismos de absorción rectal, así como describir las formas farmacéuticas y el procedimiento de administración.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Biblioteca Cochrane, Medline, Embase, Cinalth, Cuiden.

Descriptores: rectal anatomy, suppository, medicine, nursing, mucosa rectal, mucosa gástrica.

4 Resultados

Entre los mecanismos de absorción rectal se encuentran: la difusión pasiva, el transporte paracelular y el transporte mediante transportadores. Los medicamentos que pueden ser administrados por vía rectal incluyen: analgésicos, antieméticos, laxantes locales, ansiolíticos y los anticonvulsivos. Los supositorios y cremas son las dos principales formas de administrar las medicaciones vía rectal.

Entre las fases más importantes del procedimiento están: comprobación de la prescripción médica del medicamento, identificar al paciente, informar sobre el procedimiento, realizar higiene de manos, valorar el estado del ano y realizar la higiene de la región, administrar supositorio suavemente en el recto (el ápice primero para efecto local o por la base para la absorción sistémica) e informar de las posibles complicaciones. No se debe utilizar en pacientes cardíacos ya que puede provocar una reacción vagal por estimulación del sistema nervioso parasimpático.

5 Discusión-Conclusión

El papel de la enfermera es determinante en la administración de medicación por vía rectal, ya que puede provocar malestar en el paciente tanto por la incomodidad de la situación, como por el dolor producido en el procedimiento.

6 Bibliografía

- <https://femora.sergas.gal/administración-de-medicación>
- <https://cuidateplus.marca.com>
- www.ecured.cu/vias-de-administración
- www.medwace.ce
- <https://farmaciamarcos.es>

Capítulo 110

SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRÉS.

ANA MARTÍN ÁLVAREZ

ANDREA LOPEZ GARCIA

1 Introducción

El Síndrome de Burnout es cada vez más notorio en trabajadores cuya posición requiere contacto con personas. Se divide en cinco etapas: entusiasmo, estancamiento, frustración, apatía y fase de quemado. Tiene síntomas relacionados con estrés y depresión y afecta tanto al profesional como a su entorno, haciendo sus cuidados y su calidad de vida de menor nivel. Se puede prevenir con prácticas individuales y en equipo y una vez aparece ha de ser tratado para evitar su cronicidad.

Para entender este síndrome primero se debe realizar diferenciación entre estrés, depresión y Síndrome de Burnout (SQT) pues, aunque se piense lo contrario, son fenómenos muy diferentes.

Según la RAE la definición de estrés es: “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos graves.” Se trata de una combinación de elementos ambientales, pensamientos negativos y respuestas físicas. Estos componentes se juntan y en ocasiones los profesionales sufren ansiedad, cólera o depresión.

Hans Selye en 1956 popularizó el término estrés. Entiende este término como una respuesta no específica del organismo y lo define como: “el estado que se manifiesta como un síndrome específico, consistente en todos los cambios producidos dentro de un sistema biológico”.

Por otro lado, la OMS define depresión como “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Por tanto, el estrés se va acumulando y al cabo de cierto tiempo se experimentan una serie de síntomas que dan lugar al burnout (SQT). Podemos decir que el estrés se puede manifestar sin derivar en el síndrome y que no es un trastorno de por sí, mientras que SQT lo es.

El escenario laboral de hoy en día, marcado por la inestabilidad genera unas condiciones en el profesional que les hace experimentar frustración y tensión. Todo esto lleva a un aumento de los niveles de estrés laboral y desgaste profesional. La importancia del estudio del estrés y el burnout se ha incrementado en los últimos años.

2 Objetivos

- Diferenciar entre Síndrome del Trabajador Quemado (SQT), estrés y describir conceptos sobre estos temas.
- Describir el SQT y la técnica de medición.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica y evolutiva del Síndrome de Burnout y estrés en las bases de datos MedLine, EBSCO host y PubMed en los meses de septiembre y octubre de 2019. Se analizó tanto el contenido histórico como actual, el operador booleano utilizado fue el AND para combinar los términos de búsqueda y OR y NOT. Se usaron los filtros de año de publicación para todas las bases de datos además de acotar la búsqueda escogiendo artículos que tuviesen los términos de la cadena de búsqueda tanto en el título como en el abstract.

4 Resultados

Podemos decir que el estrés es el precursor de este síndrome SQT: una acumulación de estrés da lugar al Síndrome de Burnout. El SQT es una respuesta al estrés crónico en el trabajo. Según la Organización de Consumidores y Usuarios

(OCU), en torno a un 22% de la población activa padece estrés laboral y sólo un 11% de las empresas hacen evaluación de riesgos psicosociales.

Por tanto, a la hora de diferenciar entre estrés y SQT, se puede decir que el primero tiene efectos tanto positivos como negativos mientras que el segundo solo cuenta con efectos negativos. El estrés es algo normal que se puede sufrir en diversos aspectos de la vida cotidiana mientras que el SQT es totalmente específico del contexto laboral y no se debería sufrir, es un síndrome.

Podemos hablar de las diferencias de estrés y SQT y que estos problemas se van a sumar en un círculo vicioso donde el estrés se va acumulando y van aumentando los síntomas del SQT y esto, a su vez, da lugar a que se sufra más estrés. Se produce una bola de nieve donde sufres más estrés porque te das cuenta de que estás sufriendo sus síntomas. También podemos decir que el estrés no es siempre negativo, se trata de una reacción fisiológica del organismo que nos prepara para una acción, y, por tanto, podría considerarse positivo y es denominado eustrés. Entre las principales consecuencias comunes del estrés laboral y el SQT destacan el abandono o intenciones de abandono del puesto de trabajo, absentismo laboral y mayor número de bajas. También destacan los temas de seguridad laboral, pues se encuentran vinculados con estos dos fenómenos.

Dada la cercanía con algunas expresiones coloquiales como “estar quemado”, que no tiene relación con este síndrome, que se diagnostica clínicamente y debe estar compuesto por tres síntomas fundamentales: agotamiento emocional, baja realización profesional y despersonalización. A continuación, podemos observar todas las variables que suelen influir en el burnout y tanto su tipo como forma de medida y definición.

Se utiliza como herramienta, clásicamente, el cuestionario Maslach Burnout Inventory (1986). Tiene alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. Hay una versión de 1981 que requería cumplimentar dos veces el cuestionario pues se formulaba una segunda pregunta (¿con qué intensidad siente usted esto?), pues medía la frecuencia e intensidad del SQT, pero se modificó por la falta de correlación entre ambas dimensiones. A pesar de su antigüedad tiene detrás gran cantidad de estudios validando su eficacia y es la herramienta básica utilizada hasta la fecha para la medición cuantitativa de este síndrome. Su validez factorial y su consistencia ha sido contrastada en diversos estudios (por ejemplo: Warg y Ohlson, 1996 o Gil-Monte y Peiró, 1999). Ha tenido hasta el momento tres revisiones relevantes, la última en 1996 por Maslach, Jackson y Leiter suponiendo unos mínimos cambios en el cuestionario como por ejemplo la introducción de

las profesiones no asistenciales. Está formado por 22 ítems divididos en tres subescalas, en formato de afirmación, sobre sentimientos y actitudes del profesional en el trabajo y hacia los pacientes:

- Agotamiento emocional: se refiere a estar cansado emocionalmente por las exigencias del trabajo. Cuenta de 9 afirmaciones con puntuación máxima de 54.
- Despersonalización: se refiere a la valoración del nivel de actitudes frías y distanciamiento hacia los pacientes y el trabajo. Son 5 ítems con puntuación máxima de 30.
- Autorrealización: evalúa la sensación de autoeficacia y realización individual. Se compone de 8 puntos con puntuación máxima de 48.

Cuentan con seis puntos de respuesta con valor de nunca (valor 0) a siempre (valor 6). Escala de tipo Likert. Se realiza en 10-15 minutos y mide los 3 puntos básicos de este síndrome: cansancio emocional, despersonalización y autorrealización.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente:

- Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.
- Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Las puntuaciones se miden de forma cuantitativa; altas puntuaciones en las dos primeras subescalas (agotamiento personal y despersonalización) y bajas en la tercera (autorrealización) permiten diagnosticar el síndrome. Para valorar los resultados se toman de forma habitual como referencia los valores determinados por Gil Monte y Peiró en el año 2000 para los profesionales de servicios humanos.

5 Discusión-Conclusión

Muchos autores como por ejemplo Oswin en 1978 consideraban la existencia de un solapamiento entre la depresión y el SQT, pero estudios posteriores demostraron las diferencias de desarrollo de ambos acontecimientos, aunque puedan coincidir en algunos aspectos de su sintomatología. Martin en 1982 sugiere que “el Burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico”. Se ha definido la depresión como una de las posibles causas del SQT, pero nunca como el mismo proceso.

Rodríguez-Marín, en 1995, señaló que el STQ no debe identificarse con estrés, debe entenderse como un proceso derivado de fuentes permanentes de estrés que vienen de las relaciones entre las personas que ofrecen los servicios y las que los reciben. En otras palabras, de la relación profesional- usuario.

El Síndrome de Burnout se define pues como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio trabajo del profesional, así como la percepción individual de encontrarse emocionalmente agotado. Es el origen del 50% de las bajas laborales y en la Unión Europea anualmente llega hasta 40 millones de trabajadores costando más de 20 millones de euros. Este síndrome esta presente en una amplia variedad de empleos, sobre todo relacionados con servicios humanos o de salud en los que se establece una relación de ayuda.

6 Bibliografía

- Flórez Lozano JA. Síndrome de “estar quemado”. 1ª ed. Barcelona: Edika med; 1994.
- Guerrero Barona E, Vicente Castro F. Síndrome de “Burnout” o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. 1ª ed. Cáceres: Universidad de Extremadura, Servicio de Publicaciones; 2001.
- EU-Osha. Guía de la campaña: Gestión del estrés y de los riesgos psicosociales en el trabajo. [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2013 [citado 12 ene 2019].
- Carrillo-Esper R, Gómez Hernández K, Espinoza de los Monteros Estrada I. Síndrome de burnout en la práctica médica. Med Int Mex. 2012; 28 (6): 579-584.
- Organización Mundial de la Salud Día Mundial de la Salud – 7 de abril de 2017. Salud mental en el lugar de trabajo [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 3 jun 2019]. Mundial de la Salud – 7 de abril de 2017. Salud mental en el lugar de trabajo [aprox. 6 pantallas].
- Garcés de Los Fayos Ruiz EJ. Delimitación conceptual del constructo Burnout. Información psicológica. 1998; 68: 15-23. 7

Capítulo 111

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

ANA MARTÍN ÁLVAREZ

ANDREA LOPEZ GARCIA

1 Introducción

La violencia de género constituye un importante problema social y de salud pública y atenta contra los derechos humanos. Según datos obtenidos en la OMS, el 35% de las mujeres han sufrido violencia doméstica o sexual en algún momento de su vida, por otro lado, el 38% de los asesinatos de mujeres se asocian a violencia de género.

Se han puesto en marcha numerosos planes de actuación y medidas preventivas en el mundo desde hace más de cinco décadas, las cifras en cuanto a violencia de género se mantienen o incluso en algunos lugares han aumentado.

La elevada incidencia y su gravedad hacen que sea necesario poner en marcha herramientas para acabar con ello. Es de carácter universal, afecta a todos los países sin distinciones en cuanto a economía, situación geográfica, nivel de desarrollo o régimen político. Por otro lado, se da en todos los grupos sociales independientemente de la etnia, la cultura, la edad o la ocupación, es decir, ni las víctimas ni los maltratadores presentan un perfil concreto.

Con frecuencia la violencia de género se asocia únicamente a países subdesarrollados, en familias con pocos recursos, en mujeres con características específicas,

agresores consumidores de drogas, celos como causa de violencia... Es un concepto erróneo, pero no implica que algunos de éstos no constituyan factores de riesgo para el desarrollo de la violencia.

El maltrato hacia la mujer es un problema que ha existido siempre, numerosos autores estudian la naturaleza de este problema. Algunos postulan que la violencia de género parece ser un fenómeno intrínseco a la historia de la humanidad, apoyándose en que los textos bíblicos comienzan sus páginas con asesinatos y ya consideran a la mujer un ser inferior sometido a la voluntad del varón. Otros consideran el sistema patriarcal como el responsable de la subordinación y discriminación de la mujer.

A día de hoy la situación de la mujer española ha ido mejorando y poco a poco el problema se va haciendo más visible, aunque claramente siga muy presente en nuestra sociedad. Existen estudios que afirman que la violencia de género en nuestro país continúa siendo un fenómeno normalizado e invisibilizado.

La situación de las mujeres es crítica. Según Calvo G y Camacgo R, el porcentaje de denuncias en España es relativamente bajo, oscilando entre 2-10% de los casos totales.

La OMS declaró en 2013 que la violencia de género es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. El sector sanitario juega un papel fundamental en la detección y asistencia a mujeres víctimas de violencia y, por ello, sus profesionales deben adquirir la formación necesaria, en especial atención primaria dada su cercanía con la comunidad, para dar respuesta a este problema.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Describir la violencia de género como un problema de Salud Pública y determinar su alcance, magnitud, consecuencias etc.

Objetivos específicos:

- Determinar las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para prestar atención a las víctimas de violencia de género.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar de la víctima.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica abordando las diferentes esferas que engloban la violencia de género, pero incidiendo en el personal sanitario.

Se han utilizado:

- Bases de datos especializadas en la salud como son Medline y Scielo.
- Bases de datos de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Revistas de Salud como Gaceta Sanitaria.
- Buscadores como Google Académico.

Para la búsqueda se han alternado descriptores y lenguaje libre. En cuanto a los términos empleados, se han escogido en función del tema a investigar utilizando palabras clave como violencia de género, género y salud, violencia y salud, enfermería.

Selección: o Artículos relacionados con el tema que nos atañe o Acceso gratuito o Texto completo o Idiomas: español

Exclusión: o Cualquier artículo que no cumpla con alguno de los requisitos mencionados anteriormente será motivo de exclusión.

4 Resultados

Es necesario conocer si existen características atribuidas tanto a agresores como a víctimas de la violencia de género, ya que esto nos permitirá ofrecer una atención adecuada y personalizada. No existen estudios que definan las características del agresor ni de la víctima, el maltrato puede darse en cualquier clase social, ideología, país o cultura. Si que podemos mencionar 16 características comunes que suelen ser encontradas en numerosos casos estudiados:

- Cambios de comportamiento en público y privado
- Minimización y negación de la violencia
- Culpar a terceras personas
- Utilizar la violencia como sinónimo de control
- Celos y actitudes posesivas
- Manipulación a través de los hijos
- Abuso de sustancias
- Resistencia al cambio
- Ira y hostilidad

- Impulsividad
- Déficits de habilidades de afrontamiento
- Ansiedad
- Depresión
- Posesividad

Signos de advertencia:

- Irritabilidad
- Escaso control de impulsos
- Cambios bruscos de humor
- Creencias sexistas
- Baja autoestima

En numerosas ocasiones es muy probable que hayan vivido situaciones de violencia familiar y abuso de alcohol y drogas. Podemos afirmar que, en cuanto a los agresores, se trata de un grupo heterogéneo. En cuanto a las características de las mujeres víctimas de violencia de género, existen estudios que pretenden mostrarnos un perfil de riesgo, pero no podemos enmarcarlas en un perfil, ya que este no existe, cualquier mujer puede convertirse en víctima de violencia de género.

Para explicar el proceso de la violencia de género se encuentra la propuesta hecha por la investigadora Leonore Walker en 1979 que se conoce como “ciclo de la violencia” y que comprende las siguientes fases:

- Acumulación de la tensión: incremento gradual de tensión y ansiedad aumentando la enemistad entre los miembros de la pareja. Se acentúa la violencia verbal y pueden aparecer las primeras formas de violencia física. En esta fase la mujer intenta calmar al agresor complaciéndole y haciendo todo lo que él quiere, creyendo que así puede evitar la agresión. Son episodios aislados. La víctima tiene sentimientos de angustia, ansiedad, miedo, confusión y desilusión. La tensión se intensifica y se acumula.
- Explosión o agresión: es la fase más brutal ya que pueden producirse todos los tipos de agresiones anteriormente descritas. La duración de esta fase suele ser corta, aunque sus consecuencias pueden ser duraderas. Es la fase en la que las mujeres denuncian o piden ayuda pasados unos días.
- Calma o “luna de miel”: fase en la que la situación parece volver a la normalidad, el agresor muestra su arrepentimiento y pide perdón a la víctima utilizando técnicas de manipulación afectiva tales como regalos, caricias o promesas. Promete que no volverá a suceder y la mujer inocente acaba creyendo que todo cambiará.

En esta etapa muchas de las denuncias no llegan a prosperar puesto que son retiradas. A medida que la violencia se afianza la última etapa va desapareciendo, quedando únicamente las fases de tensión y agresión. Los episodios violentos se van incrementando y el riesgo de muerte a manos del agresor aumenta. Es en este momento cuando las víctimas se plantean la separación o buscan ayuda.

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias de la violencia de género suponen numerosos efectos en la salud de las mujeres, no sólo lesiones derivadas del maltrato físico, junto a estas aparecen numerosos problemas de salud.

Los problemas de salud que genera se dan tanto a corto como a largo plazo. Las secuelas en la salud de las mujeres víctimas de violencia de género persisten en el tiempo una vez que la relación de maltrato ha terminado. Se trata de un problema difícil de identificar por diversos motivos ya mencionados anteriormente, por ello son muchos los casos que se quedan sin detectar.

Analizando los estudios encontrados podemos afirmar que en todos los casos en su mayoría el profesional sanitario reconoce que se trata de un problema muy importante, a pesar de esto existen barreras que dificultan la atención adecuada de las víctimas como pueden ser la falta de tiempo, el exceso de trabajo y la falta de formación específica.

El profesional sanitario admite no sentirse preparado profesionalmente para hacer frente a este tipo de situaciones, en su mayoría consideran que sería de gran utilidad recibir una formación especializada para aumentar la detección de casos y prestar una atención adecuada a las mujeres víctimas de violencia de género.

6 Bibliografía

1. Matud Pilar M, Matud Teresa M, Delgado R, Fortes D, Arteaga R. El personal sanitario ante la violencia de género. *Clepsydra*. 2009; 139-155.
2. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. [Online].; 2013 [consultado el 06 de abril de 2015].
3. Organización de las Naciones Unidas. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Online].; [consultado el 28 de marzo de 2015].

4. MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. España [consultado 20 feb. 2014]. Servicios Sociales e Igualdad. Violencia de género y trata de mujeres. ¿Qué es la violencia de género?
5. Megías J.L, Montañes P. Percepción de las mujeres víctimas de malos tratos sobre la asimetría de poder en la pareja y su relación con la violencia: estudio preliminar. *Anales de psicología*. 2012; 28 (2): 405-416
6. Segura C. De relatos, mitos y otras verdades. *Investigaciones Feministas*. 2014; (4): 359-380
7. Obra Social “La Caixa”: Estudios Sociales [Internet]. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación La Caixa [consultado 20 feb. 2014]

Capítulo 112

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO. REVISIÓN SISTEMÁTICA

JESÚS BAHAMONDE GONZÁLEZ

1 Introducción

La leche materna es una sustancia con una gran cantidad de nutrientes, tales como glúcidos, lípidos, proteínas, factores inmunológicos, etc. Es producida por la glándula mamaria en mujeres embarazadas, aunque no se llega a secretar hasta el parto, debido a los altos niveles de progesterona existentes en el organismo materno. Su adecuado funcionamiento depende de muchos factores, entre los que destaca la estimulación de la propia glándula a través de las continuas tomas y el mecanismo de succión del recién nacido.

Dentro de su composición destacan los glúcidos como el componente más abundante, y en concreto el disacárido lactosa. Como se menciona anteriormente también contiene proteínas, las cuales a pesar de no ser tan abundantes como en la leche de otros seres vivos desempeñan un importante papel inmunológico, como se detallará más adelante. Por último, encontramos las grasas, las cuales representan la mayor parte de la energía que recibe el lactante. Al igual que el resto de los componentes, la alimentación y el estado de salud materno influye de manera directa en la calidad de estos.

Según los últimos informes de salud, en España las tasas de lactancia materna se encuentran muy por debajo de los valores deseados, aumentando en mujeres

con embarazos complicados. Ante la reducción de la lactancia materna en recién nacidos a lo largo de los últimos años, la presente revisión sistemática tiene como objetivo actualizar la información existente acerca de los beneficios de esta, para así poner de manifiesto las ventajas que tiene sobre la lactancia artificial y fomentar su uso.

2 Objetivos

- Determinar los principales beneficios de la lactancia materna tanto para el recién nacido como para la madre

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de interés en distintas bases de datos como Pubmed, Elsevier, y Scielo. Para ello se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Lactancia materna (Breast Feeding), Efectos en la Salud (Impacts on Health), Recién nacido (Infant) y Nutrición del lactante (Infant Nutrition), Las fórmulas de búsqueda fueron “Breast Feeding AND Impacts on Health”, “Infant Nutrition AND Impacts on Health” y “Breast Feeding AND “Infant” AND “Impacts on Health”.

Se incluyeron aquellos artículos que contaran con algunas de las palabras claves en su título, teniendo en cuenta solo aquellos que fueran publicados a partir del año 2000. Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos se encontraron un total de 22 resultados, siendo útiles tras aplicar los criterios de inclusión un total de 10 artículos.

4 Resultados

Los resultados hallados en los artículos seleccionados muestran un evidente efecto beneficioso del establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna tanto para el recién nacido como para la madre.

Comenzando con los beneficios maternos, encontramos los siguientes: reducción de las hemorragias y anemias postparto, mejores parámetros cardiovasculares (como tensión arterial, menor aumento del tejido adiposo tras el parto, menor incidencia de diabetes en el futuro, etc.), reducción de la incidencia del síndrome

metabólico, efecto protector contra el desarrollo del cáncer de mama, mejor recuperación del tono muscular, etc. Se puede observar como la lactancia materna influye muy positivamente en la salud global de la madre, aumentando estos beneficios cuanto mayor sea su duración.

Respecto a los beneficios en el lactante, podemos encontrar: reducción del sobrepeso y obesidad no solo en edades tempranas, sino también en épocas adultas, reducción del número de infecciones (ya que mediante la lactancia se transfieren los factores protectores de la madre, tales como inmunoglobulinas, citoquinas, etc.), mejor desarrollo neurológico, reducción de patologías intestinales, reducción de episodios asmáticos o afecciones respiratorias, reducción de episodios de alergia y reducción de alteraciones de la conducta.

No debemos olvidar que las recomendaciones indican una lactancia materna exclusiva los primeros seis meses, siendo necesario introducir a partir de esta etapa la alimentación complementaria. Existe suficiente evidencia que indica que el mantenimiento de la lactancia materna de manera complementaria hasta los dos años repercute de manera positiva en madre e hijo.

Cabe destacar el importante papel que desempeña la lactancia materna en el apego y vínculo entre madre e hijo. Por último, las formulas lácteas artificiales parecen relacionarse con una peor microbiota, oxigenación, termorregulación y salud bucal en los lactantes.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna es una práctica recomendada por las instituciones nacionales e internacionales, las cuáles proponen una lactancia exclusiva hasta los seis meses, y una lactancia complementaria hasta los dos años. Tras la revisión de los artículos seleccionados se puede afirmar que la lactancia materna proporciona una gran cantidad de efectos positivos tanto en la madre como en el recién nacido, pues no solo promueve un crecimiento adecuado del lactante, sino que también favorece una mejor recuperación del estado físico de la mujer que amamanta.

Uno de los principales motivos por los que la lactancia materna resulta tan beneficiosa para el recién nacido parece deberse a la transmisión de los factores inmunológicos de la madre, lo que reduce considerablemente la mortalidad y morbilidad en la infancia.

Finalmente, la lactancia materna durante un periodo superior a seis meses debe ser una práctica recomendada de manera exhaustiva en los diferentes centros sanitarios, pues su reducción en los últimos años compromete la salud de la madre y el lactante.

6 Bibliografía

- Boué G, Cummins E, Guillou S, Antignac J-P, Le Bizec B, Membré J-M. Public health risks and benefits associated with breast milk and infant formula consumption. *Crit Rev Food Sci Nutr* [Internet]. 2018 Jan 2 [cited 2019 Dec 30];58(1):126–45.
- Brown A. Breastfeeding as a public health responsibility: a review of the evidence. *J Hum Nutr Diet* [Internet]. 2017 Dec [cited 2019 Dec 30];30(6):759–70.
- Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Dec 30];13(1):e12366.
- Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Dec 30];12(3):402–17.
- He X, Zhu M, Hu C, Tao X, Li Y, Wang Q, et al. Breast-feeding and postpartum weight retention: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr* [Internet]. 2015 Dec 21 [cited 2019 Dec 30];18(18):3308–16.
- Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil pediatría* [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Dec 30];88(1):07-14.
- Schafer EJ, Campo S, Colaizy TT, Mulder PJ, Breheny P, Ashida S. First-time mothers' breast-feeding maintenance: role of experiences and changes in maternal perceptions. *Public Health Nutr* [Internet]. 2017 Dec 7 [cited 2019 Dec 30];20(17):3099–108.
- Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, Schwarz EB, Reinhold AG, Stuebe AM. Disparities in Breastfeeding: Impact on Maternal and Child Health Outcomes and Costs. *J Pediatr* [Internet]. 2017 Feb [cited 2019 Dec 30];181:49–55.e6.
- Aguilar Cordero MJ, Baena García L, Sánchez López AM, Guisado Barrilao R, Hermoso Rodríguez R, Mur Villar N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Nutr Hosp* [Internet]. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE); 2016 Jan 1 [cited 2019 Dec 30];33(2):482–93.
- Coutinho SB, Lira PI, Lima MC, Frias PG, Eickmann SH, Ashworth A. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: impact

of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutr* [Internet]. 2014 Apr 11 [cited 2019 Dec 30];17(4):948–55.

Capítulo 113

CARACTERÍSTICAS DEL CLIMATERIO: ÁREAS DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ

ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

MARTA RAMOS GARCÍA

CARLA PÉREZ MORÁN

1 Introducción

El climaterio es una transición en la vida de las mujeres, entre la etapa reproductiva y la no reproductiva, causada por la disminución de los niveles de estrógenos que propicia la disfunción folicular ovárica, generalmente tiene lugar entre los 45 y 55 años. Debe ser visto desde un punto de vista holístico, pues involucra procesos fisiológicos, endocrinos, psicosexuales, laborales, sociales y familiares. Al estrés que generan aspectos como una nueva imagen corporal, la sexualidad, la infertilidad o el envejecimiento hay que sumarle el impacto emocional que suponen los cambios en los ámbitos físico, biológico, psicológico y social.

La influencia de estos cambios en la vida de la mujer ha sido protagonista de numerosos estudios epidemiológicos que recalcan su prevalencia así, por ejemplo, entre el 25-50% de las mujeres climatéricas padecen trastornos psicológicos, con una incidencia del 10% para la depresión.

2 Objetivos

- Conocer las características del climaterio, sus fases y estrategias de enfermería para ayudar a las mujeres en esta etapa.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y fuentes primarias. Para ello han sido usadas una serie de palabras clave extraídas de los Tesauros MESH (medical subject heading) y DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) entre ellos:

- DECS: Menopausia, Climaterio, Sistema de apoyo psicosocial y Cuidados de enfermería.
- MESH: Menopause, Premenopause, Climateric, Psychosocial Support Systems y Nursing Care.

Estas palabras combinadas con los booleanos AND y OR se han introducido en diversas bases de datos como son Cuiden, Pubmed, Medline, Dialnet y Google Académico y posteriormente se aplicaron los siguientes filtros para acotar la búsqueda aún más:

- Antigüedad de las publicaciones no más de 10 años.
- Estudios que hayan sido realizados en humanos.
- Disponibilidad de texto completo gratuito.
- Idiomas: español e inglés.

Como criterios de inclusión:

- Información que se centre en las etapas del climaterio.
- Que incluyan la intervención enfermera en el climaterio.
- Que describa las necesidades y cambios de la mujer en esta etapa.
- Que incluya aspectos la sexualidad de la mujer climatérica.

4 Resultados

A lo largo de los siglos la visión de la mujer menopáusica ha sido vista de diferentes maneras por la sociedad. En el siglo XIV, se mostró a la mujer menopáusica como la imagen de lo marchito. En el siglo XVI, pasó a ser identificada con el papel de la “bruja”, se le atribuyó propiedades maléficas a la vez que era respetada y consultada por el saber acumulado a lo largo de los años. Durante la revolución francesa se describía la menopausia como la muerte social de la mujer.

Incluso en el siglo XX, Sigmund Freud describía la personalidad de las mujeres menopáusicas como “pendencieras y obstinadas, mezquinas, sádicas y anales neuróticas”

- Definición y fases.

El climaterio es un periodo fisiológico de la vida de las mujeres que está condicionado por cambios hormonales ocurridos entre la vida reproductiva y la no reproductiva. Comienza aproximadamente entre 2-8 años antes de la menopausia y se extiende hasta 2-6 años después de la última menstruación.

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la menopausia natural se define como el cese permanente de la menstruación, tras un periodo de doce meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas y como resultado de la pérdida de actividad folicular ovárica. Es la desaparición de la ovulación y por tanto de la menstruación y de la capacidad de reproducción de la mujer, que normalmente tiene lugar entre los 45 y los 55 años.

La perimenopausia comienza cuando se dan los primeros cambios hormonales y clínicos y dura hasta un año después de la última regla, es decir, hasta el final de la menopausia. Y la postmenopausia temprana comprende los 5-8 primeros años después de la menopausia. Cuando la sintomatología menopáusica comienza antes de los 40 años se denomina menopausia precoz o prematura.

Cambios en la mujer climatérica.

Fisiológicos.

- Síntomas vasomotores: se deben al desajuste en el funcionamiento de las estructuras del sistema nervioso encargadas de regular el control de la temperatura y los vasos sanguíneos, aumentando la percepción del calor dentro del cuerpo, que se manifiesta por una elevación en la temperatura cutánea, vasodilatación periférica y alteración transitoria de la frecuencia cardiaca. Ejemplos: sofocos, sudoración, palpitaciones...

- Cambios en el sistema genitourinario como la atrofia de los genitales, que afecta a la vagina, los labios mayores y menores, clítoris, uretra y se produce también una sequedad vaginal.

- Dolores articulares y musculares y alteraciones cardiovasculares: Debidas a la falta de estrógeno, junto con el proceso de envejecimiento.

- Osteoporosis: Se trata de la pérdida paulatina de calcio en los huesos, que se acelera en el climaterio debido al déficit del estrógeno

Psicológicos

Entre el 25 y el 50% de las mujeres climatéricas tienen trastornos psicológicos, que afectan especialmente al periodo perimenopáusico. Dichas alteraciones, dis-

minuyen la satisfacción personal de las mujeres e influyen en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, sexuales y laborales. Hablamos por ejemplo de irritabilidad, insomnio y cambios de autoestima.

Sociales y cambios de Rol.

En cuanto a la percepción cultural y social, el climaterio constituye, junto con la adolescencia, los dos hitos más significativos del desarrollo de la mujer, dado que marcan el inicio y el fin de la función reproductiva. Sin embargo, la connotación social es diferente, ya que en el marco de la cultura occidental el climaterio lleva implícita la idea de envejecimiento y pérdida de la funcionalidad, en contraposición a la adolescencia que marca el inicio de la etapa reproductiva. La mujer trabajadora tiende a estar expuesta a sobrecargas laborales estresantes que se convierten en elementos debilitadores de la salud, lo cual incrementa los síntomas climatéricos. Se ha constatado que los factores relacionados con preocupaciones económicas, laborales o psicoconductuales, pueden potenciar los síntomas psicológicos referidos en el periodo climatérico.

Necesidades.

Nutricionales.

La mujer se ve expuesta a un mayor riesgo cardiovascular y osteomuscular debido a los cambios hormonales, principalmente por falta de estrógenos; en este sentido, problemas como la osteoporosis, exceso de peso, alteraciones lipídicas... son de frecuente aparición en estas fases, de manera que se hace necesaria una intervención nutricional basada en las necesidades energéticas de cada mujer, así como su peso teórico.

Calcio, lípidos, proteínas, hidratos de carbono y sal los protagonistas.

Actividad física y buen estilo de vida.

Se hace especialmente necesario en esta etapa ya que ayuda a mantener un peso adecuado, a conservar la masa ósea y fortalecer la musculatura. Además, si se realiza al aire libre se favorece la absorción de vitamina D. En este ámbito es necesario informar a las mujeres menopáusicas que sean fumadoras y/o consumidoras de alcohol sobre los beneficios del abandono de estas sustancias, pues además de ser de por sí un factor de riesgo de accidentes cardiovasculares, se ha demostrado que favorecen la pérdida ósea y ya no se cuenta con la protección que otorgaban los estrógenos.

Sexuales.

La disminución de estrógenos produce una serie de modificaciones en la respuesta sexual como, por ejemplo: disminución en la lubricación vaginal, reduc-

ción de la fase orgásmica, menor expansión de la vagina durante la excitación sexual, disminución de la tensión muscular, menor irrigación sanguínea y disminución de la fortaleza de la musculatura perineal. No obstante, la sexualidad en la mujer menopáusica también se ve afectada por factores culturales, sociales y psicológicos que reducen la expresión sexual de la pareja; de esta manera se ve triplicado el riesgo de aparición de trastornos sexuales.

Una sexualidad satisfactoria es necesaria para una adecuada calidad de vida en las mujeres menopáusicas constatándose que las estrategias de apoyo psicosocial, resolución de problemas y la implantación de objetivos realistas y adecuados a cada momento benefician a la esfera sexual de la mujer. Por tanto, es imprescindible promover una vida sexual saludable, placentera, sin culpas ni miedos, proporcionando información que facilite a la mujer a conocer su cuerpo, a comunicarse con su pareja, sin olvidarse en ningún momento de las pautas básicas para una práctica sexual segura.

Cuidados de enfermería.

Promoción de la salud: recomendaciones de estilos de vida saludables, para así prevenir la aparición de complicaciones, hablamos de una alimentación equilibrada, variada y completa; también el ejercicio físico periódico y la ausencia de hábitos tóxicos. Desde atención primaria es muy importante la detección de forma precoz tanto de hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas) como del sedentarismo además de favorecer a lo largo de la vida de la mujer las reservas de calcio y vitamina D, que tendrán una gran importancia sobre la aparición de osteoporosis durante el climaterio.

Intervenciones más específicas para:

- Obesidad.
- Osteoporosis.
- Cáncer de mama: seguimiento, autoexploración, signos de alarma, cribados...
- Alteraciones genitourinarias: ejercicios de Kegel etc.
- Problemas sexuales.
- Problemas psicosociales: psicoanálisis, terapias conductuales, terapias cognitivas y de apoyo.

5 Discusión-Conclusión

El transcurso del climaterio y la llegada de la menopausia ocasiona una serie de síntomas que pueden afectar a la calidad de vida de la mujer. Estas modificaciones y alteraciones pueden verse incentivadas por la sociedad actual, en la que

la imagen corporal, la juventud y la capacidad reproductiva son muy valoradas. El aumento de la esperanza de vida junto a los avances terapéuticos ha determinado que cada vez sea mayor el número de mujeres que alcanza el climaterio, por lo que se hace necesario contar con una información actualizada, con recomendaciones basadas en la evidencia científica, que permitan atender las necesidades de la población femenina con calidad. Las intervenciones no farmacológicas son las herramientas más eficaces para ayudar a las mujeres a convivir con los cambios que les ocasiona el climaterio en su vida, y a afrontarlos con la mayor normalidad posible. La mayoría de los estudios sobre el climaterio van destinados al análisis de estrategias no farmacológicas para el alivio de los síntomas derivados de esta etapa, como la nutrición, la actividad física o la importancia el abandono de hábitos tóxicos. El papel de la enfermera en esta etapa se basa en garantizar un apoyo psicosocial y en ayudar a paliar las posibles alteraciones fisiológicas.

6 Bibliografía

- Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [Sede Web]. La Coruña; Fisterra.com [revisado 27 de marzo de 2019; acceso 20 de noviembre de 2019]. Menopausia y terapia hormonal.
- González M, Guzmán E, Clavero M. Orientaciones técnicas para la atención integral de la mujer en edad del climaterio en el nivel primario de la red de salud (APS) [monografía en Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2014 [acceso 20 de noviembre de 2019].
- Shamns N, Beigi M, Kazemi A, Shinrikam F. Women Coping Strategies towards Menopause and its Relationship with Sexual Dysfunction. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research [revista en Internet]. 2017 [acceso 20 de noviembre de 2019]; 22 (5): [343-347].
- Inayak K, Danish N, Hassan L. Symptoms Od Menopause In Peri And Postmenopausal Women And Attitude Toward Them. J Ayub Med Coll Abbottabad [revista en Internet]. 2017 [acceso 22 de noviembre de 2019]; 29(3): [477-480].
- Morales MA, Aranda P, López M, Llopis J, Ruiz T, Fernández M. Efectividad de un programa de educación e intervención nutricional y de actividad física sobre la salud integral de mujeres posmenopáusicas. Nutr Hosp [revista en Internet]. 2016 [acceso 22 de noviembre de 2019]; 33(2): [359-367].
- Carrillo MM, Shahrour B, Ortega E. Afectación de la menopausia sobre la sexualidad en la mujer. Revista Enfermería Docente [revista en Internet]. 2016 [acceso 22 de noviembre de 2019]; 1(106): 281.
- Maure J. Síntomas vasomotores en la mujer climatérica. Revista Cubana De Ob-

stetricia y Ginecología [revista en Internet]. 2011 [acceso 22 de noviembre de 2019]; 37(4).

- Couto D, Nápoles D. Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. [monografía en Internet]. 2014 [acceso 22 de noviembre de 2019].

- Martínez V, Paz P. Estudio de la sexualidad en la mujer en el período climatérico. Revista Cubana De Obstetricia y Ginecología [revista en Internet]. 2005 [acceso 22 de noviembre de 2017]; 31(3).

Capítulo 114

LA BRONQUIOLITIS EN NIÑOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

MANUEL LOBO GONZÁLEZ

1 Introducción

La bronquiolitis es la inflamación de las vías aéreas pequeñas, que se produce fundamentalmente en niños menores de 2 años. Suele ser una infección estacional característica de las temporadas frías. Con una leve tendencia hacia el género masculino, es la principal causa y más frecuente de consulta hospitalaria en los meses de invierno.

2 Objetivos

Analizar y sintetizar el contenido de la evidencia científica publicada referente a la bronquiolitis en niños.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura científica publicada desde el año 2014 hasta la actualidad, en la principal base de datos especializada en Ciencias de la Salud: Pubmed.

El descriptor utilizado fue: Bronchiolitis children.

Criterios de inclusión de los artículos:

- Categoría “revisión bibliográfica”.

- Inglés y español.
- Publicados en los últimos 5 años.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no dispongan del texto completo en castellano o inglés.
- Estudios publicados con anterioridad al año 2014.
- Aquellos que no guardaran relación con el tema descrito.

El proceso de selección de artículos se dividió en dos fases. En la primera se analizaron los datos de la búsqueda a partir de la información proporcionada por título, resumen y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. En la segunda fase se realiza la extracción de datos realizando la lectura a texto completo para así seleccionar aquellos de interés para la revisión.

4 Resultados

Los resultados obtenidos de la búsqueda citada anteriormente son los siguientes: en la base de datos PubMed se obtuvieron 4680 resultados. Al realizar la búsqueda aplicando filtros según criterios de inclusión en el título, el resumen y el asunto, empleando también el filtro de los textos completos se obtuvieron 148. Se procedió a la lectura del título y el resumen de cada uno de ellos, descartando los que por su temática no nos resultaban útiles, y por último se efectuó una lectura completa de los 10 artículos restantes, eliminando aquellos que no cumplían criterios.

La bronquiolitis es causada generalmente por el virus sicial respiratorio (VSR) en el 60-80% de los casos. En el resto: influenza, parainfluenza, coronavirus, virus de la parotiditis, rinovirus, etc. La bacteria *Mycoplasma pneumoniae* puede ser causante del 5% de los casos de bronquiolitis. Los adenovirus suelen ser los causantes de los cuadros más graves y floridos de bronquiolitis. Ocasionalmente se ven casos de bronquiolitis causados por enterovirus o el virus del sarampión. Últimamente se han encontrado nuevos agentes virales causales de la bronquiolitis como son bocavirus en el 15% y metaneumovirus en el 5%.

5 Discusión-Conclusión

En la mayoría de los niños, la bronquiolitis es una enfermedad autolimitada y puede ser manejada en la casa del paciente. Sin embargo, para niños con factores

de riesgo considerables o severos, incluyendo enfermedades concomitantes o pre-existentes, bajo peso, prematuridad o desnutrición, entre otros, el manejo de la infección debe ser supervisado por un entorno médico.

El tratamiento de la bronquiolitis se ha modificado poco a lo largo de los años, no existen tratamientos cuya efectividad se haya demostrado y, por lo tanto, en muchos casos, la efectividad de la estrategia terapéutica empleada carece de evidencias concluyentes. Hasta la fecha, no hay una vacuna disponible para prevenir la infección por el virus sincitial respiratorio. Sin embargo, la profilaxis en lactantes con palivizumab, un anticuerpo monoclonal para bebés que estén en alto riesgo de desarrollar enfermedad severa a partir del VSR, como los recién nacidos prematuros, ofrece una reducción del riesgo de hospitalización en un 45-55% de los casos.

6 Bibliografía

1. Zisi D, Challa A, Makis A. La asociación entre el estado de la vitamina D y las enfermedades infecciosas del sistema respiratorio en la infancia y la niñez. The association between vitamin D status and infectious diseases of the respiratory system in infancy and childhood. *Hormones (Athens)*. 2019 Nov 25. doi: 10.1007/s42000-019-00155-z.
2. Cutrera R, Wolfler A, Picone S, Rossi GA, Gualberti G, Merolla R, Del Vecchio A, Villani A, Midulla F, Dotta A. Impacto de la recomendación de la Academia Americana de Pediatría de 2014 y de la cobertura financiera limitada resultante de la Agencia Italiana de Medicamentos para la profilaxis con palivizumab en las hospitalizaciones asociadas a VSR en bebés prematuros durante la temporada epidémica 2016-2017: una revisión sistemática de siete informes italianos. Impact of the 2014 American Academy of Pediatrics recommendation and of the resulting limited financial coverage by the Italian Medicines Agency for palivizumab prophylaxis on the RSV-associated hospitalizations in preterm infants during the 2016-2017 epidemic season: a systematic review of seven Italian reports. *Ital J Pediatr*. 2019 Nov 9; 45(1):139. doi: 10.1186/s13052-019-0736-5.
3. Piedimonte G, Harford TJ. Efectos de la transmisión materno-fetal de virus y otros agentes ambientales en el desarrollo pulmonar. Effects of maternal-fetal transmission of viruses and other environmental agents on lung development. *Pediatr Res*. 2019 Nov 7. doi: 10.1038/s41390-019-0657-4.
4. Di Mauro A, Ammirabile A, Quercia M, Panza R, Capozza M, Manzionna MM, Laforgia N. Bronquiolitis aguda: ¿Existe un papel para la ecografía pulmonar?

- Acute Bronchiolitis: Is There a Role for Lung Ultrasound? *Diagnostics* (Basel). 2019 Nov 1; 9(4). pii: E172. doi: 10.3390/diagnostics9040172.
5. Sorce LR, Curley MAQ, Kleinpell R, Swanson B, Meier PP. La alimentación con leche propia de la madre y la gravedad de las enfermedades respiratorias en niños con enfermedades agudas: una revisión integradora. Mother's own milk feeding and severity of respiratory illness in acutely ill children: An integrative review. *J Pediatr Nurs*. 2019 Oct 26; 50:5-13. doi: 10.1016/j.pedn.2019.09.020.
 6. Edwards KD, Tighe MP. Cómo utilizar el péptido natriurético pro-cerebro N-terminal (NT-proBNP) para evaluar la gravedad de la enfermedad en la bronquiolitis. How to use N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) in assessing disease severity in bronchiolitis. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2019 Oct 15. pii: edpract-2019-316896. doi: 10.1136/archdischild-2019-316896.
 7. Behzadi MA, Leyva-Grado VH. Descripción general de la terapéutica actual y los nuevos candidatos contra la influenza, el virus sincitial respiratorio y las infecciones por coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio. Overview of Current Therapeutics and Novel Candidates Against Influenza, Respiratory Syncytial Virus, and Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infections. *Front Microbiol*. 2019 Jun 19;10:1327. doi: 10.3389/fmicb.2019.01327.
 8. Henry BM, Cheruiyot I, Wong LM, Keet K, Mutua V, Chhapola V, Tubbs RS. El bronquio puente: una revisión exhaustiva de una anomalía congénita de las vías respiratorias congénita rara y potencialmente mortal asociada con defectos cardiovasculares. The bridging bronchus: A comprehensive review of a rare, potentially life-threatening congenital airway anomaly associated with cardiovascular defects. *Pediatr Pulmonol*. 2019 Dec; 54(12):1895-1904. doi: 10.1002/ppul.24488.
 9. Shova SS, Mutanabbi M. Nivel sérico de Na⁺ en niños que sufren de bronquiolitis aguda: una revisión. Serum Na⁺ Level in Children Suffering from Acute Bronchiolitis: A Review. *Mymensingh Med J*. 2019 Jul;28(3):716-718.
 10. Barr R, Green CA, Sande CJ, Drysdale SB. Virus sincitial respiratorio: diagnóstico, prevención y manejo. Respiratory syncytial virus: diagnosis, prevention and management. *Ther Adv Infect Dis*. 2019 Jul 29;6: 2049936119865798. doi: 10.1177/2049936119865798.

Capítulo 115

HEPATITIS VIRALES: PREVENCIÓN Y POSIBLE ERRADICACIÓN

NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL

MÓNICA GONZÁLEZ BRAÑA

RAFAEL SANCHEZ IBAÑEZ

NATALIA GARCÍA CARBAJAL

ABILIO ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

Las Hepatitis víricas (A, B, C, D y E) son un gran problema de Salud Pública, que afecta a millones de personas en todo el mundo causando discapacidad y muerte. Son una epidemia silenciosa que afecta al sistema sanitario de cada país por el alto coste que supone su prevención, diagnóstico y el tratamiento en la fase crónica de la enfermedad.

La hepatitis es una patología infecciosa que causa la inflamación del hígado debido a: sustancias tóxicas, fármacos, problemas autoinmunes, trastornos hereditarios, hígado graso, bacterias y virus.

Los virus pueden causar lesión hepatocelular y desencadenar en los distintos tipos de hepatitis víricas: A, B, C, D, E y G. También incluye las hepatitis agudas por infección por otros virus (Citomegalovirus, Epstein Barr y Herpes), que

pueden causar esta enfermedad como una complicación de la infección primaria aguda y se suelen resolver sin problema.

Síntomas como ictericia, picazón, pérdida de peso, falta de apetito, anorexia, orina colúrica, febrícula, fatiga, dolor o distensión abdominal, deposiciones arcillosas o pálidas, son señales de alarma indicativas de esta enfermedad.

La afección puede remitir de forma espontánea o desencadenar en complicaciones hepáticas como; cirrosis hepática, cáncer de hígado e insuficiencia hepática. El diagnóstico se realiza mediante un examen físico y bioquímico, ecografía abdominal, pruebas de función hepática, marcadores inmunitarios y biopsia.

La prevención primaria se basa en las siguientes medidas:

- Cuidados higiénicos personales y sanitarios: hepatitis A y E: causadas por la ingestión de agua o alimentos contaminados. Hepatitis B, D y C: asociadas a prácticas de riesgo por contacto con sangre, productos contaminados con sangre o procedimientos médicos invasores contaminados.
- Vacunación: solo existen vacunas frente al virus A y B. La vacuna del virus B protege también frente al virus D (virus que necesita la presencia del virus B para su existencia). En el caso de la hepatitis B, se recomienda vacunar a todos los bebés al nacimiento, una segunda dosis a los 30 días- 2 meses y una tercera dosis entre los 6 y 18 meses de edad. Hoy en día no existe vacuna para la hepatitis C.

La vacunación a viajeros a países internacionales (1): la OMS clasifica las vacunas del viajero en tres grupos:

- Vacunas para uso rutinario en programas nacionales de inmunización: Haemophilus influenzae tipo b, hepatitisB, polio, sarampión, paperas, rubéola, tétanos, difteria, tos ferina y varicela.
- Vacunas requeridas por ley en ciertos países antes de ingresar a ellas: fiebre amarilla, enfermedad meningocócica y poliomielitis.
- Vacunas recomendadas según las circunstancias: cólera, encefalitis japonesa, encefalitis transmitida por garrapatas, enfermedad meningocócica, fiebre tifoidea, gripe, hepatitis A, hepatitis B, rabia y BCG.

La prevención secundaria se basa en su diagnóstico e instauración del tratamiento. El tratamiento radica en antivíricos para luchar contra el VHB y VHC. Sin embargo, el VHA y VHE se apoya en un tratamiento sintomático.

Son grupos de riesgo: individuos que viven en la pobreza y en países con recursos

limitados, personal sanitario, usuarios de drogas intravenosas, personas con una sexualidad promiscua y sin protección, convivientes con portadores del virus, viajeros a países endémicos e hijos de madres portadoras de virus (VHB y VHC).

Su prevalencia e incidencia viene determinada por la distribución geográfica y situación socioeconómica de la zona. Independientemente de la región en que se habite y de sus recursos, cualquier persona es susceptible de padecer la enfermedad.

2 Objetivos

- Describir aspectos relacionados con la vigilancia, prevención, control y erradicación de las hepatitis virales.
- Definir los aspectos esenciales de las hepatitis víricas.
- Enumerar la importancia de los mecanismos de transmisión, diagnóstico, tratamiento.
- Describir medidas preventivas generales y específicas de las hepatitis.
- Promover y reforzar el papel fundamental de la Comunidad Internacional junto a sus líderes políticos para la financiación en campañas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

3 Metodología

Diseño

Para el desarrollo de esta investigación se parte de un estudio descriptivo narrativo, basado en localizar, analizar y seleccionar la información científica que más se adaptaba a los objetivos planteados.

Estrategia de búsqueda

Se ha accedido a las fuentes de información a través del buscador Google Académico combinando descriptores, con operadores lógicos y de truncamiento además de tesauros de referencia de Ciencias de la Salud DeCS y Mesh para acceder principalmente a Pubmed, Cochane, Scielo y Medilne Plus. Los descriptores utilizados han sido los siguientes: Hepatitis virales; Virus; Enfermedades infecciosas; Tratamiento antiviral; Diagnóstico descentralizado; Cirrosis; Población vulnerable.

La búsqueda no ha presentado barreras Idiomáticas, accediendo a documentación en inglés y español. Debido a la cantidad de material encontrado, se han tenido

que desechar algunas fuentes de información, incluso siendo válidas para este estudio.

Criterios de inclusión de fuentes documentales: publicaciones científicas que contengan información actualizada sobre la prevención y control de hepatitis víricas (desde 2010 a 2019 o más antigua si aún continúa vigente). Criterios de exclusión de fuentes documentales. se ha desechado toda aquella documentación gris.

Extracción de datos: se localizaron fuentes bibliográficas relacionadas con las hepatitis virales, seleccionando revisiones sistemáticas y bibliográficas, sometién-dolas a una búsqueda inversa, utilizado JANE (Journal/Author Name Estimator).

4 Resultados

Las hepatitis virales son enfermedades que afectan a toda la población mundial. Son un problema sanitario de países desarrollados y países en vías de desarrollo, siendo estos últimos más susceptibles (2).

Según la OMS (3), existen tres puntos clave para la prevención de las hepatitis, y los países que las siguen tienen menor incidencia de hepatitis virales:

- Adecuada potabilización del agua
- Inocuidad de alimentos
- Campañas de vacunación.

Los virus causantes de las hepatitis se encuentran en franca disminución en nuestro medio, motivado por el seguimiento de las indicaciones citadas de la OMS, programas de prevención e instauración de nuevos tratamientos. No ocurre lo mismo en los países del tercer mundo.

Las estrategias de prevención y control han de ser específicas de cada país. No todos los países tienen la misma afectación de infección por el virus, ni en todos los países predomina el mismo tipo de hepatitis (3):

- África: realmente no se conoce la carga viral de las hepatitis A, B, C y E, pero se cree que es una de las más altas del mundo
- Mediterráneo Oriental: o Aproximadamente 17 millones de personas tienen una infección crónica del VHC o Elevado riesgo de infección por VHB o Alta prevalencia de VHE
- América: o VHA elevado en América Latina y el Caribe. o Se calcula que unos 7 millones de adultos están infectados de VHC. o Alta incidencia de VHD en la región amazónica. o Brotes de VHE en países de América Latina

- Europa: o unos 14 millones de personas tiene el VHB y 9 millones infección crónica de VHC. o VHA y VHE mantiene cifras muy bajas.
- Pacífico Occidental: o casi la mitad de la población padece VHB, excepto Australia, Nueva Zelanda y Japón. o En China el VHA es alto
- Asia Sudoriental: o en los próximos 5 años se cree que unos 5 millones de personas morirán de VHB y VHC, donde el 75% desconocen que padecen la enfermedad. o El VHA y VHE son un problema sanitario grave. Se estima que unos 12 millones de personas se infectan cada año.

En las últimas décadas, la morbilidad de las hepatitis causadas por virus ha aumentado, un problema que necesita ser abordado y que la comunidad internacional no le había prestado la suficiente atención hasta hace aproximadamente 15 años. Desde el año 2011, la OMS estableció el 28 de Julio como el Día Mundial contra la Hepatitis. Con el lema “la hepatitis afecta a todos en todas partes. Conócela. Afróntala” 3. Es un paso más para concienciar a la civilización de que la enfermedad existe, de que convive entre todos nosotros.

En los últimos 5 años se han celebrado 2 cumbres internacionales: Cumbre Mundial de la Hepatitis de São Paulo (año 2017) y primera Cumbre Africana de la hepatitis (año 2019), las cuales sirven como marco de acción mundial. En el año 2015 las hepatitis víricas causaron 1,34 millones de muertes a nivel mundial. Cifra muy parecida a los fallecidos por VIH o tuberculosis. Se cree que aproximadamente 325 millones de personas padecen una infección causada por el virus de la hepatitis B (VHB) o hepatitis C (VHC) (4).

En África, la hepatitis vírica se ha convertido en una amenaza de muerte, incluso mayor que por sida, tuberculosis o malaria (5). En la última década, países de todo el mundo están comprometidos con la eliminación de la hepatitis viral. Numerosos países están demostrando un fuerte liderazgo político y un fuerte compromiso con respecto a esta enfermedad (3). En España, la Asociación para el Estudio del Hígado (AEEH), cree firmemente que el VHC se puede eliminar de nuestro país, el cual, está implicado en la aportación de recursos y herramientas necesarias para erradicar esta enfermedad (6). Desde el año 2014, se puede asegurar que por primera vez en la historia la hepatitis C se cura. En la última Cumbre a Nivel Mundial sobre las hepatitis, se marcó como objetivo, que un 80% de los afectados puedan tomar la medicación adecuada en el año 2030 (4).

La enfermedad, muchas veces pasa desapercibida durante el proceso agudo, el paciente no sabe que tiene hepatitis y es un transmisor activo de la enfermedad, por lo que puede contagiar involuntariamente el virus a personas sanas. Todos

los países necesitan la aceptación de las pruebas y el diagnóstico de hepatitis, principalmente B y C, ya que son las más lesivas. Además, una enfermedad hepática sin diagnosticar, ni tratar, tiene un alto riesgo de cronificación y muerte.

Existen estrategias universales para reducir el contagio y transmisión de las hepatitis: seguridad en las transfusiones sanguíneas, control de infecciones en establecimientos sanitarios, inyecciones seguras, prácticas sexuales sin riesgo, alimentos y agua salubres, medidas de seguridad en el trabajo, reducción de daños en consumidores de drogas inyectables, vacunas seguras y eficaces. En especial, el continente africano, algunos países de Asia y América del Sur no cumplen con los requisitos mínimos.

Hoy en día, el 91% de los Estados Miembros de la OMS³, ha incorporado la vacuna de la hepatitis B en el calendario infantil y más del 70 % de los lactantes ha recibido las tres dosis de vacuna, que le da inmunidad de por vida contra el VHB. Aún quedan países donde no hay un control del embarazo. Si no se tiene conocimiento de que la madre padece hepatitis B, se la transmitirá al feto.

El diagnóstico temprano ofrece la posibilidad de intervenir y detener la enfermedad. Un diagnóstico rápido, también permite tomar las medidas preventivas oportunas y evitar la transmisión del virus y propagación (7). Gracias a la investigación se ha avanzado enormemente en el tratamiento y cura de la hepatitis. Los antivíricos sobre el VHB y VHC detienen el proceso de replicación del virus, incluso hoy en día, la hepatitis C es curable. El mayor problema radica en el acceso al tratamiento, que en muchos lugares es limitado y que puede ser ineficaz cuando la enfermedad está en un estado crónico avanzado.

La investigación también ha avanzado en la creación de vacunas seguras y eficaces, aún así queda un enorme reto por conseguir: la vacuna de la hepatitis C. “La vacunación del viajero es una de las estrategias clave para la prevención de enfermedades infecciosas durante los viajes internacionales. El riesgo de contraer una enfermedad infecciosa está determinado en cada caso por las características del viajero y el viaje, por lo que el asesoramiento médico previo al viaje debe ser individualizado” (1).

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, a nivel mundial existe implicación para la eliminación de la hepatitis viral. Se está progresando en el tratamiento y prevención, pero aún queda

un largo camino para conseguir su posible curación. El acceso al tratamiento y su financiación, un fácil diagnóstico, reducción de daños causados por la enfermedad y llegar a los más desfavorecidos, son grandes problemas para su control y erradicación.

Lo más importante para evitar las hepatitis, se basa en su prevención (primaria y secundaria). Se necesita mejorar las políticas y programas de salud preventivos para aumentar la conciencia de la población sobre el contagio de esta enfermedad.

No existe una financiación mundial para la hepatitis. Cada país debe implementar su programa nacional, financiar sus propios recursos, aportar servicios de prevención accesibles a todos los grupos de población, especialmente a grupos de riesgo. Es necesario una mayor colaboración económica por parte de aquellos que disponen de más recursos. Los países más pobres tienen mayor riesgo para desencadenar estas enfermedades. Su acceso a los servicios, pruebas y tratamientos está muy lejos de los objetivos establecidos por la OMS.

Es preciso una mayor colaboración de líderes mundiales que aumenten la implantación y acceso a programas específicos de la hepatitis. Según la OMS, existe una fuerte correlación entre la disminución de las hepatitis y la sociedad involucrada con un plan preventivo instaurado. Los países necesitarán menos financiación para eliminar las hepatitis que obviarlas. Se necesita urgentemente el saneamiento ambiental, con sistemas de abastecimiento de agua potable. Reto de gran magnitud, ya que hay poblaciones enteras donde el agua no se encuentra en condiciones óptimas, siendo un vector para transmisión de la hepatitis A y E.

Hoy en día, sigue siendo un gran desafío diagnosticar las hepatitis. Se necesita un diagnóstico rápido, para comenzar el tratamiento lo antes posible. Una vez diagnosticada la enfermedad, los esfuerzos han de ir encaminados a la implantación de un tratamiento adecuado lo antes posible. La financiación del tratamiento y su acceso no ha de ser impedimento para que llegue a la población, pero hoy en día, son muchos los países que no tienen tratamiento disponible por su alto coste.

En lo que se refiere al personal sanitario o en prácticas en instituciones con enfermos activos, debería de ser obligatorio la vacunación y controles sanguíneos cada cierto tiempo para saber el % de anticuerpos que les protegen de la enfermedad. Con respecto a las personas que viajan a países con alta incidencia de hepatitis, se recomienda la vacunación pertinente actualizada y seguir minuciosamente las medidas preventivas generales en cuanto a higiene y consumo de alimentos. Son requisitos básicos para evitar la expansión de la enfermedad de países endémicos

a países no endémicos.

Los movimientos migratorios, campos de refugiados, grupos marginales con escaso o nulo control de la hepatitis también suponen un problema sanitario global. Sin un registro adecuado de personas infectadas, no se puede tratar la enfermedad. Las campañas de prevención sobre enfermedades de transmisión sexual e intercambio de material intravenoso en usuarios de drogas por vía parenteral, han de dirigirse a la población en general, pero especialmente a aquellos grupos de riesgo y con menos medios económicos.

Se puede frenar la expansión de las hepatitis virales. Se pueden curar las hepatitis. Para ello, es necesario el acceso a las vacunas, el saneamiento ambiental, la potabilización del agua, instauración de tratamientos. Si se pretende acabar con las hepatitis virales a nivel mundial, será necesario la colaboración de los servicios sanitarios de cada país en colaboración e implicación de la población civil. Si se evita la aparición y transmisión de la enfermedad, se evitará su propagación, su cronicidad y su mortalidad. Por ello, gran parte de los esfuerzos han de basarse en una adecuada Educación Sanitaria, una prevención primaria y secundaria eficaz que llegue a todos los individuos del mundo, independientemente del país al que pertenezcan y a su condición socioeconómica. Será necesario la implantación mundial de una sanidad equitativa, basada en la prevención, diagnóstico y tratamiento independientemente de la pobreza del país.

La hepatitis está en el entorno, no solo afecta a las personas infectadas, si no a las personas cercanas a ellas. Es misión de todos erradicar las hepatitis virales. Se necesita un mundo sin hepatitis.

6 Bibliografía

- (1) Arrazola MP , Serrano A, López-Vélez R .Enfermedades Infecciosas Microbiológicas Clin. Mayo; 34 (5): 315-23.
- (2) Candel FJ , López González L , García-García AB , Chiarella F , Picazo JJ . Actualización de enfermedades infecciosas. Rev Esp Quimioter. Supl 1: 1-4
- (3) OMS. Organización Mundial de la Salud.
- (4) Cumbre Mundial de las Hepatitis de São Paulo. Año 2017.
- (5) Cumbre Africana de la Hepatitis. Año 2019.
- (6) AEEH: Asociación Española para el Estudio del Hígado
- (7) SEPD: Sociedad Española del Aparato digestivo

Capítulo 116

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ENCAMADO

JESÚS BAHAMONDE GONZÁLEZ

1 Introducción

Se entiende por paciente encamado aquella persona que por diferentes circunstancias se encuentra inmovilizado, lo que implica una alteración en su capacidad de movimiento y desplazamiento. Son individuos dependientes para numerosas actividades de la vida diaria y requieren una serie de cuidados para evitar las complicaciones potenciales que derivan de su situación.

El papel de enfermería en el cuidado de este tipo de pacientes ha ido evolucionando muy favorablemente, pues no solo han mejorado los recursos disponibles, sino que se dispone de mayor evidencia clínica. Debido a la gran cantidad de lesiones potenciales que se pueden dar en estos individuos es preciso una adecuada formación por parte del personal sanitario, para asegurar un buen estado de salud y aumentar en la medida de lo posible la autonomía del paciente. Se considera por lo tanto fundamental adoptar no solo medidas de actuación una vez aparezcan complicaciones, sino también medidas preventivas. La presente revisión tiene por tanto el objetivo de actualizar la información existente acerca de los cuidados del paciente encamado por parte de personal de enfermería.

2 Objetivos

- Determinar las principales complicaciones derivadas de la inmovilización en cama

- Indicar los cuidados a realizar por parte del personal de enfermería para prevenir, abordar y mejorar el estado de salud de paciente encamado.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de interés en distintas bases de datos como Pubmed, Elsevier y Dialnet.

Para ello se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Personas encamadas (Bedridden Persons), Complicaciones (Complications), Cuidados enfermeros (Nursing Cares), Prevención (Prevention).

Las fórmulas de búsqueda fueron “Bedridden Persons AND Complications”, “Bedridden Persons AND Nursing Cares” y “Bedridden Persons AND “Prevention””.

Se incluyeron aquellos artículos que contaran con algunas de las palabras claves en su título, escritos en inglés o en español. Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos se encontraron un total de 22 artículos, siendo útiles tras aplicar los criterios de inclusión un total de 10 artículos.

4 Resultados

Los resultados hallados en los artículos seleccionados indican que la situación de inmovilidad en cama puede ser consecuencia de numerosas patologías. Sin embargo, independientemente de su etiología, muestran todas ellas una serie de complicaciones potenciales que deben ser consideradas a la hora de abordar su cuidado. Podemos destacar las siguientes: alteraciones circulatorias (como trombosis, tromboflebitis, embolismos, etc.), alteraciones respiratorias (infecciones, acúmulo de secreciones, etc.) alteraciones musculoesqueléticas (pérdida y atrofia de tono muscular, pérdida de densidad ósea, etc.), alteraciones de la piel (aparición de úlceras por presión debido a las fuerzas de cizalla, presión, humedad o combinación de todos ellos), alteraciones digestivas, etc. Otros factores que influyen en este deterioro será la patología de base, la edad del paciente, la alimentación, presencia de incontinencias, los cuidados previos a nuestra actuación, etc.

Respecto a los cuidados por parte de enfermería, caben destacar las siguientes actuaciones: realización de cambios posturales y prevención de las úlceras por presión mediante el uso de dispositivos que alivien la presión en las zonas más

comprometidas (tales como almohadas, taloneras, colchón antiescaras, etc.), adecuada higiene (asegurando un aseo corporal tanto de la superficie corporal como de las mucosas) adecuada alimentación e hidratación (así como supervisar y ayudar en la ingesta en caso de que fuera necesario), estimulación del sistema musculoesquelético (mediante movimientos activos y pasivos de los diferentes grupos musculares), vigilar la evolución de la funcionalidad digestiva (para detectar posibles disfgias, malas digestiones, distensión abdominal, intolerancias, etc.), cuidados del sistema respiratorio (estimular expulsión de secreciones, facilitar posturas que favorezcan el drenaje de las mismas, animar a realizar fisioterapia respiratoria, etc.), cuidados del sistema cardiovascular (control de constantes y de perfusión adecuadas).

Por último, cabe destacar que ante el cuidado de un paciente encamado siempre debemos tener en mente el fomento de su autonomía, así como asegurar en cada actuación una adecuada intimidad.

5 Discusión-Conclusión

El paciente encamado es un individuo que se encuentra inmóvil por diferentes razones, y como consecuencia presenta un gran número de complicaciones potenciales. Tras la revisión de los diferentes artículos se pueden llegar a producir alteraciones en prácticamente todos los sistemas del individuo, por lo que el abordaje por parte del personal sanitario debe ser integral, centrándose no solo en las alteraciones ya existentes, sino también actuando desde la prevención.

Destaca el cuidado del sistema musculo esquelético como una tarea fundamental por parte del personal de enfermería para evitar la aparición de úlceras por presión, las cuales influyen muy negativamente en la calidad del paciente encamado y cuya resolución suele ser lenta e insidiosa.

Por último, no se debe olvidar el componente psicológico del paciente encamado, por lo que debemos tener en cuenta sus inquietudes y preocupaciones, elaborando un plan de cuidados que sea adecuado para ambas partes, asegurando en todo momento su intimidad y fomentando su autonomía.

6 Bibliografía

- Wu X, Li Z, Cao J, Jiao J, Wang Y, Liu G, et al. The association between major complications of immobility during hospitalization and quality of life among

- bedridden patients: A 3 month prospective multi-center study. Yahav D, editor. *PLoS One* [Internet]. 2018 Oct 12 [cited 2019 Dec 31];13(10):e0205729.
- Saugo M, Mantoan D, Toffanin R, Benetollo P, Valerio G, Paiusco P, et al. [Risk factors for one year hospitalization and death of 615 home care patients with multidimensional assessment]. *Assist Inferm Ric* [Internet]. [cited 2019 Dec 31];29(3):117–23.
 - Imai K. Bed-Ridden Elderly in Japan: Social Progress and Care for the Elderly. *Int J Aging Hum Dev* [Internet]. 1998 Mar [cited 2019 Dec 31];46(2):157–70.
 - Matsusaka K, Kawakami G, Kamekawa H, Momma H, Nagatomi R, Itoh J, et al. Pneumonia risks in bedridden patients receiving oral care and their screening tool: Malnutrition and urinary tract infection-induced inflammation. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2018 May [cited 2019 Dec 31];18(5):714–22.
 - Li J, Wu X, Li Z, Zhou X, Cao J, Jia Z, et al. Nursing resources and major immobility complications among bedridden patients: A multicenter descriptive study in China. *J Nurs Manag* [Internet]. 2019 Jul 31 [cited 2019 Dec 31];27(5):930–8.
 - Li Z, Zhou X, Cao J, Li Z, Wan X, Li J, et al. Nurses' knowledge and attitudes regarding major immobility complications among bedridden patients: A prospective multicentre study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2018 May [cited 2019 Dec 31];27(9–10):1969–80.
 - Aso Y, Tatara K, Takatorige T, Ida O, Fujita K. The effect of the will of the bedridden elderly to be self-reliant on their life prognoses in Japan. *Environ Health Prev Med* [Internet]. 1999 Apr [cited 2019 Dec 31];4(1):58–64.
 - Zeevi T, Levy A, Brauner N, Gefen A. Effects of ambient conditions on the risk of pressure injuries in bedridden patients-multi-physics modelling of microclimate. *Int Wound J* [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Dec 31];15(3):402–16.
 - Sen D, McNeill J, Mendelson Y, Dunn R, Hickie K. A New Vision for Preventing Pressure Ulcers: Wearable Wireless Devices Could Help Solve a Common-and Serious-Problem. *IEEE Pulse* [Internet]. 2018 Nov [cited 2019 Dec 31];9(6):28–31.
 - Jocelyn Chew H-S, Thiara E, Lopez V, Shorey S. Turning frequency in adult bedridden patients to prevent hospital-acquired pressure ulcer: A scoping review. *Int Wound J* [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Dec 31];15(2):225–36.

Capítulo 117

ACTUACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES.

AIDA GARCÍA DE LA RIVA

ROSAURA GARCÍA LEONARDO

MIRIAM DIAZ PEREZ

ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ

COVADONGA MUÑOZ BLANCO

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se clasifican dentro del grupo de trastornos mentales conductuales. Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno alimentario no especificado), constituyen un importante problema de Salud Pública en los países desarrollados por su prevalencia, necesidad de tratamiento especializado, tendencia a la cronicidad y gravedad (1).

La anorexia nerviosa es definida por la Asociación American de Psiquiatría (APA) como: “la restricción de la ingesta energética persistente, el miedo intenso a ganar peso y la alteración de la forma de percibir el peso y constitución de otros” (2).

Se caracteriza por episodios repetidos de atracones en los que se ingieren grandes cantidades de comida en corto espacio de tiempo acompañados, posteriormente, de acciones compensatorias y recurrentes con el objetivo de evitar un aumento de peso. Estos atracones y métodos compensatorios, según aparece en el DSMV, deben aparecer al menos una vez a la semana durante 3 meses. Las personas que padecen bulimia nerviosa suelen estar dentro de los límites de un índice de masa corporal (IMC) normal o tener sobrepeso (2).

La prevalencia de anorexia nerviosa (AN) en España se sitúa en el 0,1-1,5% (3). Los casos de TCA que se producen en la adolescencia se dan mayoritariamente en la adolescencia media (14-17 años) y tardía (17-21 años), clasificación de adolescencia según la OMS (4).

Deben tenerse en cuenta los factores predisponentes en los TCA como son los del ámbito sociocultural, ámbito familiar y educacionales, factores genéticos y hereditarios, así como factores individuales de la persona. (5)

La población joven tiene mayor vulnerabilidad ante este tipo de trastornos puesto que es una etapa de la vida en la que influyen tanto factores psicológicos y socioculturales (6).

El profesional de enfermería es especialmente importante en la prevención y detección precoz de estos trastornos, para lo cual se debe estar atento a las señales de alarma que orientan el diagnóstico.

Los cambios característicos que se aprecian en las personas que padecen anorexia nerviosa son (7):

- Cambios en la conducta alimentaria ralentizando el ritmo de ingesta, jugueteando y desmenuzando los alimentos y tendencia a dejar siempre comida en el plato.
- Aumento de la ingesta de líquidos.
- Control de la cantidad de calorías, proporción de grasas y azúcares de los alimentos.
- Elección de alimentos light, que suelen calificar como sanos, a pesar de que su alimentación es claramente insuficiente.
- Divagación continua sobre la comida y se aficianan a cocinar para la gente que les rodea. Preparan platos hipercalóricos que ellos no comerán.

- Aumento de su actividad física para aumentar el gasto de energía y bajar de peso.
- Hablan sobre su sobrepeso e insatisfacción corporal, a pesar de su clara pérdida de peso, por la percepción distorsionada que tienen de sí mismos.
- Suelen vestir ropa muy holgada para disimular la extrema delgadez.
- También es habitual que se centren en los estudios de forma obsesiva y muestren unos elevados niveles de exigencia y unos planteamientos claramente perfeccionistas.
- Se observan cambios de carácter, con irritabilidad, ansiedad y aislamiento social.
- Pueden aparecer rituales relacionados con el orden y la limpieza.
- Les cuesta adaptarse a los cambios y necesitan tener todas sus actividades programadas.

Instrumentos de cribado y de utilidad en prevención primaria (8):

- Cuestionario SCOFF.
- The Eating Attitudes Test (EAT).
- The Restraint Scale (RS).
- Cuestionario de influencias del modelo estético corporal (CIMEC).
- Test APGAR.

2 Objetivos

- Definir el Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia nerviosa.
- Detectar de forma precoz anorexia nerviosa en adolescentes, por parte del equipo de enfermería de Atención Primaria, enumerando principales señales de alarma.
- Enumerar instrumentos empleados en la detección de los TCA.

3 Metodología

Este capítulo se llevó a cabo mediante una revisión sistemática de la literatura científica disponible en las bases de datos Web of Science, Scopus y Pubmed.

4 Bibliografía

1. Oliva L, Gandarillas A, Sonogo M, et al. Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid: Vigilancia epidemiológica de los trastornos del comportamiento alimentario y conductas relacionadas. 2012; 18(8):3-23.

2. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 329-354.
3. Ciklic Juric S. Programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes [trabajo fin de grado en Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2013. Recuperado a partir de: <http://zaguan.unizar.es/record/12381/files/TAZ-TFG-2013-858.pdf>
4. Previendo los trastornos mentales: trastornos alimenticios. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2004.p. 45-47.
5. Portela de Santana ML, da Costa Ribeiro Junior H, Mora Giral M, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *NutrHosp* 2012; 27(3):391-401.
6. Ortiz Moncada R. Epidemiología de los trastornos del comportamiento alimentario. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia; 2015.
7. Loran Meler ME, Sánchez Planell L. Comprender la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón. Barcelona: Amat; 2013. 112 p.
8. Perpiñá Tordera C. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Madrid: Síntesis; 2015. 196 p.

Capítulo 118

CUIDADOS PALIATIVOS A DOMICILIO

MARINA EGUIBAR VILLAMANDOS

1 Introducción

Los cuidados paliativos se emplean en aquellos pacientes en los que se ha agotado todo tipo de cuidados curativos. Se realizan para controlar los síntomas y facilitar el apoyo psicológico y social que ayuda a mejorar su calidad de vida sin salir de su entorno, lugar deseado en muchos pacientes.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este tratamiento son:

- Control adecuado del dolor.
- Tratamiento de la dificultad respiratoria.
- Tratamiento de la debilidad por la pérdida de apetito y las náuseas.
- Control de los síntomas psicológicos y neurológicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La familia es la principal dadora de estos cuidados, el personal sanitario enseñará al enfermo y a sus familiares a realizar los cuidados elementales en su domicilio. La atención individualizada es una forma de lograr una atención de calidad. Planificar cuidados, fijar objetivos y valorar los recursos físicos y psicológicos del paciente y la familia. Todo esto guiado por un equipo multidisciplinario y coordinado con servicios especializados y atención primaria.

5 Discusión-Conclusión

El papel de enfermería es muy importante en la atención de estos pacientes, en la administración de tratamiento, en la organización del plan de cuidados y en la educación sanitaria al paciente y sus familiares, además del apoyo psicológico que es un factor primordial.

6 Bibliografía

- <https://lagunacuida.org>
- <https://paliativossinfronteras.org>
- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.cochrane.org>

Capítulo 119

EL COLECHO

PAULA GARCÍA PRIETO

DIEGO CALDERÓN GONZÁLEZ

AURORA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

LUCIA GARCIA PRIETO

1 Introducción

Es la práctica por la cual madre y bebé duermen en la misma cama.

2 Objetivos

Analizar los riesgos o ventajas que puede tener la práctica del colecho.

3 Caso clínico

Durante toda la historia de la raza humana los bebés han compartido cama con sus madres. Es desde hace relativamente poco (unos 150 años) que los niños no duermen con sus padres, debido a que las casas tienen más habitaciones y al miedo a que al dormir junto a sus hijos favorezca el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

Haciendo una búsqueda en la literatura no queda claro si el SMSL está directamente relacionado con el colecho, hay quienes aseguran que disminuye el riesgo,

sobre todo en los casos de lactancia materna exclusiva, y otros que aseguran que lo aumentan. El problema para analizar la mayoría de los estudios es que no distinguen entre asfixia y SMSL.

4 Resultados

Varios estudios epidemiológicos y un metaanálisis descubrieron una asociación significativa ente lactancia materna y reducción en el riesgo de SMSL, sobretudo cuando la alimentación era lactancia materna exclusiva.

El pediatra Nils Bergman (Universidad del Cabo) recomendando que los niños duerman con sus padres hasta los 3 años de edad, basándose en un estudio en el que observó que los niños que dormían solos presentaban mayores niveles de estrés y el patrón de sueño se alteraba con más frecuencia.

Según James McKenna and cols., en un estudio realizado en un laboratorio, el colecho podría tener protección contra el SMSL. Además la práctica del colecho ayuda a afianzar la lactancia materna. Los niños que duermen con sus padres maman más a menudo que los que duermen en otra habitación.

El sueño profundo y los despertares infrecuentes se consideran posibles factores de riesgo del SMSL, lo que hace que la lactancia materna pueda tener un factor protector frente a este síndrome puesto que estos bebés amamantados tienen un ritmo de sueño distinto, su fase profunda de sueño es menor.

A pesar de todo, varios organismos como el Comité de lactancia materna y el Grupo de trabajo para el estudio de la muerte súbita infantil de la Asociación española de pediatría no recomiendan el colecho ya que consideran que puede aumentar el riesgo de SMSL. Aunque no recomienden que el bebé duerma en la misma cama de los padres, todos están de acuerdo que lo mejor es que al menos duerma en la misma habitación ya que esto si esta probado que disminuye el riesgo de SMSL.

Acostar al bebé en una cama sidecar adosada a la cama proporciona casi todas las ventajas del colecho sin dar lugar a situaciones de riesgo para el bebé, especialmente para los que no son amamantados.

5 Discusión-Conclusión

RECOMENDACIONES:

Si las familias desean hacer colecho deberán tener una serie de precauciones para poder realizarlo:

- El bebé debe dormir boca arriba.
- El colchón debe ser firme y plano.
- Asegurarse que no puede caerse de la cama ni quedar atrapado en un hueco.
- Que no haya mucho calor en la habitación (ideal 16- 18°C).
- Las mantas no deben sobrecalentar al niño ni taparle la cabeza.
- Asegurarse que no puede deslizarse debajo de las mantas ni tener contacto con la almohada (la mayoría de las madres que dan de mamar duermen cara a su bebé, en decúbito lateral y con el brazo que queda hacia el colchón rodean al niño, de esta manera evitan que se mueva para arriba o para abajo).

CUÁNDO NO DORMIR CON EL BEBÉ.

- Si se es fumador.
- Si ha bebido alcohol.
- Si ha tomado drogas (sobretodo si provoca somnolencia).
- Si tiene alguna enfermedad o condición que afecte a su conciencia para con el bebé.
- Está cansada de manera inusual, hasta el punto de que sería difícil responder ante el bebé.
- No dormir en un sofá o butaca con el bebé.

Tampoco se debería compartir cama con el bebé si:

- Es prematuro o pequeño (aunque sea a término).
- Si se tiene fiebre alta.

6 Bibliografía

- La liga de la leche: <https://www.llli.org>
- Guía para colecho y lactancia EEUU
- Aeped: <http://enfamilia.aeped.es/>
- <https://web.archive.org/web/20130329162145/>
- <http://www.ihan.es/>
- <http://www.crianzanatural.com/art/art1.html>.
- <http://www.masquepadres.com/tu-bebe/colecho-dormir-con-el-bebe>.
- Aeped: <https://enfamilia.aeped.es>

Capítulo 120

ANOREXIA Y BULIMIA EN LA RED

MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ

LORENA LAVANDERA GARCIA

MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN

ELENA MERCHÁN MARCOS

1 Introducción

La alimentación, tan unida a la salud, tiene una dimensión cultural muy importante. Tanto es así que a medida que han ido cambiando las sociedades también lo han hecho los hábitos alimentarios, así como las enfermedades relacionadas con ellos. De este modo, en la Edad Media, la gordura era un signo de riqueza y también de salud y, por tanto, más seductora, ya que la delgadez significaba hambre, enfermedad y, por tanto, pobreza.

En las modernas sociedades de consumo, la preocupación dietética y por la salud ha adquirido unas formas muy particulares, y de algún modo opuestas a las concepciones dominantes en épocas anteriores. Igualmente, la imagen del cuerpo ha ido presentado diferentes características en cada momento histórico. Así, ya desde el origen de la tradición aristotélica se desarrolla, desde la biología y la medicina, una concepción de la naturaleza femenina y del cuerpo equivalente a la de imperfección. Se ha “redescubierto” el cuerpo. Su presencia, o más bien omnipresencia, especialmente la del cuerpo femenino, en la publicidad, la moda, la cultura de masas (el culto higiénico, dietético o terapéutico, la obsesión de juventud, de elegancia, de virilidad o de feminidad, los cuidados, los regímenes,...)

prueba que hoy es el cuerpo, y no el alma, el objeto de salvación. Vivimos en una sociedad en la que el culto al cuerpo es más que una realidad, una sociedad que al mismo tiempo estigmatiza la gordura con tendencias lipofóbicas o antiobesidad.

En este proceso de secularización del cuerpo, la belleza y el erotismo son dos principios fundamentales al servicio de los cuales la alimentación parece quedar subordinada en las sociedades de consumo. La forma en que la sociedad responde a este cambio en la cultura es poniendo mayor énfasis en el cuerpo delgado, la obsesión por la belleza, el culto a la imagen, al cuerpo, el mayor consumo y la satisfacción personal.

Por otra parte, debemos señalar, que también ha habido cambios en la familia. El concepto de la misma se ha modificado debido a la inestabilidad en los lazos y el mayor número de familias monoparentales. La intervención de los profesionales de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria constituye un trabajo intensivo y requiere una especialización y conocimientos extensos. El abordaje desde la perspectiva socio-cultural, biológica y psicológica, sin perder de vista a la familia hace laboriosa la estructura de la entrevista con estos pacientes (2).

Anorexia Nerviosa:

La anorexia nerviosa o simplemente anorexia es un trastorno alimenticio con mayor incidencia en las mujeres, principalmente adolescentes. Se caracteriza porque la persona se priva de comer intencionalmente (ayuno) provocando con ello una pérdida extrema de peso. Estas personas suelen realizar estrictas rutinas de actividad física para no ganar peso.

Bulimia Nerviosa:

La bulimia es un trastorno alimenticio caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de alimentos (también llamados atracones), tras los cuales las personas utilizan métodos no apropiados, denominados purgas, para deshacerse de los alimentos ingeridos, tales como auto provocarse el vómito, utilizar laxantes, enemas, o medicamentos diuréticos, o bien realizar ayunos o ejercicio excesivo para controlar el peso.

Hay que decir, que la Anorexia y la Bulimia siempre han existido pero no con la prevalencia que existen hoy. Las primeras referencias que se conocen de estos trastornos datan del siglo XIV, y un ejemplo fue la hija del rey de Portugal que ayunó y rezo a Dios para que le quitara la belleza con el fin de ahuyentar la atención de los hombres.

En siglos posteriores ya se menciona la interacción de pacientes y la consideración de que éstos debían ser alimentados en intervalos regulares y por personas que no fueran de su entorno familiar y que no tuvieran además control moral sobre ellos.

Aunque la anorexia nerviosa (AN) fue reconocida como tal por primera vez hace más de 125 años, este trastorno sigue desconcertando a los pacientes y a sus familias, dejando perplejos a los profesionales sanitarios (3).

Los trastornos de la alimentación y culto al cuerpo se van extendiendo en nuestra sociedad de forma alarmante, es una nueva epidemia caracterizada por la obsesión de la búsqueda del cuerpo perfecto, más allá de la anorexia y de la bulimia aparecen nuevas formas como la vigorexia (trastorno alimentario caracterizado por la presencia de una preocupación obsesiva por el físico y una distorsión del esquema corporal), la ortorexia (trastorno alimentario caracterizado por la obsesión de comer comida considerada saludable por la persona), o el síndrome de Gourmet (obsesión con la preparación de la comida, desde la compra y preparación hasta la presentación e ingestión).

Anorexia y Bulimia, aparte de la compulsión por comer, son las dos formas de trastornos de alimentación más temidas por su gravedad y la profunda alteración que causan en la vida de las personas que padecen y de los que conviven con ellas. Los TCA son problemas multifactoriales que se sitúan en medio de una encrucijada entre 4 grandes sistemas o contextos: la familia, la mente (el sistema cognitivo-emocional), el cuerpo y la sociedad.

Los TCA tienen cada vez mayor incidencia en la población, y por tanto no es nada raro que, la enfermera se encuentre con enfermos que lo presenten. Los aspectos relacionados con la imagen corporal y lo que se deriva de éstos, como la comida y el aspecto físico sitúan a profesionales y pacientes en un continuo punto de mira desde el que sentirse observados. Cuando una paciente se sienta frente a un profesional de enfermería se ponen en juego aspectos relativos al sexo, a la valoración personal (como paciente y como mujer), a los recuerdos o experiencias anteriores con otros profesionales de la salud, etc. Todos, pacientes y profesionales traemos unas experiencias y conocimientos que nos va a influir a lo largo de las entrevistas e intervenciones.

Solo el estudio y la investigación de estos trastornos por parte de los profesionales enfermeros nos darán la capacidad para actuar de forma dinámica y eficaz en este tipo de patologías. La Educación para la Salud, en la que los profesionales de Enfermería tienen un protagonismo destacado, vuelve a ser arma imprescindible

de trabajo que nos permitirá una prevención adecuada. Por todas estas consideraciones se decide hacer un estudio sobre la opinión de los profesionales y la información que se facilita en Internet.

2 Objetivos

- Analizar el mensaje que desde Internet, mediante páginas, web, blog, foros y testimonios personales se ofrece de los TCA.
- Valorar la posible influencia de las nuevas tecnologías de la comunicación, internet y redes sociales, en los grupos de riesgo, especialmente en las personas que están en la fase inicial de la enfermedad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de DIALNET y SCIELO, utilizando como palabras clave: anorexia y bulimia en internet, anorexia y bulimia en medios de comunicación. También a partir del análisis de contenido de diferentes blogs que aparecen en el buscador Google bajo los términos de “Ana y Mía”. De la misma forma en redes sociales como Facebook, Instagram y Twitter. Se ha limitado la búsqueda a un periodo de tiempo de los últimos 10 años. Se ha utilizado también como guía las revisiones de autores de referencia.

4 Resultados

Los Trastornos del Comportamiento Alimentario irrumpieron en internet coincidiendo con el cambio de siglo. Lo que al principio no eran más que tímidos foros donde se intercambiaban trucos para adelgazar eludiendo la vigilancia de médicos y familiares, se convirtió con el paso del tiempo en páginas web estructuradas en las que se hacía apología de la anorexia y de la bulimia.

Todo aquel alud de información contribuyó pobremente a prevenir una enfermedad tipificada como una verdadera epidemia entre la población adolescente. Durante aquellos años, el número de casos entre este segmento de la población alcanzó cotas inimaginables mucho antes de que la prensa hablara abiertamente de la anorexia de la Princesa Victoria de Suecia y la de la modelo británica Kate Moss, o de la bulimia que padecía Diana de Gales, más conocida como Lady Di.

Es en el año 2004 es cuando comienza este gran despliegue en la red de páginas web, blogs, foros y testimonios personales a favor de la anorexia y la bulimia (se dan consejos y se apoyan), en los cuales cualquier usuario puede acceder fácilmente, contando con un número alarmante de visitas (principalmente adolescentes y jóvenes).

Haciendo de esta enfermedad una “forma de vida” denominándose princesas y buscando un ideal de perfección que es el que justifica su enfermedad y el mantenimiento de la misma. Utilizan como iconos imágenes de mariposas y libélulas que simbolizan lo etéreo, vestidos vaporosos, mujeres escuálidas con coronas y diademas. Muchas de estas chicas suelen incluir en un lateral de su diario digital el siguiente mensaje: “Este blog apoya la libertad de expresión”.

La primera en poner el grito en el cielo fue la influyente presentadora estadounidense Oprah Winfrey, que en Octubre de 2004 es su popular show televisivo comenzaba en programa dedicado a las páginas Pro-Ana y Mía que, por aquel entonces comenzaban a florecer en la web: “Con las presiones relacionadas con la delgadez que existen en nuestra cultura, estos sitios de Internet son como poner una pistola en manos de alguien que está deseando suicidarse”.

Mayoritariamente aparecen como espacios personales o blogs, con el sobrenombre de “Ana y Mía”, pero también podemos encontrarla en redes sociales como Twitter, Facebook o Instagram, entre otras. Como se ha dicho anteriormente “Ana y Mía” son los nombres que en la web utilizan las páginas que promueven la anorexia y la bulimia para identificarse “Ana” es la anorexia y “Mía” la bulimia. En la actualidad, y no sin haberles seguido la polémica e incluso la cancelación de algunas de estas páginas, lejos de haber disminuido o haberse extinguido, cuentan con millones de páginas más y de fieles seguidores. Internet ha servido para poner en contacto a miles de personas con trastornos de alimentación.

Los resultados encontrados en cuanto a la terminología utilizada en estas páginas pro anorexia y bulimia, son los que a continuación se exponen:

- Utilizan un vocabulario propio en el que se incluyen numerosas palabras inventadas y otras importadas del inglés. Se trata de enmascarar la realidad a través de un lenguaje inventado que “dulcifica” ciertas acciones y que hace que al expresarse mediante ellas “suene mejor” lo que dicen. “Es preferible” decir hoy he sido “mía” 3 veces que me he atracado y vomitado 3 veces.

Utilizan términos como:

- Ana: nombre que dan a la anorexia.

- Mia: nombre que dan a la bulimia.
- Pro-Ana: a favor de la anorexia nerviosa.
- Pro-Mia: a favor de la bulimia nerviosa.
- Wannabe: personas que deciden ser anoréxicas o bulímicas por considerar que la aceptación social, el éxito y, en definitiva, la felicidad pasa necesariamente por la delgadez extrema. De esta manera, la enfermedad es su objetivo.
- Atracón: ingerir una gran cantidad de comida en un periodo muy corto de tiempo.
- Control: ayuno total prolongado que sólo se alcanza por medio de la fuerza de voluntad. La mayor parte de las wannabes suspiran por llegar a tener ese control.
- Princesas: apelativo que merecerían las que alcanzan la perfección en la extrema delgadez y con que se animan mutuamente las anoréxicas. (Príncipes: lo mismo pero en masculino).
- Ángeles: apelativo que les da a las “Wannabe”, jerárquicamente inferiores a las “Princesas”, siguen rigurosamente las normas que Ana y Mía les dictan.
- Purgas: vomitar.

TIPS: son trucos o consejos para adelgazar, para engañar a los padres, al estómago o a la mente. La mayoría de las páginas web enseñan como resistirse a la tentación de comer cuando se tiene hambre y como auto inducirse el vómito con el propósito de bajar de peso. Por ejemplo:

- “vomita en el baño. Ello amortiguará el sonido y el olor y además sirve para borrar huellas”
- Beber un vaso de agua cada hora ayuda a quitar el hambre.
- Échale algo que no te guste a tu comida, como jabón, así aunque te mueras de ganas por comerte ese filete lleno de grasa no podrás hacerlo.
- Compra alguna prenda de una talla menor y que sea muy cara: así te motivarás para caber en ella.
- Y si no te aguantas las ganas de comer, aún hay una salida: espera a que empieces a eructar y aguántate corre al baño y abre bien la boca, saca tu lengua, introduce tus dedos y ...
- Self-Injury: Autolesionarse. Práctica que suelen realizar como autocastigo cuando fallan a “Ana” o a “mía”.
- Thinspiration: Es algo así como la “delgadez inspiradora”. Ésta se materializa en el cuerpo de actrices, modelos y otros personajes públicos que se caracterizan por su extrema delgadez o bien por haber reconocido abiertamente haber padecido un TCA en algún momento de su vida. Victoria Beckham, Amy Winehouse, Kate Moss o las gemelas Olsen.

- Monstruolandia: nombre que les dan a las chicas obesas.

Otros resultados encontrados están relacionados con oraciones y ritos:

Las páginas pro-anamía incluyen su “credo” constituido por creencias como por ejemplo: “yo seré delgada, cueste lo que cueste, esto es lo más importante”, “creo en las listas de calorías... Como palabra suprema” y los “mandamientos de la delgadez”, un conjunto de diez reglas a seguir con el fin de conseguir un estilo de vida anoréxico (por ejemplo, “Tú no comerás sin sentirte culpable”).

La mayoría de las páginas web también incluyen un conjunto de frases totalmente destructivas, alimentan su enfermedad fomentando el mantenerse en ella. Se repiten diariamente les sirven para mantenerse en su meta como por ejemplo: “Cada kilo que pierdo es un sueño logrado” “Cada centímetro que se va es un pecado menos” “Ser perfecta es mi meta” “Ahora soy un ángel, pero pronto seré una princesa perfecta” “No importa lo que haga para ser perfecta” “Mejor muerta que gorda” “Nadie podrá separarme de las princesas por más intentos que haga” “Te darás cuenta de lo que hoy parece un sacrificio, va a terminar siendo el mayor logro de tu vida”.

La mayoría son chicas de entre 12 y 18 años, conviven con imágenes de ángeles, mariposas o modelos de exagerada delgadez. La presencia masculina es poco representativa en esta plataforma, aunque no resulta extraño leer, de vez en cuando, alguna consulta desesperada sobre cómo perder peso de forma rápida, por parte de algún chico. Tienen una señal para poderse identificar en el caso de que lleguen a encontrarse físicamente, el símbolo que utilizan es una pulsera que se ponen en la muñeca izquierda, de bolas de color rojo si es Ana (anoréxica), de color morado si es Mía(bulímica) y de color rosa para las Wanabees.

Antes de que internet se extendiera como medio de comunicación, diferentes estudios habían encontrado una clara relación entre la exposición a medios de comunicación y los niveles de insatisfacción y desórdenes de alimentación. Niñas preadolescentes y adolescentes quienes a menudo leían revistas de moda fueron más proclives a informar que querían bajar de peso y hacer dieta a causa de las imágenes y los artículos de las revistas. La figura femenina objeto de deseo es aquella que se muestra en anuncios, pasarelas de moda, concursos de belleza, programas de televisión, e incluso juegos de ordenador, y que propone un modelo de belleza imposible de alcanzar para la mayoría de las mujeres. Se trata de los llamados cuerpos diez, potenciados por programas de televisión y revistas, muchas de ellas dirigidas a adolescentes, que tienen una tendencia natural a dejarse influenciar.

Páginas de protección:

Una forma de contrarrestar los efectos y que intenta proteger de la incitación a nuevos internautas ha sido llenar la red de otras páginas que denuncian a las anteriores, cuestionan sus métodos y ofrecen otras alternativas a las personas que sufre TCA. Tal vez la más conocida es «Protégeles», una asociación sin ánimo de lucro que inicialmente se constituyó con el fin de colaborar con la Policía y la Guardia Civil en acciones relacionadas con la pornografía infantil, incluyó en 2005 la «lucha contra la apología de la anorexia y la bulimia en Internet» entre sus líneas de actuación. Al margen de contribuir al cierre de varios sitios, esta asociación organizó ese mismo año el I Congreso sobre Anorexia y Bulimia en Internet y creó dos sitios en la Red —www.anaymia.com y www.masqueunaimagen.com— que, en sus propias palabras tienen por objeto «informar a jóvenes, niñas y adolescentes, que frecuentan estas páginas pro-ANA y pro-MIA, sobre las falsedades que se esconden en muchas de ellas y los riesgos asociados a las mismas». La apología de la anorexia y la bulimia no es un delito. Aun así, la Brigada de Investigación Tecnológica de la Policía (BIT) elaboró en 2008, por encargo de la Fiscalía de Madrid, un informe interno sobre el fenómeno pro-Ana y Mía en Internet. En él se aseguraba que existe “un número indeterminado” de páginas de este estilo en español, abiertas y accesibles a todo el público. El estudio perfilaba al usuario medio: mujer en un 95%; de entre 14 y 21 años; el 60% se está iniciando y no ha llamado la atención de su entorno familiar y social; el 23% se encuentra ya en una fase de desarrollo del trastorno y reconoce haber despertado la preocupación de ese entorno; el 17% dice encontrarse bajo tratamiento médico y psicológico. Enrique Rodríguez, inspector jefe de la BIT y director del informe, defiende el cierre de estas páginas, pero reconoce sus efectos adversos: “Hay que cerrarlas porque son perjudiciales. Pero tampoco es seguro que sirva de algo: las chicas enseguida abren otras y, además, se las encierra en un gueto, se queda en algo secreto. Y eso tampoco es bueno”.

Desde la vertiente más científica, proveniente de estudios recientes realizados fuera de nuestro país, se ha demostrado que tal vez una línea de actuación efectiva (ya que cerrar las páginas parece inviable) sea utilizar al inicio de estas páginas pro-anorexia “textos de advertencia”, para prevenir que los visitantes potenciales accedan a ellas. Pero estos textos deben construirse con el máximo cuidado presentándose de un modo informativo, para que no produzcan reactancia ni aumenten el deseo de visitarlas. Ya que, si un visitante novato cree que la advertencia atenta contra su libertad para acceder a estas páginas, el efecto de la advertencia será probablemente incrementar el interés en ella o la potencial influencia de lo que contenga.

La anorexia y la bulimia son comportamientos muy ocultos en la sociedad en cuanto al entorno familiar y amigos, por lo que a los adolescentes les resulta difícil encontrar personas con las que contrastar opiniones, vivencias... o incluso modelos a seguir. Son jóvenes que encuentran en Internet un lugar en el que compartir sus deseos por estar cada vez más delgados. Desde que apareció Internet y ahora con los blogs y redes sociales, se han creado y reforzado modelos de referencia y se ha generado un hábito de información de intercambio de experiencias a través del cual se fomentan aspectos del trastorno alimenticio. Se encuentran trucos e información para dejar de comer sin que la familia se dé cuenta. "Internet se ha convertido en el cobijo de miles de jóvenes con problemas de alimentación".

Se ha encontrado que un índice de la población encuestada padece trastornos de la alimentación, siendo muy pocos los que reciben tratamiento para dicho trastorno y menos los que reciben tratamiento multidisciplinar. Creo que debería existir una mayor supervisión y control de lo que en la actualidad circula por la red, para evitar que perjudique y confunda a estos jóvenes. Ya que es prácticamente imposible que las páginas Pro-anorexia y Pro-bulimia desaparezcan. Creo que, en la familia, los padres, juegan un papel muy importante, ya que pueden controlar en que páginas navegan utilizando los filtros oportunos (control parental en los equipos informáticos). Un 17% de los menores que navegan por Internet visita páginas en las que se hace apología de la anorexia. El 70% de ellos, según la asociación Protégeles, no ha desarrollado aún un trastorno. La aparición de páginas web que hacen apología de los Trastornos del Comportamiento Alimentario se ha disparado en España en la última década en un 470%.

A día de hoy, una simple búsqueda en Google del término "pro-ana" arroja la cifra de 532.000.000 resultados. La presidenta de la Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER), Juana Martín, comenta: "Es un problema que no tiene solución por el momento porque se cierran muchos perfiles y páginas que fomentan la anorexia y la bulimia, pero al día siguiente se vuelven a abrir con mucha facilidad porque en España no es ilegal emitir esos contenidos". Por su parte, el presidente de la asociación Protégeles, Guillermo Cánovas, asegura que "el principal impedimento con el que se encuentran asociaciones como Protégeles para cerrar este tipo de páginas y perfiles es que en España no es delito hacer apología de los TCA. Sin embargo, en países como Francia se pueden cerrar en cuanto se detectan".

Mientras expertos y familiares debaten medidas para paliar la incidencia de la enfermedad, Ana, Mía y sus amigas juegan a ser princesas de un paraíso a medio

camino entre la vida y la muerte y acarician pulse-ras de colores para recordar cuál es el origen de su guerra diaria contra la propia existencia.

Los profesionales sanitarios (tanto médicos como enfermeras) tienen un papel muy importante en la prevención, que tiene que partir de la Educación para la Salud como modelo de intervención para la promoción de la Salud y, por tanto, instrumento de prevención tanto de la enfermedad como de hábitos incorrectos que pueden dar lugar a estos trastornos alimentarios.

5 Discusión-Conclusión

Hoy día la disconformidad con la imagen del cuerpo se torna obsesiva, siendo la comida el tema más preocupante.

La aparición de páginas web que hacen apología a la anorexia y a la bulimia da consejos para adelgazar de forma extrema eludiendo la vigilancia de familiares y médicos. Este grupo de personas hace de esta enfermedad su “estilo de vida” poseen sus propios signos de identidad, argot, indumentaria y simbología. A pesar de que en España se clausuran cada día un gran número de espacios virtuales dedicados a la apología de los TCA, existe una gran proliferación de estos lugares.

6 Bibliografía

1. Anaya F. El Sexo, Factor Relevante En Los Trastornos De La Conducta Alimentaria. *Enfermería Clínica* 2004; 14 (4):230-234.
2. Perea-Baena JM. Bulimia Nerviosa a través de la percepción del profesional. *Index De Enfermería/Otoño 2007, Año XVI, N.58.*
3. Le Grange D, Lock J. Un Tratamiento De La Anorexia Nerviosa Adolescente Basado En La Familia: La Aproximación Maudsley. 2005.
4. Mariano L, Encinas B.M. Trastornos De La Alimentación Y Culto Al Cuerpo, Más Allá De La Anorexia Y La Bulimia: Ortorexia, Vigorexia Y Síndrome Del Gourmet. *Index De Enfermería/Primavera-Verano 2003, año XII, N.40-41.*
5. Kreuz A. La Anorexia, Un Antiguo Trastorno, Posmoderno. *Interpsiquis.* 2001;(2).
- 6 Jiménez M. Trastornos Del Comportamiento Alimentario En Internet, De La Blogosfera A Las Redes Sociales. *Revista ICONO* 14 2010, Esp. Año 8, pp. 84-96.
7. Abril,G. (2009). Reportaje “Ana y Mia, princesas de Internet” publicado en el portal El País.com.

8. Campos J.M. Anorexia, Bulimia E Internet. Aproximación Al Fenómeno Pro-Ana Y Mía Desde La Teoría Subcultural. Frenia, Vol. VII 2007.
9. Bermejo B, Saul L.A, Jenaro C. La Anorexia Y La Bulimia En La Red: Ana Y Mia Dos “Malas Compañías” Para Las Jóvenes De Hoy. ACCIÓN PSICOLÓGICA, Enero 2011, Vol. 8, N° 1, 71-84.
10. Field A.E, Cheung L, Wolf A. M, Herzog D.B, Gotmaker S.L y Colditz G.A. (2004). Exposure to the mass media and weight concerns among girls. *Pediatrics (serial online)*1999;103:e36.
11. Bernad E. Ilicitud De Las Representaciones Degradantes Y Humillantes Del Cuerpo Femenino En La Publicidad. Especial Referencia A La Anorexia. *Icono* 14, 2010, Esp. Año 8, pp. 186-207.
12. Martijn C, Smeets E, Jansen A, Hoeymans N y Schoemaker C. (2009). Don't get the message: The effect of a warning text before visiting a proanorexia website. *International Journal of Eating disorders* 42: 2 139-145.
13. Gómez R, Diaz AM, Fortea MI, Salorio P. Prevalencia De Los Trastornos Alimentarios En Una Muestra Universitaria. *Index De Enfermería/Segundo-Tercer Trimestre* 2010, Vol.19, N.2-3.

Capítulo 121

PACIENTES CON OSTOMÍAS

ALBA GARCÍA BAS

GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ

BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA

REBECA CIENFUEGOS VIDAL

1 Introducción

El término ostomía es utilizado para definir la intervención quirúrgica con la cual creamos una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la pared abdominal, para abocar productos de desecho del organismo al exterior del mismo. La nueva abertura que se creará es la ostomía y recibirá el nombre de estoma. La causa más frecuente de la realización de una ostomía suelen ser tumores de colon, recto o vesicales, seguido por las EII (Enfermedades inflamatorias intestinales).

Clasificación de los estomas:

- Según su función: de nutrición, de drenaje y de eliminación.
- Según el tiempo de permanencia: temporales y definitivos.
- Según el órgano implicado: esofagostomía, gastrostomía, ileostomía, colostomía, urostomía y nefrostomía.

La realización de una ostomía es algo que afectará al paciente conllevándole alteraciones:

1. Biológicas: cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres...

2. Psicológicas: afectación de la propia imagen, afectación de la autoestima...
3. Sociales: dificultad para la reinsercción a la vida cotidiana...

2 Objetivos

Describir el papel de la enfermera en el cuidado de los pacientes con una ostomía.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un revisión bibliográfica de documentos, editados a partir del año 2005 en castellano, en varias bases de datos, revistas, protocolos de actuación, guías de práctica clínica y páginas web de organismos oficiales.

Palabras clave: enfermería, ostomía, estoma.

4 Resultados

La enfermera tiene un papel fundamental en la atención a los pacientes con una ostomía y de ella depende el aprendizaje del cuidado del estoma por parte del paciente.

Enfermería será el personal encargado de la educación prequirúrgica, postquirúrgica y del seguimiento tras el alta hospitalaria, debe encargarse de educar tanto al paciente como a la familia.

Es importante fomentar el autocuidado durante el ingreso hospitalario de los pacientes ostomizados para que el paciente una vez dado de alta sea autónomo.

Los cuidados del estoma que se enseñarán al paciente durante su ingreso para que siga realizándolos en su domicilio son los siguientes:

- Limpieza del estoma con agua tibia y jabón neutro, secado suave.
- Instruir al paciente en la medida del perímetro del estoma para que los dispositivos se ajusten al mismo evitando que se produzcan fugas e irritaciones en la piel periestomal.
- Enseñar al paciente a realizar el cambio del dispositivo (el cual dependerá de las características del estoma).

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados dirigidos a un paciente portador de una ostomía deberían ser proporcionados por personal bien formado, sensibilizado con las necesidades de cada paciente y que pueda desarrollar su trabajo desde la empatía y la profesionalidad. Por lo general, los pacientes que no reciben atención de profesionales formados en cuidados de ostomías suelen ser más dependientes y precisan más reingresos y reintervenciones.

6 Bibliografía

- Charúa Guindic L, Benavides León CJ, Villanueva Herrero JA, Jiménez Bobadilla B, Abdo Francis JM, Hernández Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir* 2011; 79 (2):149-155.
- Ruiz MD, Durán MC, Rivera S, Menéndez J. Calidad de vida y necesidades de personas ostomizadas y sus cuidadores. *Rev ROL Enferm* 2003; 26(4):309-314.
- OMS. Datos sobre el cáncer. [Consultado 3 de diciembre de 2019].
- Pat Castillo L, Espinosa Estévez JM, Sánchez Bautista MP, Cruz Castañeda O, Cano Garduño MA, Rivas JG, Hernández Corral S. Intervención educativa de Enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enfermería Universitaria* 2010; 7(2):9-14.
- Arroyo Sebastián A, Pérez Vicente F, Calpena Rico R, Picó J, Mas ML. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2006. [En línea] [fecha de acceso: 3 de diciembre de 2019].
- Vázquez García MC, Poca Prats T. Cuidados de Enfermería en ostomías. *AULADAE* [En línea] [fecha de acceso: 31 de noviembre de 2019].
- Martínez-Ordaz, José Luis, Luque-de León, Enrique, Román-Ramos, Rubén, Juárez- Oropeza, Marco Antonio, Méndez-Francisco, José Domingo, Factores de riesgo y evolución de fistulas enterocutáneas posterior a cierre de ostomías terminales. *Cirugía y Cirujanos* [Internet]. 2013;81(5):394-399.
- De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A, Bérjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas Enferm* 2011; 14(2): 24-31.
- Gómez del río, N. , Mesa Castro , N., Carballo Castro, C., Fariña Rodríguez , A., Huertas Clemente , R., Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado . *ENE*. 2013; vol 7 (nº 3).
- García Martínez , C., García Cueto ,B., Cuidados de enfermería al paciente ostomizado . *RqR enfermería comunitaria*. 2017; vol 5 (4), pag 35-48.

Capítulo 122

RUPTURA DE SILENCIO VIOLENCIA DE GENERO. ATENCION ADECUADA ENFERMERA.

ANA BELLA VAQUERO ABOLI

CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ

MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ

1 Introducción

La violencia de genero es definida ya en 1993 por las naciones unidas como: Todo acto de violencia en pertenencia sexo femenino que tenga o pueda tener resultado un daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como amenazas de tales actos, la coacción arbitraria de la libertad tanto si se produce en vía pública o privada.

La OMS en 2002 perfila esta definición como uso deliberado de fuerza física o poder, ya sea en grado amenaza o efectivo.

En los siguientes años se sigue perfilando esta definición Pinn V (2003), etc.

Todos llegan a la misma conclusión para considerar violencia de genero se debe tener presente en la valoración tanto daños visibles como daños invisibles que ocasiona la relación.

Existen mitos culturales resistentes al cambio se pueden describir en tres niveles:
1- Culpabilizan a la mujer (mitos provocación, sadomasoquismo).

2- Naturalidad en cuanto a la violencia (El matrimonio es así, los celos son la salsa de este amor).

3- Impedimentos para salir de la situación (familia, maternidad).

La persona que sufre violencia de genero y no quiere dar a conocer su situación, sufre psicológicamente pues piensa que va a cambiar situación. Piensa que es un enfermo que debe ayudar a curarse, cree que ella es la culpable, tiene miedo a separación por sus hijos. Por lo que tiende a minimizar la situación de violencia. Justificar a la persona.

Existe el determinado ciclo de la violencia el cual fue definido por Leonor Walker 1979 la cual lo describo en 3 etapas: acumulación de tensiones, agresión y reconciliación es un circulo vicioso como un bucle sin salida.

No hay en principio un perfil de un maltratador, aunque se relaciona con una persona alcohólica, consumidor de tóxicos, enfermedad mental. Aparentemente el maltratador no es violento, excepto con su pareja. Es una persona ejemplar y en cuanto a sus amigos y conocidos suele ser es trabajador, amable etc.

En cuanto la persona maltratada de violencia de genero da el paso de hablar rompe su silencio es importantísimo estar ahí escuchar no presionar si no va a evitar dar datos claves. Existen dos tipos de intervenciones indirecta y directamente.

- Indirectamente introducción de protocolos de detección o provisión de educación y capacitación acerca del abuso por parte de la pareja.
- Directamente este es mas extenso ya que engloba intervención de defensa como legal económica, domicilio.
- Proporcionan asesoramiento legal y planifican su seguridad.
- En todos los campos que aborda el tipo de intervención directamente es para la persona violencia de género y sus hijos.

2 Objetivos

- Describir síntomas y signos violencia de genero.
- Analizar y conocer situación de la persona que sufre violencia de genero.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban el beneficio de ruptura de silencio ante una víctima de violencia de género. Conocimiento de signos y síntomas de los profesionales sanitarios sobre el tema a tratar. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron “violencia” “agresión” “formación” “violencia de género”.

Las palabras utilizadas en MESH fueron “violence”, “training” “gender violence”.

Se seleccionaron artículos que correspondían a la última década, incluyendo sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas. Normas de aceptar textos:

- Textos que aparezcan palabras como: signos síntomas, Formación. Violencia, ruptura
- Sin discriminar idioma.
- Artículos aparezca el 100% todo el documento.
- Bases de datos.
- Revistas, libros.

Criterios de Exclusión:

- Artículos sin autor.
- Artículos sin título.
- Textos sin validez científica.

Se realiza una búsqueda bibliográfica desde 1 de junio de 2019 a 1 de agosto de 2019 Se realiza la búsqueda en todas las bases de datos utilizando las combinaciones posibles de todas las palabras expuestas anteriormente. Las mismas combinaciones se repiten en cada una de las bases de datos. Se obtienen un total de 20564 artículos y, utilizando como filtro de últimos 10 años, dan un total de 14036 artículos. 9564 artículos fueron excluidos, bien porque estaban duplicados o por falta de adecuación al tema de estudio. Los 220 artículos restantes son sometidos a un segundo nivel de filtrado a través de lectura crítica revisando el texto completo para confirmar relevancia. Esto condujo a la exclusión adicional de 300 artículos. En total quedan 50 artículos. En la última búsqueda mediante las palabras que más artículos relevantes salieron y se añade un estudio longitudinal, quedando 15 artículos que consideramos aptos para nuestra revisión bibliográfica.

fica.

4 Resultados

- (Guía Madrid ,2008), nos indica que como puede ser el comportamiento de un hombre que maltrata, explica paso por paso el aislamiento familiar, amistad social de la pareja, potencia el sentimiento de culpa en la mujer ante esta situación vivida.
- (Josune Aguinaga ,2007), la cual basa su artículo en psicología cultural antigua, en el cual la mujer tenía los hijos y debería cuidar solo a su familia. El hombre era el que mantenía y tenía todo el poder económico y demás.
- (Leal ,2006) nos informa y enseña que también muchas víctimas de violencia de género pueden ser adolescentes cuales en primer amor. Sacrificio por amor como ella misma comenta, en el cual la adolescente no da tiempo ni a conocer como es la persona de la que está enamorada. Ella ve por sus ojos solamente. No saben vivir sin él.

5 Discusión-Conclusión

El profesional sanitario debe conocer los signos y síntomas para poder detectar una víctima violencia de género. No debe de presionar a la persona una vez que es detectada precozmente, debe de dejar espacio y que la persona se desahogue sin juzgarla por haber aguantado o por esperar a ruptura del silencio.

El personal sanitario debe conocer el protocolo de la comunidad Autónoma en la que trabaje para seguir los pasos una vez que la persona realiza la ruptura de silencio y nos cuenta que quiere denunciar. En el momento que la persona da el paso de explicar lo que es víctima de violencia de género dispone de todos los servicios legales tanto para ella como para hijos si hubiere.

Es también no menos importante conocer con qué situación familiar, hermanos, padres etc. cuenta la víctima.

Que tipo de violencia está sufriendo psicológica, física etc. Que medidas ha realizado la persona hasta que ha decidido denunciar.

6 Bibliografía

- Sternberg. 2000.la experiencia del amor .Barcelona: Paidos.

- Giddens, A. (2000). La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid: Catedra.
- Aguinaga Roustán Josune, 2004 “el precio de un hijo” los dilemas de la maternidad en una sociedad desigual. Debate. Barcelona.
- Leal A. (2006). Sabers i no sabers sobre relaciones del amor en adolescentes. Guix 328.39-45.
- Imifap (2001). La socialización masculina. Factores de riesgo y protectores de la violencia hacia las mujeres. En hombres no violentos. Conacyt : México.
- Herrera C. (2006). Entre la negación y la impotencia. Servicios de Salud ante la violencia contra las mujeres. Rev. Salud pública Mexico. Vol 48.2.259-267.
- Rohlfs I, valls llobet C. actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Gac Sanit. 2003; 17(4):263-5.
- Ruiz- Pérez, Isabel. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gaceta Sanit. 2004;18. Supl.2:4-12.
- Arredondo Provecho aB, Broco Barredo M, Alcalá Ponce de león T, rivera Álvarez a, Jiménez Trujillo I, gallardo Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev. Esp. Salud Pública. 2012; 86 (1): 85-99.
- Salvador Sánchez I, rivas vilas M, Sánchez ramón S. Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. Emergencias 2008; 20:343-352.

Capítulo 123

CUIDADOS ENFERMEROS EN LA DIABETES INFANTIL

NATALIA LLAMEDO FOMBELLA

ANA PALACIOS SOMOANO

PATRICIA GUTIÉRREZ PRIETO

AINHOA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La diabetes mellitus infantil es considerada la segunda enfermedad crónica mas común en la infancia. Su etiología es a día de hoy desconocida, aunque se barajan factores ambientales y genéticos.

2 Objetivos

- Determinar que actuaciones enfermeras contribuyen a alcanzar una mejor calidad de vida del niño con diabetes.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica disponible sobre este tema, buscando a través de las bases de datos, guías clínicas

y paginas web, como son: Cochrane, Medline, Pubmed, Scielo y también tomando como referencia artículos de revistas y bases de datos de tesis doctorales/ TESEO.

Palabras clave: Diabetes Mellitus. Educación enfermera. Enfermería Escolar.

Criterios de inclusión:

- Artículos con evidencia científica.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos en castellano y/o inglés.

Criterios de exclusión:

- Artículos sin rigor científico.
- Artículos incompletos, sin título o sin autor.
- Artículos fuera del periodo de tiempo establecido para el estudio.

4 Resultados

Los profesionales de enfermería tenemos un papel muy importante en la educación sanitaria, a nivel preventivo y de promoción en cuidados del niño y sus padres. La enfermería debe centrar su acción en asesorar, adiestrar y guiar a los cuidadores, en cuanto al seguimiento de una dieta variada y equilibrada, un buen manejo de medición de glucemias, de administración de insulina, evitando hábitos tóxicos, manteniendo las cinco tomas de comida a lo largo del día, procurando que se mantengan los horarios de las comidas, evitando bebidas azucaradas, realizando ejercicio físico, vigilando la higiene general y en particular de los pies, utilizando jabones suaves, secando bien la zona interdigital, utilizando calzado ancho, calcetines de algodón y evitando caminar descalzo.

A parte de la enfermera de Atención Primaria, aquí también aparece la figura de la enfermera escolar, que es aquel profesional formado y capacitado para llevar a cabo programas de Educación para la Salud en niños con diabetes mellitus, sus padres y cuidadores. La enfermería escolar coopera con la comunidad docente y con la familia, buscando el cuidado integral del menor. También hay que tener en cuenta la franja de edad del niño. Aquí distinguimos varios grupos:

- Menores de 4 años, en donde la responsabilidad del tratamiento recae íntegramente en los padres. Puede haber hipoglucemias y existe la dificultad añadida de falta de comunicación verbal.
- Entre 4 y 6 años es adecuado no abrumar al niño con mucha información sobre su enfermedad, pero evitando engañarle. Debe ir implicándose gradualmente de

acuerdo a su madurez

- Entre 7 y 9 años el niño muestra una postura mas racional que sus padres ante la enfermedad.
- De 9 a 12 años, preadolescencia, con cambios hormonales importantes, es una etapa difícil por la importancia de lo social, queriendo ser iguales al resto del grupo.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber llevado a cabo una revisión bibliográfica en los últimos 10 años sobre la diabetes mellitus infantil, podemos afirmar que es de vital importancia un buen manejo de esta patología por parte del profesional de enfermería, de la sociedad que rodea al niño, sus cuidadores, padres y por supuesto el propio menor.

Como conclusión, podemos afirmar que el papel de la enfermera es clave en todo este proceso, ya que ella es la profesional encargada de transmitir enseñar apoyar y desarrollar una educación sanitaria de prevención y promoción que permitan al niño una buena calidad de vida, evitando complicaciones y haciéndole participe de su autocuidado de acuerdo a la edad.

6 Bibliografía

- AMECE: Asociación Madrileña de Enfermería en centros educativos. Perfil de la enfermera escolar. AMECE. Madrid.2010.
- Ragnar H. "Diabetes tipo I en niños, adolescentes y adultos jóvenes". 2Ed. Ediciones Diaz de Santos S. A. Madrid 2011.
- American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations Sandarsds of medical care in diabetes. Diabetes Care 2013; 36 Suppl.1.
- Guia de ayuda: Manejo practico de los problemas pediatricos mas frecuentes en la escuela y guardería: Consejo para profesorado y cuidados escolares; Asociación española de pediatría de Atención Primaria; 2015.
- Pedrosa K. et all. Eficacia de la educación en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 realizado por cuidadores de niños. eglobal.2016; 44: 88-101.
- Louvigne M, Donzeau D.A., Bouhours-Nouet N., Coutant R. Aspectos clínicos y diagnósticos de la diabetes infantil. EMC-Pediatría. 2017.53 (1): 1-22.

Capítulo 124

MEDICAMENTOS DESACONSEJADOS EN EL EMBARAZO

SHEILA GARCÍA CASTAÑÓN

GUILLERMO SOTO HUERGA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando finaliza la implantación, proceso que se inicia al adherirse el blastocisto a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). El blastocisto atraviesa el endometrio e invade el estroma.

En el embarazo aparecen una serie de modificaciones que alteran la respuesta del organismo ante los fármacos. En este trabajo estudiaremos la clasificación de los fármacos según la tolerancia en embarazadas y los riesgos que puede suponer la toma de éstos.

2 Objetivos

- Conocer los fármacos que no deben ser utilizados por las mujeres durante el embarazo.
- Revisar la categoría de riesgo de los medicamentos durante el embarazo y aprender a reconocer e identificar las distintas clasificaciones que existen.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos que abarca desde junio hasta agosto de 2018. Las bases de datos científicas utilizadas han sido: Pubmed, SciELO, Google Scholar, Cuiden, TESEO. Además se emplearon recursos electrónicos como el portal bibliográfico Dialnet o Web of Knowledge. Los criterios de inclusión han sido: texto en castellano o inglés, texto completo disponible gratuitamente y estudios que hagan referencia a los fármacos de uso en la mujer embarazada.

Se ha realizado una primera búsqueda inicial en dichas bases de datos utilizando las palabras clave “women”, “pregnancy” y “drug effects”, todas ellas utilizando términos Medical Subject Headings (MeSH). El resultado obtenido ha incluido un elevado número de artículos, por lo que después de esta primera búsqueda inicial se realizó otra búsqueda utilizando los operadores lógicos booleanos “and” y “or”, con el resultado de 90 artículos. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, además de realizar una lectura del resumen de cada artículo, se seleccionaron 10 artículos para la elaboración del trabajo.

4 Resultados

Los fármacos que pueden ser utilizados durante la gestación se clasifican, según su potencial riesgo para el desarrollo embrionario en diferentes grupos:

1. Fármacos sin evidencias de riesgo, seguros de utilizar durante la gestación: ácido fólico, ácido nalidíxico, codeína, liotironina, ácido pantoténico, clotrimazol, lincomicina, dexclorfeniramina, nitrofurantoína, amoxicilina, digoxina, nistatina, ampicilina, difenidramina, metildopa, anfotericina B, dihidrotaquisterol, miconazol, antiácidos, atropina tópica, paracetamol, bisacodil, ergocalciferol, penicilinas, bromexina, eritromicina, piridoxina, cefalosporinas, etambutol, riboflavina, ciclicina, entre otros.

2. Fármacos teratogénicos cuyo uso está contraindicado durante la gestación:

-Andrógenos: noresteroides producen virilización de fetos femeninos.

-Anticonvulsivantes: trimetadona, hidantoína, fenobarbital y valproato sódico.

-Antibióticos: tetraciclina (provoca fallo hepático, retraso óseo e hipoplasia), rifampicina (produce retraso en el crecimiento), cloranfenicol, sulfamidas (produce retraso en el crecimiento uterino), estreptomina (sordera y afectación del VIII par craneal), aminoglucósidos (sordera y afectación del VIII par craneal).

3. Fármacos teratogénicos cuyo uso puede estar justificado durante la gestación.

Su uso estará en relación con la gravedad de la enfermedad materna y de la inexistencia de alternativas terapéuticas sin riesgo o de menor riesgo.

4. Fármacos con efectos adversos desconocidos.

5. Fármacos de reciente comercialización, no hay evidencia clínica para su uso durante la gestación.

5 Discusión-Conclusión

El embarazo representa una situación que en ocasiones plantea un problema terapéutico para evitar ocasionar problemas al feto. La administración de fármacos durante el embarazo debe ser siempre prescrita por un facultativo especialista, y nunca realizar automedicación. El fácil acceso a la información a través de las nuevas tecnologías, sobre todo internet, constituye un motivo de consulta frecuente a los médicos de atención primaria para comprobar si pueden tomar el fármaco o no. En muchas ocasiones la información encontrada en internet es errónea y puede tener graves repercusiones.

El período en el que un fármaco tiene mayor riesgo de producir alteraciones congénitas se sitúa durante las primeras ocho semanas de embarazo, pero la posibilidad de producir efectos adversos puede persistir a lo largo de toda la gestación. La teratogenicidad de los medicamentos depende del tipo de fármaco, de la dosis, del estado de la paciente, del momento de su administración, de la interacción medicamentosa y de muchas otras características. La gran mayoría de fármacos que hoy en día se consideran como seguros de administrar durante el embarazo no tienen una clara demostración en estudios científicos pero no se ha declarado ninguna repercusión grave hasta la fecha.

Es conveniente la realización de más estudios para obtener información actualizada, lo que podría ayudar a un mejor empleo de fármacos durante el embarazo y la minimización de riesgos para el feto.

6 Bibliografía

-OMS: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

-Bejarano Rojas P. Fármacos en lactancia y embarazo. Hospital Universitario Valme, Sevilla. Medline. 2002: 840-841.

-García Arenillas M. Utilización de medicamentos en embarazo, lactancia, niños y ancianos. Medicine. 1999; 130: 6158-6165.

- Prescrire Editorial Staff. An approach to preventing adverse drug effects during pregnancy. *Prescrire Int.* 2014; 23 (145): 24-6.
- Abad Gimeno FJ, Pons Cabrera J, Micó Mérida M et al. Categorías de riesgo de los medicamentos utilizados durante el embarazo. Guía rápida de consulta. *FAP Revista de la Sociedad de Farmacéuticos de AP.SEFAP.* 2005;3(2):49-61.
- Gallego Úbeda et al. Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. *Farm Hosp.* 2014;38 (4): 364-378
- Medicamentos & embarazo: Sistemas de clasificación de fármacos y algunos recursos útiles.
- María Eugenia Lucas. Utilización de medicamentos en el embarazo. *Biomedicina.* 2013; 8 (3): 6-15.
- Elvira Rodríguez-Pinilla, María Luisa Martínez-Frías .Tratamiento farmacológico de la mujer embarazada. Fármacos contraindicados durante la gestación. *Semergen: revista española de medicina de familia.* 2010;10: 579-585.
- M.D. Martos Calahorro .Medicamentos antialérgicos en el embarazo y la lactancia. *Alergología e inmunología clínica.* 2004; 198 5):174-181.

Capítulo 125

ERITEMA NODOSO

ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ

LAURA VERANO MENENDEZ

RAQUEL MUÑOZ DÍAZ

MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA

PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS

1 Introducción

El eritema nodoso es la forma más habitual de paniculitis. Entendemos por paniculitis cualquier proceso inflamatorio del panículo adiposo o del tejido graso de la piel de distintas partes del cuerpo, principalmente de los miembros inferiores. Esta afectación consiste en nódulos que pueden ser cutáneos o subcutáneos, con límites irregulares, presentan calor, rubor, inflamación y dolor a la palpación e incluso al roce en la fase más aguda. Su localización más típica es la zona pretibial, aunque en algunos casos estas lesiones pueden aparecer en otras localizaciones como en las extremidades superiores, nalgas, muslos o rodillas.

Esta patología comienza con la aparición de nódulos dolorosos y calientes de forma repentina, con un tamaño entre 1 y 5 cm, en la zona pretibial de ambas extremidades inferiores. Su coloración varía en función de la fase del proceso, en su inicio los nódulos presentan un color rojo brillante, después se vuelven purpúricos, a medida que se van aplanando y comenzando a desaparecer adquieren un color amarillento o violáceo que asemeja a un hematoma, pudiendo dejar un color grisáceo hasta su completa desaparición.

Junto a todas estas manifestaciones se suelen añadir una serie de síntomas generales como malestar general, debilidad, dolores articulares, febrícula, y también otras manifestaciones específicas en función del factor desencadenante. El eritema nodoso suele ser una reacción de la piel secundaria a una causa subyacente:

- Infecciosa: infecciones por estreptococo, tuberculosis, campylobacter, yersinia, shigella, leptospirosis, lepra, micosis, hepatitis B, virus de Epstein-Barr, parvovirus, toxoplasmosis, lambliasis, amebiasis, ascariasis, teniasis.
- Enfermedades sistémicas: tumores hematológicos, colitis ulcerosa, enfermedad del Crohn, lupus, vasculitis.
- Medicamentos: sulfamidas, salicilatos, penicilinas, anticonceptivos, sales de oro, yoduros, bromuros.
- Otros: embarazo.

Aunque estos pueden ser algunos de los desencadenantes, en aproximadamente la mitad de los casos de eritema nodoso la causa es desconocida.

2 Objetivos

Conocer los signos y síntomas de esta afección, el tratamiento y las posibles causas.

3 Caso clínico

Motivo de consulta:

- Eritema nodoso en gestante

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- No intervenciones quirúrgicas previas.
- No hábitos tóxicos.
- No enfermedades médicas de interés.
- Antecedentes obstétricos: primer embarazo con preeclampsia leve. Inducción del parto en la semana 38. Parto normal. Niño sano. No abortos.

Tratamiento actual:

- Adiro de 100mg por las mañanas

Enfermedad actual:

Mujer de 32 años que es remitida desde atención primaria por eritema nodoso a estudio. Desde 2012 refiere episodios de repetición de esta afección. Comenta aparición de nódulos en miembros inferiores dolorosos que duran unas 4-5 semanas, que se acompañan de malestar general, artralgias, molestias de garganta, sin fiebre ni otras manifestaciones. En otras ocasiones lo trata con paracetamol o antiinflamatorios, y en una ocasión con antibiótico debido a que había sobreinfección bacteriana que fue confirmada con test rápido de estreptococo. En esta ocasión, la paciente está embarazada de 18+3 semanas, cree que le han durado más de lo habitual y se han extendido también a los brazos, que no le había sucedido en anteriores ocasiones. Esta vez aparecieron los nódulos hace aproximadamente 2 meses (ya estando embarazada). Reconoce con el anterior embarazo un brote especialmente intenso con lesiones de mayor tamaño aunque no tanta cantidad como en esta ocasión que refiere en torno a 20 lesiones en piernas (actualmente en remisión). Comenta edematización de las piernas y descamación cutánea al resolverse las lesiones. No fiebres ni sensación distérmica. No reacción de fotosensibilidad, ni otras lesiones cutáneas. No ha tenido pérdidas fetales ni complicaciones en el embarazo, salvo preeclampsia leve en el anterior. No aftas orales ni genitales. Menstruaciones normales cuando no estaba embarazada.

Exploración física:

- Temperatura 37°C; TA: 112/70 mmHg; FC: 97 lpm; Peso: 77.7 kg; Talla: 165cm.
- Buen estado general. Eupneica en reposo. Normocoloreada, normoperfundida y normohidratada.
- No se palpan adenopatías cervicales, supraclaviculares ni axilares. Cavidad oral sin lesiones ni exudados faríngeos.
- Auscultación sin ruidos sobreañadidos ni soplos.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Palpación de útero grávido.
- En extremidades no hay lesiones en miembros superiores. En miembros inferiores áreas de descamación superficial, con palpación de nódulos de profundidad en pierna derecha, sin inflamación activa en estos momentos (residual), con hiperpigmentación cutánea, no lesiones de eritema nodoso activas.

4 Resultados

En el momento de la consulta la paciente se encuentra bien. No ha vuelto a tener lesiones y han desaparecido las anteriores. Está en seguimiento por ginecología. No ha precisado toma de antiinflamatorios. Los resultados analíticos han sido

negativos. EC a normal, ANA negativos. La paciente no tiene clínica en este momento por lo que no precisa tratamiento farmacológico.

5 Discusión-Conclusión

En este caso se trata de un eritema nodoso en relación con la gestación. Las mujeres entre los 20 y 40 años son más propensas a esta enfermedad. En muchos casos el eritema nodoso es un síntoma de alguna otra enfermedad o una reacción a un fármaco, pero en al menos un tercio de los casos la causa es de origen desconocido.

6 Bibliografía

- Eritema nodoso- ClinicalKey [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2019].
- Eritema nudoso - Trastornos de la piel [Internet]. Manual MSD versión para público general. [citado 17 de diciembre de 2019].
- I. Sota, E. Oñate, E.G. Pérez-Yarza, F. López, A. Ruiz, Y. Albisu. Eritema nudoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr (Barc)*., 61 (2004), pp. 403-407.
- I. Sota, E. Oñate, E.G. Pérez-Yarza, F. López, A. Ruiz, Y. Albisu. Eritema nudoso: modificación etiológica en las dos últimas décadas. *An Pediatr (Barc)*., 61 (2004), pp. 403-407
- Noguerol Casado MJ, Seco González A. Eritema nodoso. *Guías Clínicas*. 2005;5.
- Noguerol Casado MJ, Seco González A. Eritema nodoso. *Fisterra*. *Guías clínicas* 2005;5(1) [consultado el 20/02/2009].

Capítulo 126

CASO CLÍNICO: CURA DE HERIDA QUIRÚRGICA MEDIANTE TÉCNICA MÖLNDAL EN CIRUGÍA DE PRÓTESIS DE RODILLA

PAULA GUTIÉRREZ DIAZ

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

NURIA GONZALEZ PULIDO

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

1 Introducción

La cura de la herida quirúrgica tras la intervención de prótesis total de rodilla consiste en la aplicación de un apósito de hidrofibra de hidrocoloide fijado con un film de poliuretano que inicialmente se aplica en quirófano tras el cierre de la herida quirúrgica por primera intención. Este tipo de cura permite no tener que levantar el apósito hasta un máximo de 7 días tras la intervención, a menos que presente complicaciones.

2 Objetivos

Describir el abordaje a seguir para una correcta aplicación de la técnica Mölndal como método de tratamiento electivo en la cura de herida quirúrgica en la cirugía de prótesis de rodilla.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 63 años intervenida de prótesis total de rodilla derecha en diciembre de 2019. Como antecedentes personales, la paciente es fumadora y bebedora de alcohol ocasional. No presenta otros antecedentes de interés ni toma medicación habitual. La intervención realizada consiste en el reemplazo total de la articulación de la rodilla por una articulación artificial, una prótesis.

4 Resultados

La técnica mölndal fue descrita por primera vez en el hospital de Mölndal (Suecia) por Agnetha Folestad en 2002. Esta técnica tiene como objetivo evitar las complicaciones que se puedan producir en el proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas previniendo la infección, la formación de flictenas en la piel perilesional, la maceración o la aparición de dehiscencias, promover la comodidad del paciente reduciendo los cambios de apósito y permitir una higiene corporal sin limitación. Además se produce una optimización de recursos sanitarios, mejorando el coste-efectividad, disminuyendo el tiempo y la carga de trabajo del personal de enfermería.

La técnica Mölndal se basa en la cura de heridas en ambiente húmedo mediante la aplicación de un apósito de hidrofibra de hidrocoloide fijado con un film de poliuretano. Esto permite no tener que levantar la cura hasta un máximo de 7 días tras la intervención, a menos que presente complicaciones como infección, sobresaturación de la hidrofibra o que se despegue el apósito secundario.

Técnica:

- La cura debe de realizarse por primera vez en quirófano, con técnica aséptica e inmediatamente después de suturar la herida quirúrgica. Una vez suturada la herida, lavar con suero fisiológico y aplicar clorhexidina alcohólica al 2%, dejando secar al aire, al menos 30 segundos.
- Utilizar una tira de apósito de hidrofibra de hidrocoloide, que se colocará sobre la herida quirúrgica, cubriéndola en su totalidad y sobrepasando ligeramente los bordes.
- Como apósito secundario, se utiliza film transparente de poliuretano, que permite el aislamiento de la herida respecto a los agentes externos y al mismo tiempo la inspección y evaluación diaria de la misma.

- En caso de precisar vendaje compresivo, este se realizará de forma externa sobre la cura Mölndal.
- La revisión de la herida se realizará diariamente (sin levantar el apósito), realizando una revisión visual de la zona.
- La gran capacidad de absorción y de retención de la hidrofibra y las propiedades semipermeables del apósito secundario permiten mantener la cura hasta 7 días, a menos que presente alguna de las siguientes circunstancias: film protector despegado, fibra de hidrocoloide sobresaturada o signos de infección.
- En condiciones normales tras 7-10 días la herida podrá quedar al aire.

5 Discusión-Conclusión

La técnica Mölndal es considerada una práctica clínica recomendable por su bajo coste, fácil aplicación y eficacia en la cicatrización de heridas quirúrgicas. Esta técnica tiene como objetivo evitar las complicaciones que se puedan producir en el proceso de cicatrización de las heridas quirúrgicas, promover la comodidad del paciente y optimizar los recursos sanitarios, mejorando el coste-efectividad, disminuyendo el tiempo y la carga de trabajo del personal de enfermería.

6 Bibliografía

- Viela-Garro A, Fernández-Chueca J, Belzunce-Alonso P, Eraso-Lara I. Aplicación de la técnica Mölndal en PTR. *Infotrauma*. 2012; (20):32-4.
- Solá-Arnau I, Alonso-Coello P, coordinadores. *Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010. p. 59-61. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24*. [Acceso 14/01/2014].
- Lopez De los Reyes R, Vives Rodríguez C, Rumbo Prieto J, Arantón Areosa L, Delgado Fernández R, Sanmartín Castrillón R, et al. Aplicación de la técnica mölndal en la cicatrización de heridas quirúrgicas agudas e incisiones de drenajes. 2014; *Enfermería Dermatológica* (8 (21)):7-14. [Acceso Abril 2017] [Internet]
- Banco de Preguntas Preevid. Existe evidencia que apoye el uso de la técnica Mölndal frente a la cura tradicional en heridas de cirugía abdominal, torácicas y/u ortopédicas? *Murciasalud*, 2015.
- De Quintanilla C. Consejos y cuidados tras cirugía de prótesis de rodilla. *Vida, familia y salud*. Portal de Atención Primaria en Salud del ISSS. 5/23/2017.

Capítulo 127

FIBROMIALGIA Y EJERCICIO FÍSICO

ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ

CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ

COVADONGA ALBA FERNANDEZ

MARIA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

La fibromialgia (FM) es un síndrome clínico de etiología aún desconocida, caracterizado principalmente por un estado de dolor músculo-esquelético crónico y generalizado y mayor sensibilidad ante estímulos dolorosos. La FM presenta una prevalencia que oscila en torno al 2-8% de la población, siendo el segundo desorden reumático más común (por detrás de la osteoartritis). Aunque las mujeres presentan una mayor ratio de afectación que los hombres, el riesgo de desarrollar FM incrementa con la edad para ambos sexos, alcanzando su pico de incidencia en la franja de edad de los 45-55 años .

La FM causa un profundo sufrimiento a las personas que la padecen, incluyendo dolor músculo-esquelético y rigidez, fatiga y sensación de agotamiento y cansancio, altos niveles de ansiedad así como problemas de concentración, memoria, hipersensibilidad visual y táctil, pobre nivel de condición física y una mayor disposición a sufrir episodios de depresión. Todos estos aspectos a menudo conllevan a que este colectivo manifieste una notable merma en su calidad de vida .

La terapia farmacológica parece presentar un efecto positivo y limitado sobre el dolor y la función física en personas con FM. Sin embargo, su ingesta podría producir efectos secundarios como náuseas, edemas, ganancia de peso o taquicardia. Además, el coste de acceso a estos medicamentos es alto. Toda esta coyuntura ha llevado a la búsqueda de terapias complementarias y no farmacológicas que permitan de forma eficaz y segura (sin efectos secundarios adversos) una mejora en los principales síntomas de esta enfermedad que permitan un incremento en la calidad de vida de las personas con FM.

2 Objetivos

- Conocer cómo influye el ejercicio físico en la mejora de la calidad de vida del paciente con fibromialgia.

3 Metodología

La pregunta de investigación que se ha planteado es “¿Cómo influye el ejercicio físico en la mejora de la calidad de vida del paciente con fibromialgia?”. Se realiza una revisión bibliográfica utilizando bases de datos internacionales de ciencias de la salud como Pubmed, The Cochrane Library, Cuiden, Fisterra y Dialnet.

Las palabras clave empleadas son fibromialgia, ejercicio físico, calidad de vida, combinándolas con los operadores booleanos “and” y “or”.

La información está acotada a los últimos 10 años, se recogen tanto artículos en inglés como en español. Fueron elegibles los estudios de diferentes países, que incluyan pacientes diagnosticados de fibromialgia, cuyo tema central sea la asociación entre fibromialgia y el ejercicio físico.

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

De cada uno de los estudios seleccionados, se extrae el artículo completo, se traduce (dependiendo del caso) y se extraen los datos más relevantes.

4 Resultados

Un estudio realizado en Alicante en 2019 analiza los efectos de un programa de ejercicio físico concurrente y supervisado de 4 semanas de duración sobre variables de capacidad funcional, dolor, calidad del sueño, calidad de vida y condición física relacionada con la salud en dos mujeres adultas diagnosticadas con

fibromialgia, los resultados apoyan el rol del ejercicio físico como terapia complementaria para el tratamiento de la FM, sobre todo por la mejora que produce en percepción del dolor y calidad de vida de las personas que la padecen. (1)

Un programa de actividad física acuático es un medio idóneo para mejorar las capacidades físicas y el bienestar psicológico en un paciente con fibromialgia según determina un estudio realizado por Enriquez-del castillo et all. (2)

Yusleidy et al realizan un estudio en 2015 en el cual desarrollan ocho talleres para orientar a los pacientes acerca de las características de la enfermedad y la importancia de la rehabilitación física sistemática, así como ejercicios aeróbicos, de estiramientos y de corrección postural. Los resultados muestran que los ejercicios físicos aplicados contribuyeron a la rehabilitación física de los pacientes con fibromialgia. Los talleres permitieron elevar el conocimiento de los pacientes con fibromialgia acerca de las características y evolución de la enfermedad, así como de la importancia del ejercicio físico para su rehabilitación. (3)

Un estudio realizado en Colombia en 2015 evidencia una mayor eficacia del ejercicio físico regular, en comparación con el tratamiento convencional, para mejorar la calidad de vida de pacientes con fibromialgia. (4)

5 Discusión-Conclusión

La práctica regular de ejercicio físico ha demostrado ser una terapia complementaria eficaz y segura para el manejo de la fibromialgia, sin embargo existen ciertas limitaciones metodológicas en los estudios que deberían de ser sufragadas en futuros trabajos antes de poder establecer un posicionamiento sólido en relación a la práctica regular de ejercicio físico en el manejo de esta enfermedad. Así, y por ejemplo, muchos de los estudios de intervención publicados no informan convenientemente de parámetros como la intensidad, duración o tipo de ejercicios de los programas administrados; y/o de las pruebas de evaluación llevadas a cabo. Esta circunstancia impide el conocimiento relativo al verdadero efecto del ejercicio físico sobre esta enfermedad. Además, el efecto de programas de ejercicio físico sobre variables de corte psicológico (ansiedad, depresión, calidad del sueño...) en personas con FM ha recibido escasa atención por la comunidad científica .

Sería interesante seguir investigando de cara a unificar criterios y poder ofrecer una atención de calidad al paciente con fibromialgia.

6 Bibliografía

- 1. Pomares-Sepulcre, G., Ayala Rodríguez, F., López-Valenciano, A. y Ruiz-Pérez, I. (2019). Efectos de un programa de ejercicio físico concurrente y de corta duración sobre los principales síntomas, autoconcepto, calidad de vida y condición física en pacientes con fibromialgia: Un estudio de casos. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 424, 69-87
- 2. Enriquez-del Castillo, L. A., Irigoyen Gutiérrez, H. E., Vázquez-Rodríguez, A., Franco Gallegos, L. I., Miguel Torres, K. D., & Márquez Mendoza, N. (2018). Actividad física y fibromialgia: Estudio de caso. *Movimiento científico issn-l:2011-7191*, 12 (2), 55-62.
- 3. Gordo-Gómez ,YM. Rodríguez-Gámez, JM . Ramírez-Guerra DM.(2015). Estudio sobre los ejercicios físicos para la rehabilitación de pacientes con Fibromialgia *Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, ISSN-e 1996-2452, Vol. 10, Nº. 2, 2015, págs. 136-148
- 4. Cardona-Arias,J. Mantilla-Gutiérrez,C.Higuita-Gutiérrez,LF. Eficacia del ejercicio físico sobre la calidad de vida en fibromialgia: meta-análisis de ensayos clínicos. *Arch Med Deporte* 2016;33(4):244-252.

Capítulo 128

COMPLICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

LAURA SALCEDA GARCÍA

M DEL MAR GARCIA PRESA

1 Introducción

Los profesionales de los servicios de maternidad de los hospitales ejercen un papel muy importante en el ejercicio de la práctica de la lactancia materna, ya que el parto y los primeros días postparto, condicionarán, su utilización y éxito. La lactancia materna es el alimento idóneo para el desarrollo físico y psíquico del ser humano en los primeros meses de vida. Es también uno de los principales factores de protección frente a enfermedades infecciosas. Si no se cuenta con un asesoramiento adecuado, pueden presentarse complicaciones que lleven a un fracaso de la lactancia materna.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Identificar las urgencias más comunes respecto a la lactancia materna.

Objetivo específico:

- Identificar las causas de fracaso de la lactancia materna.
- Establecer las medidas de prevención y tratamiento de las complicaciones de la lactancia materna.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en las diferentes bases de datos científicos, como Scielo, Cuiden y la biblioteca Cochrane Plus. Se seleccionan los documentos que relacionasen la actividad enfermera con los problemas derivados de la lactancia materna, su tratamiento y prevención, se han escogido artículos preferiblemente en castellano.

Palabras clave: lactancia materna, enfermería, urgencias, fracaso lactancia materna.

4 Resultados

Las posibles causas del fracaso de la lactancia materna, pueden deberse a:

Problemas precoces:

- Pezón doloroso.
- Grietas.
- Ingurgitación.

Problemas tardíos:

- Mastitis.
- Obstrucción del conducto lácteo.
- Absceso mamario.

Debido a las complicaciones iniciales que pueden presentarse, muchas mujeres acaban por optar por el destete precoz, ya que tampoco se les ofrece una ayuda útil para resolverlos. La mayor parte de los problemas experimentados durante la lactancia, pueden ser prevenidos o aliviados, pero es necesario el reconocimiento e intervención por parte de los profesionales.

Grietas en el pezón: se asocian a las primeras semanas de lactancia materna. Puede deberse a una mala posición del bebé al amamantar, ocasionando un dolor máximo al inicio de la toma, que puede llevar a vómitos hemáticos por parte del lactante al deglutir sangre. Se debe asegurar una postura correcta de amamantamiento. Como medida terapéutica, cremas con base de lanolina o parches de hidrogel para calmar el dolor.

Mastitis: suele ocurrir entre la segunda y tercera semana del postparto. In-duración dolorosa en la superficie de la mama, enrojecimiento, hinchazón y calor en la zona. Si la infección progresa, puede derivar en un absceso. Para su tratamiento se aconseja continuar con la lactancia materna, colocar compresas

de agua tibia sobre el pecho para favorecer la eyección láctea, se puede administrar analgesia para disminuir el dolor y la inflamación. Los antiinflamatorios tipo ibuprofeno han demostrado ser eficaces.

Pezones planos o invertidos: los pezones planos son aquellos que no sobresalen hacia fuera y los pezones invertidos son aquellos que se hunden hacia dentro en lugar de proyectarse hacia fuera. No contraindica la lactancia, pero hay que tener en cuenta ciertos factores:

- Procurar que el niño tenga la boca bien abierta antes del sellado.
- Iniciar el amamantamiento sobre el pezón invertido.
- Estimular el pezón antes de ofrecer el pecho y realizar una ligera presión para que protruya.
- Intentar aplicar una bomba de extracción durante unos segundos.

5 Discusión-Conclusión

De las complicaciones que pueden surgir en la lactancia materna, las más frecuentes en las primeras semanas son el dolor y las grietas en el pezón, lo que provoca que hasta un tercio de las madres que inician la lactancia materna cambien a métodos de alimentación alternativos durante las 6 primeras semanas después del parto. El método más eficaz que se puede emplear es una adecuada educación sanitaria preparto y postparto relacionada con la técnica de lactancia materna y la información anticipada acerca de la identificación y el tratamiento de estos problemas.

El personal de enfermería juega un papel fundamental para prevenir y tratar los problemas mencionados, proporcionando una información adecuada y animando a las madres a acudir a clases de educación prenatal o a que contacten con profesionales con experiencia que puedan darles información o con grupos de apoyo.

6 Bibliografía

- Hernández MT, Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63(4):340.
- Borrero-Pachón MP, Olombrada-Valverde AE, Martínez de Alegría MI. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en una recién nacido

pretérmino. Rev Enfermería Clínica. 2009; 20 (2):119-125

- Braña Marcos B. El manejo del dolor del pezón y/o las lesiones asociadas a la lactancia materna. Rev Enfermería Clínica. 2007; 17 (6):334-6.

- Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. Enfermería Global. 2013; 12 (31): 443-451.

Capítulo 129

CUIDADOS ENFERMEROS OBSTÉTRICOS EN LA EPISIOTOMÍA Y DESGARROS VAGINALES.

SARA SÁNCHEZ JUARROS

NOELIA MORENO SANROMÁN

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Al corte que se realiza en el borde inferior de la vagina, entre 45° y 60° grados de la horquilla del periné, se le denomina episiotomía. Sus indicaciones para realizarla son: cuando el parto nos exige acortar el momento expulsivo, sufrimiento fetal y distocia de hombros. A día de hoy en la mayoría de paritorios se lleva a cabo la episiotomía restrictiva la cual sólo se realizaría en los supuestos anteriores.

En ocasiones, pese a no realizarla es posible que la mujer sufra desgarros vaginales que necesitan ser suturarlos. Ya sea por episiotomía o por un desgarro suturado, ambas situaciones plantean una herida quirúrgica. Una de las complicaciones de las heridas quirúrgicas es la infección de esta, por tanto resulta necesario instruir a la mujer para un cuidado eficaz de la herida y prevenir complicaciones futuras.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados que debe llevar a cabo, una paciente a la que se le ha realizado algún tipo de reparación perineal tras el parto.

3 Metodología

La metodología empleada para la obtención de la información ha seguido un proceso planificado, estructurado y recurrente a través de una búsqueda exhaustiva de literatura utilizando las palabras clave episiotomía, cuidados, desgarros vaginales, enfermería; para ello se accedió a diversas bases de datos como Scielo, Cuiden, LILACS y revistas científicas. Posteriormente se procedió a la selección y el análisis crítico de la información.

4 Resultados

Tanto las episiotomías como en los desgarros requieren puntos de sutura para reparar y garantizar la mejor cicatrización. La mayoría de las mujeres sanan sin problema y para ello deben llevar a cabo unos cuidados generales de la herida:

- Lavar cuidadosamente la zona de adelante hacia atrás, no más de dos veces al día, de lo contrario no estaríamos favoreciendo que la herida se mantuviese seca.
- Cada vez que se defeque, será necesario limpiarse de adelante hacia atrás y posteriormente lavar la zona.
- No secar nunca por arrastre. Secar con toallas suaves, a golpecitos.
- Cambiar la compresa cada 2-3 horas o cuando se note empapada, de esta manera la herida se mantendrá en un medio más seco y no habrá maceración de la misma.
- El jabón de elección será uno cuyo pH sea neutro, de por sí tras el parto el pH vaginal será más ácido de lo normal para proteger frente a infecciones.
- Usar ropa interior de algodón, ya que la transpiración es mayor.
- Es importante una dieta rica en fibra e hidratación para evitar el estreñimiento, y con ello esfuerzos a la hora de defecar con la consiguiente tensión para la zona.
- No está aconsejado sentarse con flotadores o cualquier elemento que deje al descubierto la zona de la herida ya que aumenta la presión en esa zona y hay riesgo de dehiscencia.
- Si existe dolor para sentarse, lo mejor es apoyar la espalda en el respaldo y contraer las nalgas para sentarse, resultará menos doloroso.

5 Discusión-Conclusión

Es importante llevar a cabo unos cuidados adecuados, si no ocurre ningún problema la herida curará al mes aproximadamente y los puntos reabsorbibles irán desapareciendo. Se ha de instruir al personal que atiende el puerperio los primeros días para valorar la zona e indicar si es preciso hielo, analgésicos o antiinflamatorios para disminuir todo lo posible el edema y molestias, y por otro lado, a la mujer una vez que se haya dado de alta para que observe cualquier cambio en la herida para poder actuar con tratamiento antibiótico antes de que se produzcan signos de alarma en la zona de los puntos. Se recomienda realizar seguimiento y control al cumplimiento de los cuidados en todas las etapas de recuperación de la puérpera, especialmente en el puerperio inmediato.

6 Bibliografía

- Carroli G, Belizan J; Episiotomía en el parto vaginal.
- Morillas Salazar RM; Cuidados enfermeros obstétricos en la episiotomía y desgarro vaginales.
- Vardon D., Reinbold D., Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes.
- Pires de Oliveira H. The practice of episiotomy: a qualitative study on perceptions of a group of women.
- Clemos Salcedo L; Fernández I; Gómez Ruíz V. Educación para la salud y cuidados del trauma perineal postparto.

Capítulo 130

ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO

CARLA MARÍA FERNÁNDEZ CASTRO

1 Introducción

La prevención, el control y el tratamiento de la enfermedad de Chagas en países no endémicos representa un nuevo reto para el sistema de salud pública de nuestro entorno. Gracias a diferentes estudios realizados por equipos de profesionales implicados en la prevención y tratamiento de patología tropical, se ha podido profundizar en las medidas de intervención que es necesario aplicar para hacer frente a la enfermedad de Chagas. Los esfuerzos de los últimos años y la aprobación del protocolo en 2010 del cribado y diagnóstico de la enfermedad de Chagas, en mujeres embarazadas latinoamericanas y sus hijos por parte de la Generalitat de Catalunya, mejoraron su prevención.

La enfermedad de Chagas cumple todos los criterios para que se realice un cribado en nuestro medio.

Epidemiología y mecanismos de transmisión: es una enfermedad infecciosa provocada por el parásito *Trypanosoma cruzi*. Las principales vías de transmisión son:

- Vectorial: a través de la picadura de triatomas hematófagos, que transmiten el parásito cuando defecan sobre la piel o las mucosas al picar. El parásito se introduce en el organismo por cualquier solución de continuidad de la piel o las mucosas cuando el individuo se toca o rasca la picada.
- Vía sanguínea: por transfusión de sangre y trasplante de órganos contaminados.
- Transmisión vertical: la tasa de transmisión es alrededor del 4-7% en nuestro medio, alcanzando el 12% en algunos países de origen.

Esta enfermedad es endémica de zonas continentales del norte, centro y sur de América (excepto islas del Caribe). La tasa de prevalencia es muy variable dependiendo del país. En nuestro medio, dado que no existe el vector (insecto chinche o vinchuca) y se realiza un cribado sistemático en todas las donaciones de sangre, órganos y tejidos, la principal vía de transmisión es la vertical. Según estudios realizados en Catalunya, la prevalencia de enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas latinoamericanas es del 3.4%, llegando al 27.7% en gestantes procedentes de Bolivia. A causa de los movimientos migratorios, se calcula que viven en Catalunya cerca de 334.000 personas originarias de países endémicos. Con una prevalencia del 3,4% en el conjunto de los países latinoamericanos (excepto las islas del Caribe), se calcula que en nuestro medio hay en la actualidad alrededor de 11.000 personas infectadas por el T. cruzi.

2 Objetivos

- Ampliar conocimientos sobre la enfermedad de Chagas en mujeres gestantes.
- Conocer los tipos de tratamientos para la enfermedad.
- Describir el manejo de la gestación en mujeres afectadas.
- Delimitar el cribado poblacional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermedad presenta dos fases:

- Fase aguda: cursa de forma asintomática, pasando inadvertida en la mayoría de casos.
- Fase crónica: forma indeterminada (60% de los casos), suele dar ausencia de sintomatología, pudiéndose reactivar tras décadas de la infección o ante la presencia de enfermedades concomitantes como la infección por VIH u otras causas

de inmunosupresión. Forma sintomática (40% de los casos), puede cursar con alteraciones cardíacas (10-30%), digestivas (5-10%) o del sistema nervioso, con distintos grados de gravedad. Las complicaciones pueden ser graves y producir la muerte, sobre todo si existen alteraciones cardíacas.

Diagnóstico: el diagnóstico de la enfermedad de Chagas puede realizarse con test parasitológicos o serológicos.

- Pruebas parasitológicas: identificación directa del parásito por microhematocrito o por técnicas de PCR (actualmente en estudio).
- Pruebas serológicas: se requerirá la confirmación serológica por 2 métodos diferentes para hacer un diagnóstico definitivo.

Tratamiento: se realiza en una única tanda de 60 días, con Benznidazol (Nifurtimox como alternativa) disponibles ambos como medicación extranjera. Reduce la duración y la gravedad de la enfermedad aguda eliminando la parasitemia. La efectividad del tratamiento mantiene una relación inversa al tiempo de evolución de la enfermedad. Son altamente efectivos en el primer año de vida (curación del 100% de los casos) y en la fase aguda, disminuyendo su efectividad con el tiempo de infección (algunos estudios reportan un 25% de curación parasitológica en adultos tratados en la fase crónica). El tratamiento se debe realizar siempre en los casos diagnosticados en menores de 12 años y en casos de reactivación. Posteriormente, se recomienda también ofrecer el tratamiento ya que el tratamiento sintomático puede mejorar la evolución de la enfermedad aunque no se consiga su curación.

El uso de Benznidazol o de Nifurtimox está contraindicado durante el primer trimestre del embarazo. No existen estudios sobre los efectos del tratamiento durante la gestación en humanos. Dada la baja eficacia del tratamiento en adultos en fase crónica, el riesgo-beneficio no justifica el tratamiento durante la gestación. En caso de gestación bajo tratamiento con Benznidazol se aconseja suspender el tratamiento aunque no está justificada la interrupción legal del embarazo. Debe realizarse un seguimiento ecográfico estricto.

En cuanto al protocolo de cribado en mujeres embarazadas, la población diana constituye mujeres embarazadas con las siguientes características:

- Origen latinoamericano (excepto islas del Caribe).
- Madres de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe), incluso si la paciente ha nacido aquí.
- Estancia superior a 1 mes en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe).

Momento de cribado: el cribado de la enfermedad de Chagas se realizará mediante prueba serológica (técnica ELISA), que se incluirá en la primera analítica que se solicite, idealmente en el primer trimestre de la gestación.

En las gestantes controladas en el CAP de referencia, debe comprobarse que se haya realizado el cribado en el momento de la primera visita hospitalaria. Si no se hubiera realizado, debe solicitarse en ese momento. Asimismo, a las gestantes que ingresen en trabajo de parto se les solicitará la serología de T.Cruzi en urgencias o en la sala de hospitalización.

Para la solicitud en el SAP existe una pestaña en el apartado perfiles (serología IgG anti-Trypanosoma cruzi). En caso de serología negativa, la paciente seguirá control clínico habitual del embarazo. La negatividad de la prueba debe constar en la historia clínica y en la cartilla de la embarazada. En caso de que la prueba de cribado sea positiva, con la misma muestra de sangre el laboratorio de microbiología realizará automáticamente una prueba serológica de confirmación diagnóstica, con un antígeno diferente (ELISA recombinante). En caso de discrepancia entre las dos pruebas, el laboratorio realizará una tercera prueba de desempate (IFI). El resultado informado por el laboratorio de microbiología será el resultado definitivo.

Existe un sistema de comunicación entre el laboratorio de microbiología, la unidad de infecciones perinatales y el departamento de medicina tropical. Por tanto, en las pruebas intraparto no es necesario demorar el alta de la paciente hasta obtener el resultado serológico. La persona cribada deberá conocer que se ha cursado la serología y que en caso de positividad, será contactada. Deben actualizarse los datos personales de contacto de la historia clínica.

En el manejo de la gestación en la gestante infectada por t.cruzi, se realizarán las siguientes pautas:

- Informar a la paciente del diagnóstico.
- Informar del riesgo de transmisión vertical y de la necesidad de seguimiento neonatal.
- Remitir al servicio de medicina tropical, para una valoración del estado clínico y detección de formas crónicas sintomáticas. La detección de cardiopatías durante la gestación es de especial importancia debido a las posibles repercusiones en el tercer trimestre y el parto. Se realizará un cribado con ECG en todos los casos y se complementará el estudio cardiológico con ecocardiografía cuando se considere indicado.
- Las pacientes diagnosticadas en el área básica de referencia son derivadas directamente al servicio de medicina tropical y en ausencia de complicaciones o de enfermedad sintomática realizan el seguimiento gestacional en su área básica

desde donde son derivadas a la unidad de infecciones perinatales en el tercer trimestre (32 semanas).

La conducta intraparto frente a la enfermedad de Chagas no requiere de modificaciones en la conducta obstétrica habitual. Por tanto, se actuará según los protocolos vigentes.

5 Discusión-Conclusión

El hecho de tener Chagas no impide que se tenga un desarrollo normal del embarazo, pero es muy importante que la madre embarazada que sufre de Chagas realice controles y siga estrictamente las indicaciones del médico, ya que una madre afectada puede transmitir la enfermedad a su hijo durante el embarazo o durante el parto.

Se calcula que el riesgo de transmisión de madre a hijo es entre un 3% y un 5%. Por este motivo, hay que averiguar con un análisis de sangre si el niño contrajo la infección. Es conveniente hacer la prueba tras el nacimiento y, en caso de que sean negativas, repetirla al cabo de nueve meses. En caso positivo, entonces se tendrá que empezar el tratamiento farmacológico, ya que hasta el primer año de vida, gracias al tratamiento específico, se consigue una curación completa.

Las madres también pueden ser tratadas, pero hay que esperar a después de la lactancia, ya que el tratamiento no se recomienda en embarazadas y lactantes.

El Chagas no se transmite a través de la leche materna, por tanto las madres con Chagas pueden dar el pecho a sus bebés sin ningún riesgo.

Debido al creciente volumen de población inmigrante procedente de áreas en las que la enfermedad de Chagas es endémica, se está produciendo un aumento de casos de enfermedad de Chagas congénita en nuestro medio. El tamizaje sistemático de la enfermedad en gestantes procedentes de dichas áreas es fundamental para la detección de las embarazadas infectadas. La detección de gestantes infectadas es el mejor medio para llegar al diagnóstico precoz de infección congénita en el recién nacido y establecer así un tratamiento en fases tempranas de la enfermedad, de manera que éste sea más efectivo.

6 Bibliografía

-OMS. Control sobre la enfermedad de Chagas. Ginebra: WHO Press; 2003.

- OMS. Reporte sobre la enfermedad de Chagas. Buenos Aires-Argentina; 2007.
- Documento de consenso de recomendaciones para el control de la infección por *Trypanosoma Cruzi*/ Enfermedad de Chagas en gestantes latinoamericanas. Grupo de trabajo de la CAM. 2008.
- Flores-Chavez M, Fuentes I, Gárate T, Cañavete C. Diagnóstico de laboratorio de la enfermedad de Chagas importada. *Enferm Infec Microbiol Clin* 2007;25 (3):29-37.
- Freilig HC, Corral RS, Katzin AM, Ginststein S. Antigenuria in infants with acute and congenital Chagas' disease. *J Clin Microbiol* 1987;25:133-7.

Capítulo 131

VIRUS ZIKA Y GESTACIÓN

CARLA MARÍA FERNÁNDEZ CASTRO

1 Introducción

El virus Zika es un flavivirus que se transmite por los mosquitos del género *Aedes* (también vectores de transmisión de otras infecciones virales, como el Dengue y el Chikungunya). El periodo de incubación es de 3-12 días (máximo 15 días). Las infecciones asintomáticas son frecuentes (sólo 1 de cada 4 infectados desarrolla síntomas) y las infecciones sintomáticas producen un cuadro leve que puede incluir fiebre moderada, exantema máculopapular pruriginoso que se extiende frecuentemente desde la cara al resto del cuerpo, hiperemia conjuntival o conjuntivitis bilateral, dolores musculares y articulares, y cefalea. Los síntomas pueden durar entre 2 y 7 días. El periodo virémico suele ser corto, desde 2-3 días antes hasta 7 días después del inicio de los síntomas, pero recientemente se ha visto que puede ser más largo, especialmente en gestantes. La viruria puede persistir hasta 2-3 semanas.

La transmisión sexual también ha estado descrita, sobre todo del hombre sintomático a la mujer, pero en alguna ocasión también de la mujer sintomática al hombre, y del hombre asintomático a la mujer. El virus Zika ha sido detectado en el semen de hombres hasta 6 meses después de una infección sintomática y en el moco cervical y secreciones vaginales hasta 14 días después.

En abril de 2015 se produjo un brote muy importante de la infección que se inició en Brasil y se extendió rápidamente a la mayoría de países de Sudamérica, América Central y Caribe con un número muy importante de casos notificados. También existe transmisión de diferente grado en países del

Sudeste Asiático y en algunos países africanos. La lista de países con circulación activa del virus zika se puede encontrar actualizada en la dirección de ECDC: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-countries-with-transmission.aspx

Respecto al embarazo, lo que más preocupa es la relación entre la infección materna y la aparición de microcefalia y otras malformaciones del SNC en los fetos y neonatos. Existe evidencia clara de casos confirmados y ha sido descrito el Síndrome del Zika Congénito que incluye anomalías del SNC, anomalías oculares y auditivas. No obstante, el riesgo real de esta asociación (riesgo de transmisión, riesgo de afectación fetal en casos de transmisión, riesgo en función del trimestre gestacional) está todavía en proceso de valoración. Los últimos datos surgidos de la epidemia 2015-2016 sugieren que el riesgo de afectación fetal y de defectos congénitos sería del 8%, 5% y 4% después de una infección materna en el 1er, 2o y 3er trimestre respectivamente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Asegurar el correcto seguimiento de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos con riesgo de infección por virus Zika que permita realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado de los casos de infección congénita.

Objetivos secundarios:

- Diagnosticar de forma precoz la infección por virus Zika en mujeres embarazadas con riesgo de infección.
- Realizar un adecuado seguimiento del embarazo en mujeres infectadas por el virus Zika.
- Detectar de forma temprana la infección congénita por virus Zika.
- Realizar el seguimiento oportuno de recién nacidos con infección, riesgo de infección o alteraciones asociadas a la infección por virus Zika.
- Comunicar adecuadamente la detección de casos de Zika a las autoridades sanitarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente sobre el virus del Zika y la mujer gestante. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Enfispo y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: Zika virus - Gestación.

4 Resultados

Protocolo diagnóstico en gestantes con riesgo de infección por el Zika. Se considera gestante de riesgo y con criterios de estudio para Zika y necesidad de seguimiento:

1. Toda mujer que haya viajado a zonas endémicas durante el embarazo o en las 8 semanas previas tanto si ha presentado síntomas de infección (durante el viaje o en los 15 días posteriores a su retorno) como si no ha presentado.
2. Toda mujer que haya mantenido relaciones sexuales sin protección (sexo vaginal, anal u oral) durante el embarazo o en las 8 semanas previas, con un hombre o mujer que haya regresado de zonas endémicas. Se considera relación sexual de riesgo cuando fue < 6 meses del regreso si la pareja sexual fue un hombre (con antecedente de infección sintomática o asintomático), o < 8 semanas del regreso si la pareja sexual fue una mujer (con antecedente de infección sintomática o asintomático). Si la pareja sexual ha viajado a zonas endémicas, tanto si ha presentado sintomatología compatible con infección como si ha estado asintomático, se recomienda utilizar preservativo el resto de la gestación (sexo vaginal, anal y oral).

Pruebas diagnósticas recomendadas en las gestantes con exposición de riesgo: Está indicado realizar el estudio diagnóstico en todas las gestantes con antecedente de exposición de riesgo, independientemente de si presentaron síntomas o no. La detección viral (RNA-viral) mediante técnicas de PCR a tiempo real en sangre u orina confirma el diagnóstico de infección materna. La serología (determinación de IgG o IgM Zika) es menos específica, porque puede presentar reacciones cruzadas con otras infecciones por flavivirus (Dengue, West-Nile, Fiebre Amarilla, Encefalitis Japonesa) o por vacunación previa (Fiebre Amarilla, Encefalitis Japonesa, Encefalitis Centroeuropea). Las técnicas de Elisa que se utilizan actualmente son más específicas que la IF pero una IgG o IgM positiva deben ser confirmadas mediante test de neutralización. Los anticuerpos IgM aparecen durante la primera semana de la infección y desaparecerían hacia las 12 semanas, aunque el tiempo de aclaramiento puede ser variable y los anticuerpos IgG

son persistentes. Debido a la mayor rentabilidad diagnóstica de la PCR y por la posibilidad de viremia y viruria prolongadas, se recomienda una determinación en suero y orina a todas las gestantes con exposición reciente (< 2 semanas) y también en gestantes con exposición más lejana con serología positiva (IgG o IgM-zika) independientemente del resultado de la neutralización. Debido a la posibilidad de infecciones concomitantes y de reacciones serológicas cruzadas, cuando se realice la serología para Zika, en el mismo suero se deberá solicitar la serología de Dengue o Dengue y Chikungunya. Tanto la serología específica, como la PCR de Zika/Dengue/Chikungunya se realizan en el laboratorio del Hospital Clínic. El test de neutralización se realiza únicamente en un laboratorio de referencia (Carlos III, Madrid).

El estudio diagnóstico recomendado será diferente en función del tiempo transcurrido desde la exposición de riesgo (< o > 2 semanas) y de la sintomatología (ver Tabla 1 circuito HCP):

I. Antecedente de exposición de riesgo reciente (< 2 semanas) o infección clínica reciente (< 2 semanas síntomas actuales o < 2 semanas

- PCR en sangre: Zika, Dengue y Chikungunya - PCR en orina: Zika.

- Serología (IgG/IgM): Zika, Dengue y Chikungunya.

Asintomáticas con exposición < 2 semanas.

- PCR en sangre: Zika - PCR en orina: Zika.

- Serología (IgG/IgM): Zika y Dengue (por posible reacción cruzada).

Si la paciente presenta síntomas de infección en el momento de la visita se solicitará analítica complementaria (hemograma, PCR, perfil hepático) sobre todo en caso de fiebre, para descartar otras posibles causas de infección como listeriosis (se remite al protocolo específico). No es necesario el aislamiento de la paciente (si se descarta gripe u otras causas). El tratamiento de la infección por Zika es sintomático: antitérmicos (Paracetamol), reposo relativo e hidratación.

Interpretación del resultado de laboratorio: Una PCR positiva (sangre u orina) diagnostica la infección pero es mejor confirmarlo también con la serología. Una serología positiva con PCR negativa debe ser confirmada por neutralización. En exposiciones < 2 semanas con serología y PCR negativas es mejor repetir la serología a partir de las 3 semanas de la exposición por posibilidad de haber realizado la analítica en el periodo de incubación.

En todos los casos se derivará a la paciente a la Consulta de Infecciones para la interpretación de los resultados, programar seguimiento, y notificación a la Agencia Catalana de Salud Pública de los casos positivos. En infecciones sintomáticas

recientes se recomienda también valoración por el Servicio de Medicina Tropical.

II. Antecedente de exposición de riesgo > 2 semanas o infección clínica > 2 semanas: Síntomas > 2 semanas Asintomáticas con exposición hace > 2 semanas.

- Serología (IgG/IgM): Zika, - Serología (IgG/IgM): Zika y Dengue y Cikungunya) Dengue (por posible reacción cruzada)

Interpretación del resultado: si la serología es negativa (IgG e IgM) se descarta la infección por Zika. Si es positiva o dudosa se deberá confirmar por neutralización y solicitar una PCR-Zika en sangre y orina.

En todos los casos se derivará a la paciente a la Consulta de Infecciones para la interpretación de los resultados, programar seguimiento, y notificación a la Agencia Catalana de Salud Pública de los casos positivos.

Circuito HCP: Las muestras de sangre (tanto para PCR como para serología de las 3 infecciones) han de ir en un tubo no 4 (tapón rojo. Tubo sin aditivos). La orina para PCR-Zika ha de ir en un bote de urinocultivo. Las muestras de sangre y orina han de llegar al Laboratorio de Microbiología del HCP el mismo día (de preferencia en nevera).

Seguimiento de las gestantes con riesgo de zika o infección confirmada:

- Se considera gestante con infección confirmada por virus Zika: Gestante con antecedente de viaje a zona de riesgo durante el embarazo o en las 8 semanas previas o con pareja sexual que haya viajado durante el mismo periodo (hasta 6 meses antes) con: i. PCR específica positiva en sangre u orina. ii. Serología contra Zika IgM positiva e IgG negativa, con IgM contra dengue negativa, y seroconversión IgG contra Zika en una muestra posterior y presencia de anticuerpos neutralizantes contra zika (positivos o indeterminados).

- Se considera gestante con infección probable por virus Zika: Gestante con antecedente de viaje a zona de riesgo durante el embarazo o en las 8 semanas previas o con pareja sexual que haya viajado durante el mismo periodo (hasta 6 meses antes) con: i. Serología contra Zika positiva (IgG o IgM) y presencia de anticuerpos neutralizantes contra Zika (positivos o indeterminados) en ausencia de los criterios serológicos de seroconversión para caso confirmado.

Si existe un antecedente de exposición previa a la gestación actual, una serología positiva para ZIKV (IgG confirmada por neutralización) puede indicar también una infección antigua y sin riesgo gestacional, pero si no se puede confirmar con una analítica previa se debería considerar caso probable. Se considera gestante con riesgo de infección por virus Zika: Gestante con antecedente de viaje a zona de riesgo durante el embarazo o en las 8 semanas previas o con pareja sexual que

haya viajado durante el mismo periodo (hasta 6 meses antes) con:

- PCR o serología pendientes de resultado o neutralización pendiente.
- Analítica para estudio Zika no realizada.

Si los resultados de la analítica son negativos, podemos transmitir tranquilidad a la gestante y no es necesario solicitar controles adicionales. Si los resultados son positivos, dudosos o están pendientes, el control de la gestación será el siguiente:

Seguimiento gestacional: Se basa en el seguimiento ecográfico/de imagen para el diagnóstico de posibles anomalías fetales. Tal como sucede en otras infecciones la evidencia actual sugiere que las infecciones con mayor riesgo serían las que ocurren <20 semanas de gestación, aunque los marcadores ecográficos de afectación fetal pueden ser de aparición tardía. Las anomalías ecográficas prenatales más frecuentemente descritas incluyen:

- Microcefalia (perímetro cefálico <-3SD o <-2SD en presencia de otras anomalías).
- Ventriculomegalia severa (>15 mm).
- Calcificaciones intracraneales (sobre todo a nivel subcortical).
- Incremento del espacio subaracnoideo, adelgazamiento cortical (atrofia cerebral).
- Anomalías de la maduración cortical (lisencefalia, paquigiria, polimicrogiria anomalías operculares).
- Disgenesia, hipoplasia del cuerpo calloso.
- Hipoplasia cerebelosa.
- Micooftamia, cataratas.
- Signos de artrogriposis.

Día del parto y seguimiento postnatal: En ausencia de otras complicaciones, el control y la vía del parto serán los habituales. Recogida de muestras en el momento del parto: En las muestras de placenta, y en el recién nacido, las determinaciones de PCR e IgM serán únicamente para Zika, no es necesario valorar Dengue y Chikungunya excepto en casos de sospecha de alguna de estas 2 infecciones (PCR específica o IgM positivas durante la gestación). Se recogerá Placenta: Muestra (dado placentario) en fresco para PCR-Zika a microbiología (cursar en bote estéril, petición en SAP como muestra genérica. Enviar de forma preferente al Laboratorio de Microbiología (a lo largo del mismo día) y guardar en nevera) (HCP: Petición SAP: Microbiología/Molecular/Virus /PCR zika como muestra genérica). Los neonatólogos valorarán al recién nacido (perímetro cefálico, cribado auditivo, fondo de ojo, ecografía cerebral) y se recogerá muestra de talón para PCR-Zika e IgM y PCR-Zika en orina durante las primeras 48-72 h de vida. Si el recién nacido

es asintomático no será necesario ingreso. El seguimiento del recién nacido post alta se hará en la Unidad de Infecciones Pediátricas del Hospital SJD.

Estudio de infección virus zika en abortos, pérdida gestacional de segundo trimestre o muerte fetal anteparto: Se consideran casos tributarios de estudio, los abortos y muertes fetales de gestantes que hayan viajado a zona endémica durante la gestación o durante las 8 semanas previas (sintomáticas o asintomáticas), o con pareja sexual que haya viajado durante el mismo periodo (hasta 6 meses antes si había sido sintomático). Incluye pacientes con:

- Infección por Zika confirmada (PCR o serología).
- Infección dudosa (serología dudosa).
- Analítica no realizada.
- No es necesario estudio Zika en gestantes con analítica realizada durante la gestación que haya descartado la infección.

¿Cuál es la recomendación para las gestantes que planean viajar a países con transmisión activa del virus Zika? Los organismos sanitarios recomiendan que las mujeres embarazadas eviten viajar a zonas con transmisión activa del virus para reducir el riesgo potencial de la infección a sus bebés. Para las embarazadas que vivan o tengan que viajar a las zonas de riesgo es recomendable evitar las picaduras del mosquito. Durante el día utilizar ropa que cubra el cuerpo (ropa de manga larga) y aplicarse de forma adecuada repelentes contra insectos homologados que contengan DEET (mínimo 20% y hasta 50%), picaridina (20%) o IR3535. Estos repelentes de insectos son eficaces y seguros durante la gestación y también durante la lactancia materna. Es recomendable que duerman en viviendas con aire acondicionado o bajo mosquiteras impregnadas con insecticida. Se recomienda también utilizar preservativo durante toda la estancia en el país endémico.

Estudios diagnósticos en el recién nacido. Si estamos frente a un recién nacido cuya madre se realizó el diagnóstico de Zika durante la gestación con o sin diagnóstico de microcefalia y/o calcificaciones cerebrales prenatales, se realizarán los estudios para la confirmación. No se recomienda realizar pruebas diagnósticas si el resultado materno fue negativo o no concluyente con ecografía prenatal y examen físico postnatal normal. Para el diagnóstico de infección se tomará muestra de sangre de cordón o muestra de sangre del recién nacido en los dos primeros días de vida, solicitándose PCR e IgM para Zika y dengue.

Se realizará estudio de anatomía patológica de la placenta.

Conducta frente al recién nacido. En sala de partos se seguirán las pautas habit-

uales de cuidado. Es importante la medida cautelosa de medidas antropométricas especialmente en la valoración del perímetro cefálico. Se utilizarán curvas y tablas de la OMS para el cálculo de la desviación estándar de las medidas antropométricas. Las medidas se repetirán luego de las 24 horas de vida. Se internará en el lugar adecuado a la situación clínica ya sea en alojamiento madre-hijo o sectores de mayor cuidado. Se mantendrá la alimentación con pecho materno. En los casos que el PC se encuentre 2 DE debajo de la media se realizará ecografía transfontanelar valorando también la necesidad y oportunidad de realizar RNM de cráneo. Se adecuará a cada caso la necesidad de realizar otros estudios (CMV, toxoplasmosis, cariotipo u otros estudios genéticos, etcétera) e interconsulta con especialistas para descartar otras etiologías de microcefalia.

Infeción perinatal. La enfermedad aguda en el recién nacido por transmisión en el parto puede observarse si durante las dos primeras semanas de vida cumple con los siguientes criterios:

1. Madre viajó o reside en área endémica o epidémica dentro de las 2 semanas antes del parto.
2. Tenga dos o más de las siguientes manifestaciones clínicas: fiebre, erupción maculopapular, conjuntivitis, artralgias (las cuales se pueden sospechar por irritabilidad).

La enfermedad en general es leve. El tratamiento es de sostén. Se recomienda seguimiento a largo plazo tanto de los recién nacidos afectados como de aquellos que estuvieron expuestos a la infección.

Prevención. Las mujeres embarazadas que vivan en áreas endémicas pueden contraer el virus del Zika en cualquier trimestre del embarazo y por ello deberían evitar las picaduras de mosquitos. Evitar las picaduras mediante la utilización de métodos de barrera y el uso de repelentes autorizados con N,N-diethyl-metoluamida (DEET) o picaridina aptos en el embarazo y la lactancia. Si las parejas sexuales de las gestantes viven o viajaron a zonas endémicas o epidémicas para virus Zika deben utilizar métodos de barrera durante las relaciones sexuales.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres embarazadas que vivan en áreas endémicas pueden contraer el virus del Zika en cualquier trimestre del embarazo y por ello deberían evitar las picaduras de mosquitos. Evitar las picaduras mediante la utilización de métodos de barrera y el uso de repelentes autorizados con N,N-diethyl-metoluamida

(DEET) o picaridina aptos en el embarazo y la lactancia. Si las parejas sexuales de las gestantes viven o viajaron a zonas endémicas o epidémicas para virus Zika deben utilizar métodos de barrera durante las relaciones sexuales.

6 Bibliografía

- Pan American Health Organization. Provisional remarks on Zika virus infection in pregnant women: document for health care professionals. Washington: PAHO, 2016.
- <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/18600>. (Consulta: 13 marzo 2019).
- Campos G, Bandeira A, Sardi S. Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. *Emerg Infect Dis* 2015; 21(10):1885-6.
- Centers for Disease Control and Prevention. Birth Defects Team. Zika Response Team. Zika virus. Atlanta: CDC, 2016.
- Foy B, Kobylinski K, Chilson Foy J, Blitvich B, Travassos da Rosa A, Haddock A, et al. Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. *Emerg Infect Dis* 2011; 17(5):880-2.
- Musso D, Roche C, Robin E, Nhan T, Teissier A, Cao-Lorèmeau V. Potential sexual transmission of Zika virus. *Emerg Infect Dis* 2015; 21(2):359-61.
- Hills S, Russell K, Hennessey M, Williams C, Oster A, Fischer M, et al. Transmission of Zika virus through sexual contact with travellers to areas of ongoing transmission: continental United States, 2016. *MMWR*
- *Morb Mortal Wkly Rep* 2016; 65(8):215-6.

Capítulo 132

CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRAS GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG)

NURIA GONZALEZ PULIDO

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

PAULA GUTIÉRREZ DIAZ

1 Introducción

Son muchas las patologías/trastornos que comprometen una adecuada nutrición enteral en algunos pacientes a pesar de tener un sistema digestivo funcional. Bien sea por problemas de deglución u obstrucción entre otras causas.

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo flexible al estómago a través de la pared abdominal. Permite la nutrición, la administración de líquidos y/o medicamentos directamente en el estómago.

Esta técnica fue introducida en 1980 por Gauderer y Ponsky, que confeccionaron la primera a partir de un tubo de Pezzer de 14F. Actualmente se ha convertido en el método de elección en situaciones de nutrición enteral prolongada, por su sencillez, seguridad, fácil manejo y bajo coste.

2 Objetivos

- Definir un plan de cuidados visualizando los procedimientos correctos post-inserción de la sonda.
- Consensuar criterios de alarma y las acciones a realizar en caso de que se produzcan.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La sonda de gastrostomía suele ser de poliuretano, su calibre se mide en French (diámetro externo). Las más usadas en adultos van de 15-20 Fr. Sus indicaciones se pueden clasificar en las siguientes: enfermedades neurológicas o neoplásicas con posibilidad de recuperación (TCE, Síndrome de Guillan Barré, tumores de cabeza y cuello), enfermedades en las que se supone una evolución prolongada asociada a dificultad de ingesta oral (quemados graves, politraumatizados, fistula traqueo-oesofágica), enfermedades con cuadros irreversibles con supervivencia prolongada y dificultad para la ingesta oral (esclerosis múltiple, parálisis cerebral, ELA, anoxia cerebral, disfagia por ACV no recuperable, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino corto).

Las ventajas que ofrece son múltiples:

- Es cómoda para el paciente y el tubo puede ocultarse por lo que tiene buena aceptación.
- Tiene menor riesgo de reflujo y broncoaspiración que una sonda nasogástrica.
- Tiene bajo riesgo de extubación voluntaria.
- Es de fácil manejo.
- Presenta la posibilidad de permanencia de la sonda por largo tiempo.
- Es mejor tolerada que otras vías como la SNG.

Cuidados del estoma: los 15 días posteriores a la inserción lavar el estoma con

agua tibia y jabón, secar y aplicar solución antiséptica con gasa estéril. Comprobar diariamente la zona para ver que no hay irritación, inflamación, ulceración, dolor, olor y/o tejido de granulación. Tras 3 semanas de la inserción: lavar estoma con agua y jabón y secar, ya no sería preciso el antiséptico. El estoma se lava y se seca suavemente de la sonda al exterior.

Si la sonda tiene soporte externo de fijación y se observa suciedad bajo el mismo, puede girarse o levantarse ligeramente. Se recomienda poner una gasa debajo para evitar de ésta manera maceración o irritación de la piel (cambiar cada 24h).

La sonda sólo se cubre con apósito si hay riesgo de tirar de ella. Regular el soporte externo en relación con la piel. Deberá estar aproximadamente a 1 cm para evitar compresión excesiva.

Cuidados de la sonda PEG: lo primero a tener en cuenta es realizar una correcta higiene de manos antes y después del manejo de la PEG. Limpiar diariamente la parte externa de la sonda y el soporte externo, así como el conector/adaptador de la sonda con una gasa, agua tibia y jabón suave. Aclarar posteriormente y secar. Para evitar que la sonda quede adherida a la piel, girar a diario una vuelta completa, cada día para un lado.

Antes de cada toma comprobar que la colocación de la sonda sigue siendo la correcta (la graduación en cm de la misma ayuda). Antes de la administración de la nutrición el paciente debe estar incorporado a 30-45° y continuar así al menos una hora tras la administración.

Después del uso para la administración de medicación/nutrición se debe limpiar infundiendo por la sonda 50 ml de agua. Si la alimentación se hace como proceso continuo, éste procedimiento se hará cada 4-6h.

No mezclar alimentación con medicación (la medicación se debe administrar por la conexión lateral de la sonda). Mantener los tapones cerrados siempre que no se esté utilizando la sonda. No pinzar la sonda, ni doblarla. El recambio de la misma se hace cada 6-12 meses. Si con anterioridad se ve deteriorada u oscurecida el paciente debe avisar. Si la sonda es con balón cada 2 semanas debe comprobarse el volumen del mismo mediante aspiración con una jeringa del agua o aire de dentro del balón.

Las complicaciones asociadas a la PEG son en general leves y fácilmente tratables, entre las más habituales se puede destacar las siguientes:

-Irritación o infección alrededor del estoma, puede ser por falta de higiene del

mismo, exceso de presión o salida del líquido gástrico.

-Salida de líquido a través del estoma, por causa de estoma ensanchado o balón desinflado. Si es por ésta última causa volver a inflarlo

-Obstrucción de la sonda, administrar 50 ml por la sonda con una jeringa y hacer aspiración/ inyección.

-La sonda no gira completamente 180°, se debe girar y empujar la sonda hacia la cavidad gástrica.

-Dolor abdominal, puede ser por un balón muy inflado que ejerce demasiada presión o un soporte externo demasiado ajustado a la piel. El paciente debe ajustar dichos parámetros.

-Salida de la PEG de manera accidental o de forma voluntaria. Si la salida es parcial se debe intentar volver a introducirla (desinflar el balón e introducirla y llenar de nuevo el balón). Si la salida es de forma completa y tenemos nueva PEG insertarla y sino introducir una sonda Foley llenando el balón, para así evitar provisionalmente el cierre gastro- cutáneo. El paciente debe avisar antes de las 24h tras la salida.

-Posible broncoaspiración, se debe suspender la alimentación y elevar al paciente a 30-45°.

Existe un incremento progresivo del uso de la PEG. La gastrostomía endoscópica percutánea ofrece múltiples ventajas con respecto a la sonda nasogástrica y a la cirugía abierta.

5 Discusión-Conclusión

Es esencial la labor de enfermería tanto en los cuidados de la gastrostomía, sobretudo en los primeros días tras la inserción de la misma, como para la realización de una adecuada educación sanitaria posterior.

De ésta forma habrá una disminución de la posibilidad de complicaciones, siendo éstas de poca relevancia clínica y de fácil tratamiento así como un aumento de autonomía del paciente. La complicación más frecuente es la infección del orificio de estoma.

6 Bibliografía

-Pereira Cunill J. L., García Luna P. P.. Gastrostomía endoscópica percutánea. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2010 Oct [citado 2020 Ene 01]; 102(10): 609-609.

- Protocolo de manejo del paciente que va a ser sometido a gastrostomía radiológica percutánea (PRG) para alimentación con nutrición enteral. Hospital Universitario Donostia .
- Friginal Ruiz, A.B, González Castillo, S., Lucendo, A.J. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnicas y cuidados de enfermería. *EnfermClin.* 2011; 21 (3):173-178.
- GAUDERER MWL, PONSKY JL, IZANT RJ JR. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous technique. *J Pediatr Surg* 1980; 15: 872-875.

Capítulo 133

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN INFANTIL SISTEMÁTICA

SUSANA PRIETO GONZÁLEZ

1 Introducción

Como actividad de prevención primaria más efectiva nos encontramos con la vacunación infantil. Un hecho demostrado es que gracias a la alta tasa de vacunación existe una inmunidad comunitaria, es decir, debido a que la gran mayoría de la población infantil ha sido vacunada, la comunidad está protegida contra la enfermedad y su propagación.

2 Objetivos

Hacer comprender a la población indecisa o reticente a la vacunación sistemática, según el calendario vacunal autonómico, de su importancia para lograr un bien común: la inmunidad colectiva.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente, consultando diversas bases de datos y seleccionando artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Dada la existencia de estudios que han evaluado las opiniones de los padres sobre la vacunación infantil, encontramos un alto grado de desinformación sobre los riesgos y los beneficios de las vacunas. Si bien es cierto la existencia de casos aislados sobre graves reacciones a las vacunas, también lo es el de niños que han fallecido por no haber sido vacunados por decisión paterna. Una evaluación sobre posibles carencias en el sistema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad podría mejorar la adherencia al calendario vacunal.

Los profesionales de la salud tenemos la obligación de recomendar la vacunación siempre que no haya razones médicas que desaconsejen la misma. El beneficio que ofrece la vacuna para evitar coger una enfermedad, es infinitamente mayor al riesgo de sufrir un efecto secundario. Este hecho es el que debemos hacer ver a la población, ya que aunque la vacunación no tiene un carácter obligatorio, si es vital como medida preventiva comunitaria.

5 Discusión-Conclusión

Con la vacunación sistemática se ha logrado la erradicación de muchas enfermedades. El temor a un nuevo resurgir de las mismas viene dado por el aumento significativo de padres que deciden voluntariamente no vacunar a sus hijos, pudiendo llegar a producir la pérdida de la inmunidad grupal. Creemos que esto puede venir desencadenado por una falta de información que genera inseguridad y desconfianza sobre el programa vacunal.

6 Bibliografía

1. Aparicio Rodrigo, M. (2015). Antivacunas: un reto para el pediatra. *Pediatría Atención Primaria*.
2. Trilla, A. (2015). Vacunación sistemática: convencidos, indecisos y radicales. *Med Clin (Barc)*.
3. Asociación Española de Pediatría (2017). Manual de Vacunas en línea de la AEP. <http://vacunasaep.org/documentos/manual/manual-de-vacunas>.
4. Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020.

Capítulo 134

MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL, ¿ESTÁ RECOMENDADO SU USO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

NURIA GONZALEZ PULIDO

1 Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) constituye uno de los principales problemas que afecta a la salud pública, siendo uno de los factores de riesgo de cardiopatía isquémica y el principal factor de riesgo del ictus, tanto isquémico como hemorrágico.

La medición de la Presión Arterial (PA) está considerada la técnica de referencia para el diagnóstico de la HTA, aunque presenta alguna desventaja: es un valor aislado, poco reproducible, pudiendo no diagnosticar la HTA aislada en consulta (bata blanca) ni la HTA aislada ambulatoria (enmascarada).

En dichas circunstancias podrían ser necesarias otras técnicas como la autome-dida de la PA o la monitorización ambulatoria de la PA (MAPA). La MAPA consiste en la realización de múltiples medidas de la TA, fuera de la consulta, durante

un periodo de 24-48 horas; en las que el individuo realiza su actividad física y laboral habitual.

2 Objetivos

- Conocer el posicionamiento de las Guías de Práctica Clínica en el diagnóstico de la HTA.
- Describir las recomendaciones de la MAPA en la toma de decisiones en el manejo de la HTA en la consulta de Atención Primaria (AP).

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica a partir de fuentes documentales secundarias en las bases de datos PubMed, Cuiden y Scielo, utilizándose operadores booleanos y limitadores de tiempo e idioma. Como criterios de inclusión de los artículos se consideró que tuvieran relación con la pregunta de la búsqueda, nivel de evidencia (JBI) de los artículos I, II, III.1 y III.2, con una fecha de publicación posterior a los últimos cinco años, escritos en castellano e inglés.

Como criterio de exclusión se consideró aquella documentación anterior al 2013 y aquella escrita en otros idiomas que no fueran español o inglés. Las palabras clave utilizadas son: determinación de la presión arterial, hipertensión, monitorización ambulatoria de la presión arterial.

4 Resultados

- Desde el año 2011, la guía británica NICE recomienda confirmar el diagnóstico de HTA con MAPA a aquellos pacientes que presenten cifras en consulta de PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90 mmHg.
- Las Hypertension Canada's 2018 Guidelines también recomiendan utilizar la MAPA en el diagnóstico de HTA (grado C) así como para descartar la HTA de bata blanca.
- La Estadounidense Preventive Services Task Force aporta evidencia científica de que "la MAPA es el mejor método para diagnosticar la HTA", estableciéndose como el estándar de referencia para la confirmación de su diagnóstico.
- La guías del American College of Cardiology (ACC) y de la American Heart Association (AHA) también se unen a la recomendación de la toma de PA por MAPA

para confirmar el diagnóstico de HTA, con el fin de evitar su sobrediagnóstico y el consiguiente sobretratamiento.

- En España, el Grupo de Prevención Cardiovascular del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) en su última actualización del 2018, recomienda la confirmación del diagnóstico de HTA por medio de la MAPA; admitiéndose la Automedición de la PA (AMPA) cuando no esté disponible la MAPA.

5 Discusión-Conclusión

La MAPA es una herramienta imprescindible en el manejo de la HTA, permitiendo su diagnóstico, la detección de la HTA de bata blanca, evitando sobrediagnósticos y sobretratamientos, así como la detección de HTA enmascarada, evitando infratratamientos. Además de estar considerada una técnica útil en el diagnóstico, también en el seguimiento de pacientes hipertensos, permitiendo ajustar su tratamiento a sus necesidades, evitando sobre o infra medicación.

También ha conseguido reducir el número de visitas de seguimiento en aquellos pacientes bien controlados, permitiendo así una utilización más eficiente de nuestros recursos. Por todo ello, se puede concluir que el uso de la MAPA debería generalizarse en las consultas de atención primaria.

6 Bibliografía

- Krause T, Lovibond K, Caulfield M, McCormack T, Williams B. Management of hypertension: summary of NICE guidance BMJ. 2011; 343:d4891.
- Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. Can J Cardiol. 2018; 34(5): 506-525.
- Siu AL, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for High Blood Pressure in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2015;163:778-786.
- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C et al. 2017 ACC/ AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ AGS/ APhA/ ASH/ ASPC/ NMA/ PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the

American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018;71(6):1269-1324.

- Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboó E, Morales-Olivas F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Spanish Society of Hypertension position statement on the 2017 ACC/AHA hypertension guideline. Hipertens Riesgo Vasc 2018; 35(3): 119-129.

- Brotons Cuixart C, Alemán Sánchez JJ, Banegas Banegas JR, Fondón León C, Lobos-Bejarano JM, Martín Rioboó E et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1): 4-28.

Capítulo 135

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LINFEDEMA

SANDRA SOTURA CARRERA

PATRICIA OTERO MENÉNDEZ

LLIBERTA LORENZO COLLAZO

CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El linfedema es la acumulación de linfa en los espacios intersticiales , principalmente en el tejido adiposo subcutáneo. Habitualmente se debe a una dificultad en el retorno de la circulación linfática. Es una enfermedad crónica invalidante y un importante problema estético. El líquido del linfedema es rico en proteínas y contiene fibroblastos , con lo cual tiende a producirse fibrosis de la dermis y del tejido celular subcutáneo , lo que a su vez ocasiona la obliteración progresiva de los linfáticos dérmicos y , secundariamente , más acumulación del líquido del linfedema.

Los factores de riesgo que se relacionan con la aparición del linfedema son:

- Cáncer de mama, sobre todo si se ha recibido radioterapia o se ha sometido a una disección ganglionar.
- Tumores intrapélvicos o intaabdominales.
- Malnutrición y obesidad.

La sintomatología presente es el aumento del perímetro de la extremidad, fóvea, parestesias e inmunosupresión que favorecen la celulitis. Los cuidados de enfermería en la aplicación del tratamiento se realizan en dos fases para que aumenten su efectividad:

- Fase I o de descompresión: cuidados higiénicos de la piel, drenaje linfático manual, vendaje compresivo.
- Fase II o de mantenimiento: medias de compresión, ejercicios, aplicación del tratamiento prescrito, técnicas de relajación para ayudar a mejorar el dolor.

Las medidas preventivas son fundamentales, puesto que una vez que se establece el linfedema no existe un tratamiento eficaz. La prevención debe iniciarse inmediatamente tras la cirugía y requiere una serie de cuidados diarios por parte del paciente, así como un seguimiento regular por parte de un equipo multidisciplinar, el cual debe identificar precozmente a aquellos pacientes con riesgo de desarrollar el linfedema.

2 Objetivos

Analizar y enseñar los principales cuidados por parte de enfermería para la mejora y prevención de linfedema.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para desarrollar el proceso de enfermería lo más importante es la valoración inicial completa del paciente que incluya todas las necesidades de Virginia Henderson. Posteriormente, la elección de las etiquetas diagnósticas que más se ajusten y la elaboración del plan de cuidados, sin olvidar las sucesivas evaluaciones.

Como finalidad se encuentra la Educación Sanitaria:

- Educación sanitaria sobre signos que facilitan la detección precoz del linfedema.

- Educación sanitaria sobre medidas que evitan la acumulación de linfa.
- Educación sanitaria sobre higiene de la piel.
- Educación sanitaria sobre las precauciones para evitar lesiones de la piel.
- Educación sanitaria sobre dieta sana.
- Educación sanitaria sobre el frío y el calor excesivo.
- Educación sanitaria sobre ejercicio físico.

Como resultados del Plan de Cuidados:

- Aumentar la autoestima del paciente: apoyo emocional y escucha activa.
- Integridad de la piel (vigilancia de la piel, prevención y medidas generales).

5 Discusión-Conclusión

Las complicaciones más prevalentes son la infección, neoplasias y atrofas cutáneas. Especial atención se merece la prevención:

- Elevar el miembro.
- Evitar la ropa apretada.
- Medición del perímetro braquial.
- Extremar la higiene.
- Extremar los cuidados de la piel para no producir lesiones.
- Terapias de ejercicios.

6 Bibliografía

- Asociación Española Contra el Cáncer , Linfedema: prevención y tratamiento.
- Jiménez cosío, J.A. Enfermedades de los vasos linfáticos, Farrera Rozman, F.R. Medicina Interna, 12ª. Edición Barcelona. Ediciones Doyma, S.A., págs.662-664.
- Lázaro Ochaita, P. Dermatología. Texto y Atlas, 3ª . Edición, Buenos Aires. Medtécnica, S.A., págs.373-375.
- Linfedema . Association of Cancer Online Resources: www.acor.org.

Capítulo 136

ABORDAJE DE LA EPOC EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ELENA BATISTA DIAZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC se define como proceso patológico caracterizado por una limitación del flujo aéreo de forma crónica, progresiva y no completamente reversible. Se asocia a una respuesta inflamatoria anómala a partículas o gases nocivos, principalmente al humo del tabaco.

Esta enfermedad es prevenible, se puede tratar y se acompaña de consecuencias sistémicas importantes. Tiene una alta prevalencia en la población general, genera alta morbilidad y es una de las principales causas de muerte a nivel mundial.

2 Objetivos

- Analizar la sintomatología más frecuente de la EPOC, así como su diagnóstico.
- Determinar qué factores condicionan al desarrollo de la EPOC para promover hábitos de vida saludables para prevenir tanto su aparición como su cronicidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de diversas publicaciones científicas. Se han consultado diversas bases de datos: Medline y Scielo, seleccionando artículos académicos de publicaciones revisadas.

4 Resultados

La EPOC en atención primaria se puede diagnosticar por su sintomatología: tos, expectoración y/o disnea. Debe de hacerse un diagnóstico diferencial con respecto al asma, bronquiectasias o insuficiencia cardíaca.

Sé confirmaría el diagnóstico mediante espirometría, pletismografía, test de difusión de monóxido de carbono, gasometría arterial y oximetría de pulso, pruebas analíticas y electrocardiograma. Es importante el diagnóstico precoz.

El consumo de tabaco está relacionado con la mayoría de casos de EPOC, por lo que la prevención del hábito tabáquico o la deshabituación del mismo mediante tratamiento farmacológico o no farmacológico es primordial. Además, se ha comprobado que hay comorbilidad de la EPOC con otras enfermedades tan importantes como la HTA, diabetes mellitus, cardiopatía, isquemia, obesidad,...

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario de atención primaria juega un papel fundamental en el diagnóstico precoz de la EPOC, así como en la inculcación de hábitos de vida saludables en la población para evitar su aparición o minimizar los efectos de la misma en la población que ya la padece.

En la mayor parte de los casos es en atención primaria donde se identifican los síntomas propios de la enfermedad y se lleva a cabo su diagnóstico. Es importante que el diagnóstico sea lo más precoz posible, incluso diagnosticándola cuando el paciente acude a consulta por otro problema.

A parte del tratamiento farmacológico prescrito, la rehabilitación respiratoria y la deshabituación tabáquica son medidas no farmacológicas de suma importancia para evitar la progresión de la enfermedad. La educación sanitaria de los pacientes para inculcar hábitos de vida saludables realizada por el personal sanitario de atención primaria es fundamental en la disminución de la prevalencia de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Álvar A;Bartolomé C. (2005) .Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Barcelona: Masson S.A.

- San Román CM; Gijarro R; Gómez R; Montero L.(2007). Epidemiología hospitalaria de la EPOC en España. Rev. Clin Esp; 207:3-7.
- López JA; Morant P. Fisioterapia respiratoria:indicaciones y técnica.2004. An Pediatr Contin; 2(5):303-6.
- Guell Rous Maria R; Díaz Lobato S; Rodríguez Trigo G; Morante Vélez F; San Miguel M; Cejudo P; Ortega Ruiz F; Muñoz A; Galdiz Iturri Juan B; García A; Servera E. Rehabilitación respiratoria.(2014). Archivos de bronconeumología;8(50), 332-44.
- Bases de datos: Medline y Scielo.

Capítulo 137

BRONQUIOLITIS EN EL LACTANTE

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

DAVID SUÁREZ CASTRO

LAURA MONTES PÉREZ

1 Introducción

La bronquiolitis es una enfermedad respiratoria que afecta sobre todo al tracto respiratorio inferior. Los síntomas son rinorrea, tos, estornudos, fiebre. Habitualmente disminuyen las ingestas de alimentación y presentan taquipnea, disnea y dificultad respiratoria. En menores de un mes son frecuentes las apneas.

Afecta sobre todo a niños menores de 1 año y suele durar entre 7 y 10 días. En algunos casos será necesario el ingreso hospitalario.

El principal responsable suele ser el Virus Respiratorio Sincitial (VRS), en un 50-75% de los casos.

2 Objetivos

- Enumerar los cuidados en un paciente con bronquiolitis.
- Describir la prevención a llevar a cabo para la bronquiolitis.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en revistas científicas de diferentes bases de datos, como Pubmed, Cuiden y Cochrane-

plus.

Los descriptores utilizados han sido: bronquiolitis, virus, palivizumab, dificultad respiratoria.

4 Resultados

No existe un tratamiento específico. El tratamiento será para paliar los síntomas. Los cuidados más habituales son:

- Lavados nasales con suero fisiológico. En algunos casos será necesario aspirar secreciones.
- Mantener elevado el cabecero de la cama 30 grados.
- Según el trabajo respiratorio que tenga el niño, puede ser necesario alimentarlo a través de sonda nasogástrica.
- Oxigenoterapia para conseguir saturaciones >92%. En algunos casos será necesaria ventilación mecánica no invasiva e incluso invasiva.
- Aislamiento de contacto del paciente, para evitar la transmisión a otros pacientes.
- Fármacos antitérmicos.
- Evitar exposiciones al humo del tabaco.

La prevención consiste en:

- Medidas higiénicas, recalcando la importancia del lavado de manos.
- Se recomienda la administración de Palivizumab intramuscular frente al VRS, pero debido a su alto coste sólo se administra en algunos casos de alto riesgo.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis es la principal causa de ingreso hospitalario en menores de 2 años. Es importante educar a los padres para prevenir el contagio. También habrá que explicarles cuáles son los signos de alarma para acudir a un servicio médico.

6 Bibliografía

- Callén Blecua M, Praena Crespo M, García Merino A, Mora Gandarillas I, Grupo de Vías Respiratorias. Bronquiolitis: diagnóstico y tratamiento en atención primaria. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-4) 2015. En: Respirar [en línea] [consultado el 12/04/2017].

- Valverde Molina, J, Korta Murua J. Bronquiolitis aguda. En: Andrés A, Valverde J (eds.). Manual de Neumología Pediátrica. Madrid: Panamericana; 2011. p. 205-14.
- Llega la bronquiolitis, ¿qué debemos saber? [Internet]. Familia y Salud. 2020 [cited 1 January 2020].
- Bronquiolitis - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2020 [cited 1 January 2020].

Capítulo 138

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD EN LA MUJER GESTANTE

MIRIAN RUBÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

La obesidad en el embarazo es un conflicto para la salud pública, ya que incrementa los riesgos obstétricos y neonatales. La situación nutricional de las mujeres antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos de mortalidad materna y de las posibilidades de desarrollo del feto, la mortalidad intrauterina, la duración del embarazo y las complicaciones del parto.

Un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA) a nivel nacional concluyó que el 51% de las mujeres en edad fértil tienen sobrepeso u obesidad. El 22% de este grupo se corresponde con las mujeres obesas. En un estudio realizado en Paraguay se encontró que una de cada 12 gestantes inició su embarazo con algún grado de obesidad. El número de gestantes con obesidad se encuentra en aumento. Algunos factores predisponentes para una mayor ganancia de peso en el embarazo son la multiparidad, el estrés crónico y edades maternas avanzadas, además de factores familiares, sociales y nutricionales.

2 Objetivos

- Describir las complicaciones maternas y neonatales más importantes asociadas a la obesidad durante el embarazo, así como las medidas necesarias para prevenir la obesidad en la mujer gestante.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica de las principales páginas científicas y bases de datos, utilizando los descriptores y operadores booleanos correspondientes. Además, se han consultado revistas científicas relacionadas con la Obstetricia y Neonatología.

Bases de datos:

PubMed:

- "Pregnancy" AND "obesity" AND "risks" AND "Spain" AND "loattrfree full text". 14 resultados.
- "Pregnancy" AND "obesity" AND "incidence" AND (free full text[sb] AND "last 5 years"[PDat]). 229 resultados.

Elsevier:

- "Riesgos maternos de obesidad en el embarazo". Revista: *Progresos de obstetricia y ginecología*. 44 resultados.
- "Riesgos neonatales de obesidad en el embarazo". Revista: *Pediatrics*. 17 resultados.

Revistas:

- Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.
- Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.
- Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.

De los resultados obtenidos en la búsqueda, tras revisar por título, resumen, año de publicación y finalmente por texto completo, han sido seleccionados un total de 41 artículos por su relevancia para el tema en cuestión y por su actualidad. Como criterios de inclusión en la búsqueda, han sido aceptados artículos con fecha de publicación igual o posterior a 2010, y aquellos en los que sea posible acceder al texto completo.

4 Resultados

Las complicaciones maternas asociadas a la obesidad gestacional son, principalmente, enfermedades hepáticas, trastornos del suelo pélvico, diabetes gestacional, hipertensión gestacional y distocias. Además, la obesidad en el embarazo se relaciona con la mayor frecuencia de realización de cesárea, parto pretérmino y hemorragia posparto.

La diabetes gestacional es la alteración metabólica más frecuente en las embarazadas obesas. El factor de riesgo externo más importante durante el embarazo es la ganancia de peso. En cuanto a las complicaciones que puede presentar el feto, se encuentran las alteraciones del sistema cardiovascular, sistema nervioso central, genitourinario y esquelético. Estos bebés tienen más predisposición a riesgos metabólicos como la hipoglucemia, prematuridad, hipocalcemia, síndrome de dificultad respiratoria y muerte neonatal. La enfermedad materna ocasionada por la obesidad que más afecta al feto es la diabetes gestacional.

Por todos los riesgos y complicaciones que están siendo mencionados, es necesaria la implantación de ciertas medidas para prevenir la obesidad en la mujer gestante. La mayoría de las intervenciones llevadas a cabo para controlar el peso en las gestantes obesas se centra, hasta ahora, en el control de la dieta. Esta reduce significativamente el riesgo de pre-eclampsia, diabetes gestacional, hipertensión gestacional y nacimientos prematuros. La dieta debe incluir granos enteros sin procesar, frutas, legumbres y verduras. La ingesta de energía sería la misma que para una mujer no gestante.

Sin embargo, estudios realizados más recientemente muestran la importancia del ejercicio para controlar el peso. Es una medida difícil de conseguir, ya que este prototipo de mujer no suele estar acostumbrada a realizar ejercicio antes del embarazo. Además, hay mucha variedad de opiniones en cuanto al tipo de ejercicio que sería más adecuado para tratar a las mujeres gestantes obesas.

5 Discusión-Conclusión

La complicación más importante ocasionada por la obesidad durante el embarazo, tanto para la mujer como para el feto, es la diabetes gestacional. Para controlar la obesidad en las mujeres gestantes, es necesario implantar unos hábitos de vida saludables basados en una dieta adecuada y la realización de ejercicio físico regular. Ya que es frecuente la poca adherencia al ejercicio en estas mujeres, se ha demostrado que es más importante el control de la dieta, basada en una alimentación equilibrada con abundantes cereales integrales, fruta, verdura y legumbres.

6 Bibliografía

- Lozano Bustillo A, Rosario Betancourth W, Turcios Urbina LJ et al. Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo. *iMedPub Journals* [Internet]. 2016 [citado 1 ene 2020]; 12(3): 11.
- Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R et al. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Sal Pub Méx* [Internet]. 2010 [citado 28 dic 2018]; 52(3).
- Noack Sierra A, Quiroa Robledo M et al. Estado nutricional de embarazadas con complicaciones obstétricas y neonatales atendidas en el Hospital Roosevelt. *Revista Científica* [Internet]. 2018 [citado 30 dic 2019]; 28(1): 44-56.
- Minjarez-Corral M, Rincón-Gómez I, Morales-Chomina YA et al. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2014 [citado 2 ene 2020]; 28(3): 159-166.
- Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Navarro-Illana P et al. Asociación entre el índice de masa corporal materno, la ganancia de peso gestacional y el peso al nacer; estudio prospectivo en un departamento de salud. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [citado 30 dic 2018]; 31(4): 1551-1557.

Capítulo 139

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA PACIENTE OBESO

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

PAULA GUTIÉRREZ DIAZ

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa corporal, lo cual se traduce en un aumento de peso. La obesidad se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud de las sociedades desarrolladas y la tendencia sigue a la alza, sin previsión de freno. Esta enfermedad está directamente relacionada con otras enfermedades como la diabetes, hipertensión, cáncer... Por lo que se considera un importante factor de riesgo. Las medidas para tratarla comprenden principalmente una alimentación adecuada, incremento de la actividad física y cambios en los hábitos de vida. El tratamiento farmacológico o quirúrgico puede servir de apoyo a estas medidas, pero nunca sustituirlas.

A través de la educación sanitaria en un programa adecuado y personalizado se puede fomentar el desarrollo adecuado de estas medidas e impulsar desde el autocuidado de la persona una reducción progresiva y estable del peso, con el consiguiente aumento de su autoestima y beneficio para su salud.

2 Objetivos

Desarrollar un plan de cuidados estandarizado para pacientes con obesidad para la ayuda en la práctica clínica.

3 Caso clínico

Pacientes con un IMC superior a 30 que acuden a la consulta de la enfermera de atención primaria.

4 Resultados

Patrón percepción de la salud.

- 00078. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- R/C :Complejidad del tratamiento, falta de confianza y percepción subjetiva de la gravedad.
- M/P: dificultad para modificar su estilo de vida.
- NOC: 1603. Conducta de búsqueda de salud.
- 1908. Detección del riesgo.
- NIC: 4360. Modificación de la conducta.
- 4350. Manejo de la conducta.
- 5614. Enseñanza dieta prescrita.
- 5602. Enseñanza proceso de enfermedad.

Patrón nutricional metabólico.

- 00001. Desequilibrio nutricional: por exceso.
- R/C: sedentarismo e ingesta hipercalórica.
- M/P: IMC mayor de 30.
- NOC: 1612. Control de peso.
- 1802. Conocimiento dieta.
- NIC: 1260. Manejo del peso.
- 1100. Manejo de la nutrición.

Patrón eliminación.

- 00011. Estreñimiento.
- R/C: actividad física disminuida e ingesta insuficiente de agua y fibra.
- M/P: Depositiones fecaloideas y frecuencia cada 4-5 días.
- NOC: 0501. Eliminación intestinal.

- 1008. Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.
- NIC: 0440. Entrenamiento intestinal.
- 0450. Manejo del estreñimiento.

Patrón actividad ejercicio.

- 00085. Deterioro de la movilidad física.
- R/C: sobrecarga articular y afectación músculo- esquelética.
- M/P: limitaciones de movimientos.
- NOC: 0208. Nivel de movilidad.
- NIC: 0180. Manejo de la energía.

Patrón autopercepción – autoconcepto.

- 00118. Trastorno de la imagen corporal
- R/C: apariencia física,
- M/P: complejo de inferioridad e introversión
- NOC: 1205. Autoestima
- 1200. Imagen corporal
- NIC: 5220. Potenciación de la imagen corporal
- 5400. Potenciación de la autoestima

Patrón de afrontamiento - tolerancia al estrés.

- 00069. Afrontamiento inefectivo.
- R/C: falta de confianza.
- M/P: pesimismo, tristeza.
- NOC: 1302. Afrontamiento de problemas.
- NIC: 5230. Aumentar el afrontamiento.
- 5250. Apoyo en la toma de decisiones.

5 Discusión-Conclusión

Los planes de cuidados estandarizados deben servirnos en la práctica diaria como ayuda para ofrecer una atención óptima a cada uno de los pacientes, sin distinción. De tal manera que todos puedan obtener una atención similar.

6 Bibliografía

- Organization Regional Office for European Copenhagen.

- Therapeutic Patient Education. Continuing Education programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group World Health; 1998.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012- 2014. Barcelona: ELSEVIER; 2013.
- Sue Moorhead, Marion Jonson, Meridean Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4. ed. Barcelona. Elsevier; 2009.
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne Mc-Closkey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5. ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

Capítulo 140

PROYECTO DE INVESTIGACION SOBRE EL TESTAMENTO VITAL EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CARDIACAS.

MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ

YAIZA FUENTE VÁZQUEZ

SARA ALVAREZ MENENDEZ

SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las patologías cardiacas tienen la peculiaridad de desencadenar situaciones de muerte súbita en las que se hace necesaria la actuación inmediata para sacar al paciente de la parada (sea por asistolia o por fibrilación ventricular). En estas situaciones se hace necesario conocer la voluntad del paciente respecto a las maniobras para su reanimación, saber si la desea o no. Ante la imposibilidad de preguntarle al afectado, dicha información se puede recabar de la familia cuya opinión no siempre es imparcial, puesto que el ser humano ante la posibilidad de perder un ser querido se aferra a retenerle el mayor tiempo posible sin pensar, en ocasiones, en la voluntad de éste.

A este respecto la Ley General de Sanidad se completa con la Ley 41/2002 de 14 de noviembre estableciendo los derechos y deberes en materia de información

para garantizar el respeto a la dignidad del paciente y preservar su voluntad en situaciones en que no se le puede consultar. Concretamente en el art.11 se recoge la posibilidad de que el paciente manifieste su voluntad mediante un documento de instrucciones previas.

2 Objetivos

Valorar el conocimiento por parte de los pacientes, de la posibilidad de dar instrucciones previas de manera oficial para que se respete su voluntad respecto a su reanimación en caso muerte súbita así como de que se le mantenga la vida de manera artificial posteriormente si fuera necesario.

3 Metodología

Para ello se llevará a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo. Los pacientes de la muestra se captarán en la planta de cardiología del Hospital Universitario Central de Asturias. En el estudio se incluirán pacientes de ambos sexos que sufran patologías cardíacas crónicas, en número suficiente como para garantizar una buena representatividad. Se recogerán los datos mediante cuestionarios en los que se recojan datos como la edad, y el nivel cultural del paciente, su conocimiento de la patología cardíaca que le afecta, así como el conocimiento de la posibilidad de hacer testamento vital y su intención de hacerlo. Posteriormente se analizará la información recogida en los cuestionarios mediante programa SPSS.

4 Bibliografía

- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002.
- Ochoa Montes LA, González Lugo M, Tamayo Vicente ND, Romero del Sol JM, Correa Azahares DP, Miguélez Nodarse R, et al.(2008) Arritmias finales en la muerte súbita cardíaca. Revista electrónica Portales Médicos.
- Fitzgerald K. 2004. ¿Qué es la muerte súbita? [Internet]. Buenos Aires.
- Brugada R.(2010). La muerte súbita en el corazón sano. Rev Esp Cardiol Supl.
- Bayés de Luna A, Guindo Soldevilla J. (2000). Muerte súbita de origen cardíaco. Actas del I Congreso virtual de cardiología. Buenos aires: Federación Argentina de Cardiología (FAC).

Capítulo 141

ATENCIÓN A PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

MARIA ELENA VILLAR OLIVAR

DEBORA BONILLA ARENA

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

1 Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica debida a que el corazón no puede bombear suficiente sangre al organismo. Esto hace que los órganos y músculos reciban menos oxígeno y nutrientes de los que necesitan.

Su prevalencia es elevada y provoca consecuencias negativas en la calidad de vida de las personas que la padecen. En los últimos años se constata una mayor incidencia de la enfermedad que podemos asociar al envejecimiento de la población y la mayor supervivencia a las enfermedades de las arterias coronarias y de las válvulas del corazón gracias al perfeccionamiento de los tratamientos y cuidados ejecutados (1)

Según el estudio Price (2) la prevalencia de IC en España es alta (7-8%), similar en ambos sexos, y aumenta con la edad, llegando al 16,1% en personas de 75 años o más.

Respecto a la mortalidad, cabe destacar que es la tercera causa de muerte, superada por la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica.

Clasificación.

La IC produce limitaciones en la actividad física. Una clasificación muy utilizada para la IC es la clasificación funcional de la NYHA (New York Heart Association) (3):

- Clase I: sin limitación de la actividad física. El ejercicio físico normal no causa fatiga, disnea o palpitaciones.
- Clase II: ligera limitación a la actividad física. Sin síntomas en reposo, pero la actividad física normal causa fatiga, palpitaciones o disnea.
- Clase III: acusada limitación de la actividad física. Sin síntomas de reposo, pero cualquier actividad provoca la aparición de síntomas.
- Clase IV: incapacidad de realizar actividad física. Los síntomas están presente incluso en reposo y con cualquier actividad física aumentan.

Atendiendo a la fracción de eyección ($FE = \text{volumen sistólico} / \text{volumen diastólico}$)

- La IC sistólica se manifiesta por dilatación de la cavidad y una baja fracción de eyección, suele recaer en corazones dilatados. La IC diastólica o IC con función sistólica conservada, suele darse en ventrículos con complianza disminuida, grosor de pared aumentado y cavidad reducida o normal por lo cual se traduce en una relajación enlentecida o incompleta y transitoria.
- IC izquierda e IC derecha hacen referencia a síndromes acompañados de congestión venosa pulmonar o sistémica y producen signos de edema pulmonar o hinchazón de tobillos (3)
- La IC mixta o biventricular se denomina así cuando se produce una congestión venosa global.
- IC compensada e IC descompensada cuando los síntomas están controlados o no, respectivamente.
- En la IC inestable la sintomatología no revierte con tratamiento, cursa con hipotensión, insuficiencia renal, hiponatremia o arritmias ventriculares. Esta puede ser reversible o refractaria.
- La IC terminal es la que resulta incurable, con un pronóstico vital inferior a 6 meses (4)

Etiología:

Causas predisponentes o factores de riesgo (2). Son causas que se asocian con una mayor probabilidad de aparición de IC y que pueden identificarse en población sin cardiopatía o sin sintomatología. Pueden dividirse en: Etiológicas, probablemente etiológicas y no etiológicas.

- Etiológicas: Alteraciones estructurales, congénitas o adquiridas en las que existe

una alteración de vasos periféricos, circulación coronaria, pericardio, miocardio, endocardio o válvulas cardiacas y que produce una alteración de la fisiología normal del corazón. Principal causa es la cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio, miocardiopatía dilatada y cardiopatía congénita).

- No etiologicas: No existe una relación causa-efecto directa con la IC. Destacan la edad avanzada, sexo masculino, sobrepeso, cardiomegalia, capacidad vital reducida, consumo de tabaco, proteinuria, anomalías en el electrocardiograma.
- Probablemente etiológicas: No existe una relación causal demostrada, pero es probable que influyan de forma indirecta. Estas son: hipertensión arterial (HTA), diabetes e historia de fiebre reumática.

Causas determinantes (2). Son causas que modifican los mecanismos reguladores de la función ventricular, las condiciones de carga hemodinámica y la frecuencia cardiaca. Pueden clasificarse en: Alteraciones miocárdicas, sobrecargas hemodinámicas, defectos del llenado ventricular y alteraciones del ritmo cardiaco.

- Causas precipitantes (2). Cardiacas: Arritmias, aparición de una cardiopatía (infarto agudo de miocardio es la más frecuente) y fármacos inotrópicos negativos. Extracardiacas: Infecciones (respiratorias sobre todo), fármacos que retienen sodio, abandono del tratamiento, abandono de la dieta, anemia, enfermedades intercurrentes, intervenciones quirúrgicas, hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo).

Diagnóstico:

- Sintomatología: fatiga, cansancio, debilidad. Disnea en reposo, con el ejercicio, paroxística nocturna, tos nocturna.
- Signos: taquicardia, taquipnea, crepitantes pulmonares, derrame pleural, edema en miembros inferiores, hepatomegalia, ascitis, injurgitación yugular.
- Evidencia objetiva de disfunción: Cardiomegalia, soplo cardiaco, disfunción en ecocardiograma (3)

Pruebas Diagnósticas:

- Electrocardiograma de 12 derivaciones: Puede orientar acerca de la etiología de la IC (5)
- Radiografía simple de tórax. Los principales hallazgos cardiológicos son: Cardiomegalia, edema pulmonar intersticial, edema pulmonar alveolar y congestión pulmonar. (6)
- Ecocardiograma: Aporta información sobre la anatomía cardiaca y la función valvular. (6)
- Pruebas de laboratorio: Hemograma, electrolitos y creatinina sérica, glucosa, pruebas de función hepática, análisis de orina.

- Cateterismo cardiaco: Determina la etiología de la enfermedad, obtener información pronóstica y evaluar revascularización.

Tratamiento:

- No farmacológico. Peso: La obesidad viene marcada por un UMC superior a 30. La caquexia se caracteriza por pérdida de músculo, tejido adiposo y tejido óseo y se asocia a peor pronóstico, mayor número de hospitalizaciones y a la reducción de la supervivencia (7). Dieta y Nutrición: Se recomienda tener una dieta moderadamente hiposódica especialmente en la insuficiencia cardiaca avanzada para prevenir la retención de líquidos (7). Debe evitarse el consumo de comprimidos efervescentes, bicarbonato sódico y algunas aguas minerales con un alto contenido en sodio. Ingesta de líquidos: En pacientes con sintomatología leve o moderada visiblemente no aporta beneficios clínicos. En pacientes con síntomas graves de IC se considerara una restricción de 1.5- 2l/día, especialmente en presencia de hiponatremia.

- Farmacológico. El objetivo es aliviar los síntomas y signos, evitar el ingreso hospitalario y mejorar la supervivencia. Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina II (IECAs): se administrara a todos los pacientes cuando no existan contraindicaciones. Betabloqueantes (BB): mejoran la función ventricular y el bienestar del paciente, reducen el número de ingresos por empeoramiento de IC, aumenta la supervivencia y enlentece el progreso de la enfermedad. En pacientes hospitalizados se iniciara el tratamiento antes del alta excepto cuando este contraindicado o no se tolere. Deben evitarse las contraindicaciones clásicas (hipotensión, trastornos de conducción, asma, hipoglucemia inaparente en diabéticos), están contraindicados en la IC inestable y que debe empezarse siempre con dosis bajas aumentando gradualmente. Antagonistas de la aldosterona: reducen los ingresos hospitalarios y aumentan la supervivencia cuando se incluyen en el tratamiento. En pacientes hospitalizados se iniciara su tratamiento antes del alta excepto que este contraindicado o no se tolere. Se administra a dosis bajas en todos los pacientes con FEVI \leq 35% e IC grave y sintomática. Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II): están indicados como alternativa a los IECAs en pacientes intolerantes a estos en todas las clases funcionales. Calcioantagonistas: los de 1ª generación (nifedipino, verapamil o diltiacem) no están indicados porque suelen empeorar los síntomas. Sin embargo, los de 2ª generación parecen ser seguros en el tratamiento de hipertensión arterial o angina. Glucosícos cardiacos (digital) (9): la digoxina mejora la situación hemodinámica y la capacidad funcional pudiendo ser útil para aliviar la sintomatología,

prevenir el deterioro clínico y reducir ligeramente la morbilidad. Siempre que no exista contraindicación, puede usarse en todos los pacientes con fallo cardiaco grave y en aquellos con doble terapia de diuréticos e IECA que continúan con síntomas.

La aparición de arritmias es constante en pacientes con IC crónica. Los antiarrítmicos pueden causar efectos inotrópicos negativos perjudiciales y empeorar las arritmias ventriculares. La amiodarona puede tener utilidad en arritmias por fibrilación auricular o arritmias ventriculares, pero el efecto sobre la mortalidad no ha sido bien establecido. No se recomiendan los antiarrítmicos para prevenir las arritmias, sino solo como tratamiento de aquellas que lo necesiten o que tengan una indicación específica.

2 Objetivos

- Conocer el beneficio de la atención profesional a través de una intervención educativa en pacientes con insuficiencia cardiaca.
- Comparar la efectividad de la intervención educativa y el seguimiento habitual en el tratamiento de la IC
- Identificar las distintas intervenciones que se pueden llevar a cabo durante el tratamiento de estos pacientes.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica narrativa. La búsqueda bibliográfica se realizó en diferentes páginas: Lilacs, Cuiden, Cochrane, Cinahl y Pubmed con las palabras clave insuficiencia cardiaca, cuidados de enfermería, heart failure, nurse intervention, etc. Debido a la escasez de artículos se revisó la bibliografía de revisiones bibliográficas (que no fueron seleccionadas para el estudio) escogiendo 4 estudios. El total de estudios que cumplen los criterios de inclusión establecidos son 17.

Criterios de Inclusión: idioma español, inglés o portugués. Estudios posteriores al año 2000. La población de estudio es pacientes con IC.

Criterios de Exclusión: resúmenes y revisiones bibliográficas. La población de estudio es profesional sanitario. Estudios anteriores al año 2000. La población de estudio son personas con enfermedades crónicas en general.

4 Resultados

Los artículos escogidos han sido un total de 17 que se incluyen más detalladamente en la siguiente tabla según su autor, año de publicación, país, ámbito de estudio, tipo de participantes, tipo de estudio e intervención y las principales conclusiones.

De los estudios revisados un total de 9 tratan una intervención educativa con telemonitorización de signos vitales y seguimiento telefónico (10,17,18,20,22,25,26).

Kutlzeb, J (2004) (26) comparó el tratamiento habitual con una intervención educativa compuesta por un examen físico del paciente, en el que se valoraba sonidos cardiacos, auscultación pulmonar, evaluación de extremidades y retención de líquidos, y educación para la salud de forma individualizada con monitorización diaria de peso y asesoramiento sobre tratamiento, dieta, ejercicio físico y tabaco. Obteniendo como resultado que el grupo de pacientes con IC sobre el que se realizó la intervención modificaron sus estilos de vida y tuvieron un aumento de la calidad de vida y por tanto de su capacidad funcional evitando así las hospitalizaciones por IC.

Un equipo de investigadores (Gesica Investigators) (2005) (22) realizaron una intervención educativa con el objetivo de educar y supervisar a los pacientes con IC, que constaba de un folleto educativo sobre adherencia a la dieta, tratamiento farmacológico y ejercicio físico y monitorización de signos y síntomas, reforzado por un seguimiento telefónico para determinar el estado y entorno del paciente frente a una atención habitual en el grupo control. Se obtuvo una disminución de los ingresos y admisiones hospitalarias y un aumento de la calidad de vida ya que se aumentó la adherencia a la dieta y el tratamiento en el grupo de la intervención.

Según Camargo Rojas, CM (2013) (18) “la entrevista motivacional es un tipo de comunicación que favorece un ambiente adecuado para fomentar la motivación y la reflexión activa del paciente”. Se realizaron 2 encuentros para conocer el grado de autocuidado del paciente: cumplimiento terapéutico, ayuda y solución de síntomas, adaptación a la enfermedad; y evaluar la efectividad de la entrevista, además se realizó contacto telefónico para reforzar la intervención. Se produjo un aumento del nivel de autocuidado y del contacto de paciente con médico y enfermera, dato que no fue valorado en otros estudios.

Brotons, C (2009) (17) elaboro una intervención educativa compuesta por un reg-

istro de reingresos hospitalarios, visita a urgencias, consultas extrahospitalarias además de una sesión de asesoramiento y seguimiento telefónico sobre la enfermedad, reconocimiento de síntomas, cumplimiento de medicación y modificación de hábitos comparándola con la atención habitual en otro grupo. La calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con IC que recibieron la intervención fueron mayores que en el otro grupo sin embargo no hubo cambios significativos en los reingresos hospitalarios y muertes totales durante el estudio.

En el estudio de Martensson, J (2005) (25) se realizó una intervención compuesta por una sesión educativa sobre IC con medios audiovisuales de fácil comprensión (CD) para fomentar la autogestión del paciente y un seguimiento telefónico para detectar signos de deterioro. A pesar de que en el grupo intervención hubo más muertes porque la IC era más grave, hubo una disminución en los problemas físicos relacionados con las actividades de la vida diaria y una mejora en el conocimiento sobre la enfermedad.

Domingues, F (2011) (10) realizó un estudio en el que comparaba el tratamiento habitual en IC con una intervención educativa iniciada durante la hospitalización. Se realizaron 5 visitas, en las que se realizó una sesión educativa sobre la enfermedad, tratamiento farmacológico y no farmacológico, cuestionario de conocimiento y autocuidado, manual para el paciente y monitorización diaria de peso y revisiones posteriores además de contacto telefónico para reforzar la información recibida y conocer posibles visitas a urgencias y rehospitalizaciones. No hubo importantes diferencias entre un grupo y otro ya que ambos presentaron una mejora después de 3 meses independientemente del contacto telefónico realizado en el grupo de intervención.

Boyne, J (2012) (27) comprobó que una intervención educativa acompañada de seguimiento telefónico y de un dispositivo electrónico para valorar el conocimiento sobre IC y el comportamiento del paciente pero no monitorización de signos vitales frente al tratamiento habitual no redujo el número de muertes.

En el estudio realizado por Dracup, K (2014) (20) se comparó dos tipos de intervención educativa con el tratamiento habitual para IC. Constaba de una sesión educativa con estrategias de demostración y un folleto educativo sobre la enfermedad, adherencia al tratamiento y dieta, clínica actual del paciente, revisión de signos y síntomas, automonitorización de síntomas. Sobre un grupo se realizó además un seguimiento telefónico para reforzar la información de la sesión. No hubo una mejora en el número de hospitalizaciones y muertes por IC en ninguno de los grupos, aunque mostraron mejores resultados en el autocuidado al inicio

al finalizar la intervención no era significativo.

Motta Mussi, C (2013) comparó una intervención educativa llevado a cabo en visitas domiciliarias en las que se realizó una historia del paciente formada por examen físico, cuestionario de conocimiento sobre la enfermedad, adherencia al tratamiento y uso de medicación, cuidados no farmacológicos y vacunaciones más un seguimiento telefónico para reforzar las orientaciones frente a un seguimiento convencional. Aunque hubo un aumento del conocimiento en ambos grupos se demostró que este tipo de intervención mejora el conocimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento y favorece habilidades de autocuidado.

Rodríguez-Gázquez, MA (2012) comparó una intervención educativa en la que se realizó una sesión educativa grupal sobre el conocimiento de la enfermedad, cuidados, ejercicio físico, taller de técnicas de manejo de estrés y alimentación saludable y un folleto informativo para el paciente sobre el control de signos y síntomas, administración de medicación, como evitar la fatiga y cuando solicitar ayuda, seguida de contacto telefónico y dos visitas domiciliarias para evaluar los cambios en comportamiento y autocuidado frente a una intervención educativa compuesta también por el mismo encuentro educativo y una visita domiciliaria para la evaluación de los cambios de comportamiento y autocuidado. Se produjo una mejora del 66% del grupo intervención

De Oliveira, K (2015) (12) elaboro una intervención basada en los resultados y un cuestionario para evaluar el conocimiento de la población (CC). La intervención educativa consistió en cuatro visitas domiciliarias, en la primera se realizó un examen físico del paciente para conocer sus condiciones de salud y el CC con preguntas sobre dieta, peso, información de IC, medicación, ejercicio físico y re-hospitalizaciones y establecimiento de las intervenciones enfermeras que fueron reforzadas en las siguientes visitas. La puntuación del CC en la primera visita domiciliaria fue de 69,1% mientras que en la última visita domiciliaria fue de 87,4%. Los resultados evaluados “conocimiento de la medicación” y “conocimiento del régimen terapéutico” mostraron una mejora significativa entre el inicio y el final de la intervención.

Monteiro Mantovani, V (2015) (14) llevo a cabo una intervención educativa compuesta por tres visitas domiciliarias tras el alta hospitalaria del paciente en las que se realizó un examen físico y del estado funcional del paciente según la clasificación New York Heart Association (NYHA), información sobre la enfermedad y tratamiento, identificación de signos y síntomas, descompensaciones, efectos

de la medicación y vacunaciones para valorar la adherencia al tratamiento del paciente. Esta se comprobó en la última visita a través de un cuestionario obteniendo como resultado que las instrucciones proporcionados por la enfermera tienen un efecto positivo en la adherencia al tratamiento sobre todo en la supervisión del peso y la ingesta de líquidos.

Según Bertuzzi, D (2012) (24) “la intervención profesional beneficia a los pacientes, perfeccionando su conocimiento independientemente de si se realiza a través de contacto telefónico, visita domiciliaria u orientación grupal”. Se llevó a cabo dos visitas domiciliarias a cargo de enfermeras especialistas en las que se verifico el conocimiento sobre la IC de los pacientes a través del CC (cuestionario de conocimiento de la población). Se obtuvo como resultado una mejoría sobre el conocimiento de la IC aunque esta fue escasa ya que los pacientes demostraron un nivel de conocimientos elevado al inicio del estudio.

Otros 3 estudios hablan de una combinación del tratamiento habitual para la IC, telemonitorización y seguimiento telefónico (16,23). Martín-Lesende, I (2013) (16) realizo un estudio comparando el tratamiento habitual para la IC con el tratamiento habitual combinado con la telemonitorización diaria de constantes en el domicilio más un cuestionario sobre la percepción de la situación clínica y funcional realizado diariamente y contacto telefónico para reforzar el seguimiento de la medicación y la dieta. Esta monitorización consistió en un envío diario de las constantes, con un conjunto de alertas individualizadas para cada paciente cuando los parámetros introducidos quedaban fuera de los rangos normales establecidos. La información era revisada por los profesionales del Centro de Salud que habían recibido una formación específica previamente. Los resultados obtenidos muestran que un 42,9% de pacientes en el grupo de intervención completaron el seguimiento sin ningún ingreso frente a un 13,6% del grupo control, además el contacto telefónico fue mayor también en este grupo. Sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa en el número de hospitalizaciones, estancia media en el hospital y muertes, esto puede deberse a una limitación en el tamaño de la muestra.

El estudio realizado por Blue, L (2002) realiza una comparación similar al estudio de Martín-Lesende, I (2013) (16) excepto que no se realiza una telemonitorización diaria. Se obtuvo una disminución en el número de readmisiones por IC y por otras causas, una disminución de días de hospitalización frente al grupo de control. Sin embargo el número de muertes fue similar en ambos grupos, 31% en el grupo de la intervención 30% en el grupo control.

Schwarz, KA (2008) (23) comparo el tratamiento habitual para la IC con una

combinación del tratamiento habitual acompañado por telemonitorización electrónica EHM conectado a un equipo de recepción de datos en la unidad de estudio del hospital. Este dispositivo electrónico media el peso diariamente y tenía programadas una serie de preguntas relacionadas con la dieta, signos y síntomas, tratamiento y ejercicio físico que los pacientes debían contestar, además de alertas si existían mediciones fuera de los parámetros establecidos. Aunque un 91% de los pacientes con el dispositivo EHM lo utilizó durante el tiempo que duró el estudio el 93% no lo utilizó todos los días y no hubo diferencias estadísticamente significativas en depresión, dominio del cuidador, readmisiones y reingresos hospitalarios. Si hubo un aumento en la calidad de vida de ambos grupos. Esta falta de efecto pudo deberse a la falta de conocimientos de los adultos mayores y a la naturaleza de la enfermedad.

López Moyano, MG (2007) (15) realizó un plan de cuidados individualizado formado por 3 tipos de atención; la atención programada consistía en una consulta en la que se realizaba una valoración según las necesidades de Virginia Henderson, la clasificación funcional según la clasificación de New York Heart Association (NYHA), un cuestionario sobre el conocimiento de la enfermedad, la calidad de vida y el cumplimiento del tratamiento y la capacidad física del paciente. La atención a demanda consistía en un acceso telefónico o presencial a la consulta de enfermería para identificar signos de desestabilización, problemas de educación y monitorización terapéutica y por último tres charlas planificadas y grupales en las que los pacientes recibían medios audiovisuales (CD) y folletos educativos en las que se trataban consejos para la IC, signos y síntomas de alarma, factores de riesgos, tratamiento farmacológico, dieta y hábitos nocivos y técnicas de relajación.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta los objetivos planteados previamente y tras realizar el análisis de los estudios escogidos, se observa una variedad de conclusiones acerca de la eficacia de la combinación de una intervención educativa y seguimiento telefónico y domiciliario frente al tratamiento habitual para la insuficiencia cardíaca.

Algunos autores han demostrado que este tipo de educación sanitaria tanto en ámbito hospitalario como domiciliario, junto con la utilización de medios audiovisuales y refuerzo telefónico influye directamente en la mejora de los pacientes, favorecen su autocuidado y por tanto disminuyen los procesos hospitalarios. El registro de signos vitales a través de la telemonitorización y el contacto telefónico

ha servido para fomentar el aprendizaje y el cumplimiento de las recomendaciones aportadas por la enfermera sobre la enfermedad y sus cuidados. Además en los estudios que se incluyen visitas domiciliarias se ha comprobado que estas visitas contribuyen a una fuerte alianza terapéutica entre la enfermera, el paciente y la familia y por tanto dará lugar a mejoras en autocuidado y autoeficiencia. La función enfermera es fundamental en programas para IC.

Cabe destacar que el entorno del paciente juega un papel importante, ya que la mayoría de estudios revisados, incluyen a la familia y/o al cuidador en la intervención ya que en su mayoría la población afectada se trata de una población de edad avanzada que a veces no es capaz de llevar a cabo el seguimiento y tratamiento de la enfermedad de forma adecuada.

En la mayoría de estudios analizados la intervención educativa ha favorecido a los pacientes, ya que se observó una mayor capacidad y habilidad por parte de los pacientes para modificar sus estilos de vida, cumplir su tratamiento y por tanto mejorar su estado de salud.

Sin embargo, otros autores han obtenido resultados similares entre este tipo de intervención y el tratamiento habitual. Estos autores defienden que puede deberse a una falta de conocimientos por parte de los pacientes, que pertenecen a un grupo poblacional de edad muy avanzada con conocimientos deficientes acerca de la insuficiencia cardíaca o por el contrario, porque se trata de una población que con el tratamiento habitual ha adquirido las habilidades suficientes para tratar su enfermedad.

6 Bibliografía

1. Banegas, J., Rodríguez-Artalejo, F., Guallar-Castillón, P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardíaca en España. *Revista Española de Cardiología*. 2006;6:4C-9C.
2. Anguita M, Crespo MG, de Teresa E, Jiménez M, Alonso L, Muñoz J. Prevalencia de la insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61:1041-9
3. Galindo G, Cruz I, Real J, Galván L, Monsó C, Santafé P. Pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en Atención Primaria: envejecimiento, comorbilidad y polifarmacia. *Aten Primaria*. 2011; 43 (2): 61-7.
4. De Santiago Nocito, A., Lobos Bejarano, J., Palomo Sanz, V. Guía de buena práctica clínica en Insuficiencia Cardíaca. Consejo general de Colegios oficiales de

médicos de España. [Internet] 2005.

5. McMurray, J., Adamopoulos, S., Anker, S., Auricchio, A., Böhm, M., Lip, G. et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Revista Española de Cardiología*. 2012; 60(10):938.e1-e59

6. Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P. et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Revista Española de Cardiología*. 2008;61(12):1329.e1- 1329.e70.

7. Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Aguda y Crónica 2012 de la Sociedad Europea de Cardiología. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol*. 2012; 65 (10): 938.e1-e59.

8. De la Serna, F. El ejercicio físico en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. En: De la Serna, F. *Insuficiencia Cardíaca*. 3ra ed. Editorial Federación Argentina de Cardiología; 2010. p. 518-24.

9. Castillo Ferrando, J., Torelló Iserte, J., Jiménez Plata, M., Merino Kolly, N. *Terapéutica Cardiovascular I*. Sevilla: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Sevilla; 1999.

10. Domingues, F., Clausell, N., Aliti, G., Dominguez, D., Rabelo, E. Educación y Monitoreo por Teléfono de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca: Ensayo Clínico Randomizado. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2011;96(3):233-239.

11. Rodríguez-Gázquez, M., Arredondo-Holguín, E., Herrera-Cortés, R. Efectividad de un programa educativo en enfermería en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca: ensayo clínico controlado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2012;20(2):11 pantallas.

12. De Oliveira Azzolin, K., Machado Lemos, D., de Fátima Lucena, A. Intervenciones de enfermería en domicilio mejoran conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

13. Segovia Cubero, J., Alonso-Pulpón Rivera, L., Pereira Moral, R., Silva Melchor, L. Etiología y evaluación diagnóstica en la insuficiencia cardíaca. *Revista Española de Cardiología*. 2004;57(3):250-259.

14. Monteiro Mantovani, V., Brasil Ruschel, K., Nogueira de Souza, E., Mussi, C., Rejane Rabelo-Silva, E. Treatment adherence in patients with heart failure receiving nurse-assisted home visits. *Acta Paulista de Enfermagem*.

15. López Moyano, M., Rus Mansilla, C., Martínez Quesada, M., Cortez Quiroga, G., Delgado Moreno, M. Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un

- programa de insuficiencia cardiaca. *Enfermería en Cardiología*. 2007;41:25-32.
16. Martín-Lesende, I., Orruño, E., Bayón, J.C., Bilbao, A., Vergara, I., Cairo, M.C. et al. Evaluación e impacto de una intervención de telemonitorización en pacientes domiciliarios con insuficiencia cardiaca o broncopatía crónica controlada desde la atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado. Estudio TELBIL. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2013. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
 17. Brotons, C., Falces, C., Alegre, J., Ballarín, E., Casanovas, J., Catà, T. et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardiaca: estudio IC-DOM. *Revista Española de Cardiología*. 2009;62(4):400-8.
 18. Camargo Rojas, C., Córdoba, Rojas, D., Guio Reyes, Á. La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*. 2013; 15(1):31-49.
 19. Blue, L., Lang, E., McMurray, J., Davie, A., McDonagh, T., Murdoch, D. La intervención de enfermeras especializadas mejora los resultados del tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica. *Gestión clínica y sanitaria*. 2002;4(2):46.
 20. Dracup, K., Moser, D., Pelter, M., Nesbitt, T., Southard, J., Paul, S. et al. Randomized, Controlled Trial to Improve Self-Care in Patients With Heart Failure living in Rural Areas. *Circulation*. American Heart Association. [Internet] 2014.
 21. Boyne, J., Vrijhoef, H., Crijns, H., De Weerd, G., Kragten, J., Gorgels, A. Tailored telemonitoring in patients with heart failure: results of a multicenter randomized controlled trial. *European Journal of Heart Failure*. [Internet] 2012.
 22. GESICA Investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ* [Internet] 2005.
 23. Schwarz, K., Mion, L., Hudock, D., Litman, G. Telemonitoring of Heart Failure Patients and their Caregivers: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 2008;23(1):18-26.
 24. Bertuzzi, D., Souza, EN., Moraes, MA., Mussi, C., Rabelo, ER. Conocimiento del paciente con insuficiencia cardiaca en el contexto domiciliar: estudio experimental. *Online Brazilian Journal of Nursing*
 25. Martensson, J., Strömberg, A., Dahlström, U., Karlsson, J., Fridlund, B. Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *The European Journal of Heart Failure*. [Internet] 2005.
 26. Kutzleb, J., Reiner, D. The impact of nurse-directed patient education on qual-

ity of life and functional capacity in people with heart failure. Journal of the American of Nurse Practitioners. [Internet] 2006.

Capítulo 142

FOMENTANDO LA LACTANCIA MATERNA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

OLAYA ALVAREZ CAMINO

DANIEL MAYOR ALVAREZ

1 Introducción

La leche materna es el mejor alimento durante los primeros meses de vida para el bebé. Además favorece el desarrollo afectivo del bebé, cubre todas las necesidades nutricionales y aporta defensas naturales (anticuerpos). No solo tiene ventajas para el niño, ya que acelera la recuperación de la madre tras el parto, previene y reduce la depresión postparto y es beneficiosa para la familia, ya que la leche está siempre preparada y a temperatura adecuada y es un alimento gratuito.

2 Objetivos

- Potenciar la lactancia materna frente a la lactancia artificial a través de una buena educación sanitaria mediante talleres que se implantara desde atención primaria en los meses de embarazo por medio de la matrona o de la enfermera especialista en pediatría.
- Disminuir las preocupaciones de la mujer debido a posibles complicaciones que se pueden dar durante la lactancia, como dificultades de "agarre", grietas de pezón, mastitis...
- Enseñar como conservar la leche materna.

3 Metodología

Implantaremos en los centros de salud y mas concretamente en la consulta de matrona talleres que expliquen y fomente la lactancia materna frente a la lactancia artificial. Serán talleres impartidos por la matrona del centro de salud a grupos reducidos de mujeres que se encuentre en estado de gestación. En estos talleres explicaremos las ventajas de la lactancia materna, como colocar al bebé al pecho, la importancia del "piel con piel" en la primeras horas tras el nacimiento, pero también trataremos las dificultades que pueden aparecer y como encontrar soluciones para evitar preocupaciones a las futuras madres y que estas desistan de manera prematura.

4 Bibliografía

- Grupos de trabajo de la Guia de embarazo y Parto.
- Conserjería de sanidad, y dirección general de salud publica servicio de salud del principado de Asturias. (2015).
- Guía de embarazo parto y lactancia 2015. Principado de Asturias, España: Direccion general de salud publica servicio de salud del principado de Asturias.

Capítulo 143

PROGRAMA DE SALUD BUCODENTAL EN LA ESCUELA

DANIEL MAYOR ALVAREZ

OLAYA ALVAREZ CAMINO

1 Introducción

La caries dental es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, los últimos estudios epidemiológicos en preescolares españoles indican que casi el 20 % de los niños a los 3 años y el 40 % a los 5 años tienen caries(1). La prevalencia de caries en adultos roza el 100%.(2) Por ello la introducción en la escuela de la educación para la salud buco-dental, en la que se trate la caries y la enfermedad periodontal, así como su prevención mediante las técnicas de cepillado dental, el uso de la seda dental y las revisiones periódicas por el odontólogo son de una importancia trascendental para conseguir la adquisición de hábitos saludables que trasciendan al entorno familiar de los escolares y que perduren en el tiempo.

Los programas de salud buco-dental no son nuevos, de hecho gracias a estos y al aumento del nivel socioeconómico de la población se ha observado una disminución de la prevalencia de caries en la población infantil durante los últimos años. (3) Así pues estos programas ya han demostrado su eficacia en la prevención de la enfermedad.

La caries dental, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede definir como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.(5) Si no se trata, se complica

con infecciones, pérdida de dentadura e inflamación de los tejidos blandos dentales. Las bacterias pueden invadir los senos paranasales y extenderse a la superficie de la cara y cuello, dando lugar a importantes complicaciones.(4)

El mejor tratamiento y el más barato, como en muchas otras enfermedades es la prevención. La enfermedad periodontal se previene eliminando la placa bacteriana con un cepillado minucioso y evitando las maloclusiones dentarias, bien sean congénitas o adquiridas (consecuencia de hábitos nocivos tales como el uso prolongado del chupete o biberón, chuparse el dedo, morderse las uñas u otros objetos o respirar por la boca).

La prevención de éstas consiste fundamentalmente en el destierro de dichos hábitos nocivos y un número adecuado de visitas periódicas al odontólogo.(6)

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Mejorar los conocimientos sobre educación bucodental.

Objetivos secundarios:

- Fomentar que los niños se cepillen 2 veces o más al día.
- Dar instrucciones para que los niños empleen una técnica correcta de cepillado dental.
- Crear un hábito en el empleo de colutorios fluorados.

3 Metodología

Este programa de salud está destinado a escolares de entre 6 y 12 años pertenecientes a un centro escolar de Ponferrada. En concreto se escogerá estudiantes de 2º y 6º de educación primaria.

Se tratará de un programa de intervención prospectivo longitudinal cuasiexperimental, basado en el desarrollo de 4 sesiones impartidas a lo largo de 1 mes con la población infantil, a la que habrá que sumar una sesión con los profesores y otra sesión con los padres. Estas sesiones tendrán lugar en el colegio de educación primaria..

4 Bibliografía

1. Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado marzo de 2011. [consultado 23-05-2012].
2. Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC, Álvarez Arenas Pardina I, Hermo Señariz P, et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE. 2006; 11 (4): 409-456.
3. Tapias Ledesma MA, Martín Pero L, Hernández V, Jiménez R, Gil de Miguel A. Prevalencia de caries en una población escolar de doce años. Avances en odontostomatología. 2009; 25 (4): 185-191.
4. Gary A. Thibodeau, Kevin T. Patton. Anatomía y fisiología. 6th ed. Elsevier Mosby. 2007.
5. Vitoria Miñana I, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13(51): 435-58.
6. Caldés Ruisánchez S, Cea Sánchez N, Crespo Aliseda P, Díez Nicolás V, Espino García A, Galán Arévalo S, et al. ¿Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental?. Avances en odontostomatología. 2005; 21(3):149-157.
7. MedLine Plus [homepage on the internet]. [updated 22 February 2010].
8. Duque de Estrada RJ, Hidalgo Gato Fuentes I, Pérez Quiñónez JA. Técnicas actuales utilizadas en el tratamiento de la caries dental. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2006 Jun [citado 2012 Mayo 23]; 43(2).
9. Barriuso Lapresaa L, Sanz Barbero B, Hernando Arizaleta L. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. An Pediatr (Barc). 2012;76(3):140-147.
10. Consejería de educación de la Generalitat Valenciana, Consejería de sanidad de la Generalitat Valenciana. Protocolo de actividades de salud bucodental en centros docentes de la comunitat valenciana.
11. Díaz del Mazo L, Ferrer González S, García Díaz RC, Duarte Escalante A. Modificaciones de los conocimientos y actitudes sobre salud bucal en adolescentes del reparto sueño. MEDISAN. 2001; 5(2): 4-7.
12. Silva Guzmán J, Muza Caroca RJ. Frecuencia de malos hábitos bucales en niños de 4 a 11 años de Rancagua. Rev Chil Salud Pública. 2010; 14 (2-3): 364-365.
13. Castillo Lizardo JM, Rodríguez Morán M, Guerrero Romero F. El juego como alternativa para la enseñanza de conceptos básicos de salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2001; 9(5): 311-314.
14. Pinilla Domínguez J. La economía de los servicios de atención bucodental en

España. Cuadernos económicos de I.C.E. N° 67.

15. Centro de Salud San Pantaleón Farmacéuticos sin Fronteras, CEPA. Programa de Salud Bucal.

Capítulo 144

PROGRAMA DE SALUD: “LA OBESIDAD, LA EPIDEMIA DEL SIGLO XXI”

OLAYA ALVAREZ CAMINO

DANIEL MAYOR ALVAREZ

1 Introducción

En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la obesidad como una epidemia mundial que afecta a niños y adultos. Con el paso del tiempo, esta definición aún se ha reafirmado más, ya que la prevalencia de obesidad ha aumentado mucho en todos los países desarrollados, especialmente en la infancia. Este aumento se debe en gran parte a los cambios en los estilos de vida, a la mayor disponibilidad de los alimentos, mayor sedentarismo y a la disminución de la actividad física.

Además, hay que mencionar que la obesidad tiene grandes repercusiones para la salud, desde efectos secundarios físicos importantes hasta consecuencias psicosociales originadas por la distorsión de la imagen física. Estas últimas pueden ser tan importantes e incluso más que las físicas, ya que es frecuente que los niños presenten baja autoestima, aislamiento social, discriminación y patrones anormales de la conducta.

Por lo tanto, nuestro marco de actuación será la prevención, ya que es la única esperanza para disminuir la prevalencia de la obesidad, y así poder evitar tanto la obesidad infantil como la obesidad futura, ya que la mayoría de los casos de obesidad del adulto tiene sus raíces en la infancia; es por ello necesario educar a niños

y niñas desde pequeños, fomentando unos hábitos alimentarios sanos, basándose en una dieta equilibrada. La escuela ofrece un ámbito apropiado para prevenir y tratar la obesidad. Mediante la escuela, y a través de un enfoque multidisciplinar se puede influir en las conductas alimentarias y en los niveles de actividad física. Desde la escuela, y dentro del eje transversal Educación para la Salud, pretendemos fomentar y crear hábitos de vida saludables mediante la concienciación de hacer una dieta sana.

La obesidad se define como una enfermedad crónica de origen multifactorial en la que hay un exceso de grasa corporal y que se manifiesta por un peso mayor al 20% del correspondiente a la edad, talla y sexo.

La definición de obesidad puede realizarse de diversas formas, pero las más aceptadas actualmente son:

- Peso en relación a la talla: según las gráficas estándar de peso y talla, en relación a la edad y el sexo. Hablamos de sobrepeso cuando el peso se halla un percentil por encima del correspondiente a la talla, y de obesidad cuando son dos percentiles.

- Índice de masa corporal (IMC): se obtiene dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado. El índice de masa corporal puede considerarse una buena medida entre sujetos de 5-20 años. Si bien tiene una buena sensibilidad para encontrar niños obesos, en cambio, no es así para el sobrepeso.

Sin embargo, resulta complicado evaluar el IMC en niños y adolescentes porque están en proceso de crecimiento y desarrollo, y tanto el peso como la talla, están aumentando, lo que hace necesario tener en cuenta también la edad para poder interpretar el IMC. Es más, debido a las variaciones en la adiposidad corporal en función del sexo, la etapa puberal, los cambios en la talla y la velocidad de crecimiento, el IMC debe interpretarse en el contexto específico de la edad y el sexo.

La principal estrategia para controlar la obesidad es la prevención y el diagnóstico precoz. Para poder llevar a cabo esta prevención, son imprescindibles dos factores básicos que son: una dieta saludable y la práctica de ejercicio físico habitual.

2 Objetivos

- Aumentar un 60% los conocimientos de los participantes.
- Mejorar en un 30% los hábitos alimentarios de los participantes.
- Reducir la incidencia de la obesidad y sobrepesos en los escolares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se trata de un programa de intervención prospectivo longitudinal cuasiexperimental, basado en el desarrollo de 11 actividades impartidas a lo largo de 8 semanas en los colegios de Ponferrada, estando dirigidas a escolares de 3º y 4º de educación primaria. El programa se desarrolla en 2 fases de 4 semanas cada una, en la primera fase se imparte a los alumnos de 3º de primaria y en la segunda fase a los de 4º de primaria.

4 Bibliografía

- Freixas Benavides, J.; Ibáñez Toda, M.L. Obesidad, un problema en aumento. In: Nuevas perspectivas en pediatría extrahospitalaria. Barcelona; 2003. p.1-26.
- Romero Hergueta, MC. La salud desde el principio. Junio de 2008. Castilla y León: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad; 2008.
- Aznar Laín, S.; Webster, T. Actividad Física y Salud en la Infancia y la Adolescencia. Ministerio de sanidad y consumo.
4. Castillo Ureña, M.J. “Prevención de la obesidad Infantil desde la escuela”. “Práctica docente”. Nº 7 (julio/septiembre. 2007).
- Dalmau, J.; VitoriA, I. Prevención de la obesidad Infantil: hábitos saludables. An Pediatr Contin 2004; 2 (4):250-4.
- Zayas Torrente, G.M.; Chiong Molina, D.; Diaz, Y.; Torriente Fernández, A.; Herrera Arguelles, X. Obesidad en la infancia: diagnostico y tratamiento. Rev. Cubana Pediatr 2002; 74 (3): 233-9.
- ALUSTIZA, E. Prevención y tratamiento de la obesidad en atención primaria. 2004.
- La alimentación de tus niños. Nutrición saludable de la infancia a la adolescencia. Agencia Española de seguridad alimentaria, Ministerio de Educación y Consumo. Madrid. 2005.
- Fernández García, N.; Ávalos Giménez, S. ¿Ayuda la lactancia materna a prevenir la obesidad infantil? METAS de Enfermería; 2009; 12 (9): 27-31.
- Colomer Revuelta, J. Prevención de la obesidad infantil; 2004.

- Maté Del Tío, M.; Cano, M.D.; Álvarez-Sala Walther, R.; Bilbao Garay, J. Manejo de la obesidad en Atención Primaria. MEDIFAM. 2001; 11 (1).
- Martínez Rubio, A.; Soto Moreno, AF. Plan integral de la obesidad infantil de Andalucía.; 2001-2012. Consejería de Salud.
- Serra Majem L., Ribas Barba L., Ngo de la Cruz J., Ortega Anta R. M., Pérez Rodrigo C., Aranceta Bartrina J. Alimentación jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED; índice de calidad de la dieta Mediterránea en la infancia y la adolescencia. Alimentación infantil y juvenil. Masson; 2004 (reimpresión). P. 51-59.
- Serra Majem L. Crecimiento y desarrollo. Estudio enKid vol 4. Barcelona: Masson 2003. P. 45-55.
- Abenza Guillamón, J.L.; Azorit Jiménez, A.; Ballester Carmona, S.; Ballesteros Arribas, J.M.; Belmonte Cortés, S.; Del Barrio Gómez, L, et al. La alimentación en los centros educativos. Ministerio de Educación; 2010.
- Forga, L.; Petrina, E.; Barbería, J.J. Complicaciones de la obesidad. ANALES Sis San Navarra 2002, 25 (Supl. 1): 117-126.
- Aranceta Bartrina, J.; Serra Majem, L.; Foz Salac, M.; Moreno Esteban, B. Prevalencia de la obesidad en España. Med Clin (Barc). 2005; 125 (12):460-6.
- Lama More, R.A.; Alonso Franchb, A.; Gil-Camposc, M.; Leis Trabazod, R.; Martínez Suáreze, V.; Moráis López, A.; et al. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. An Pediatr (Barc). 2006; 65 (6):607-15.

Capítulo 145

PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN DIABETES

DANIEL MAYOR ALVAREZ

OLAYA ALVAREZ CAMINO

1 Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un síndrome metabólico causado por una combinación variable de deficiencia de insulina e insensibilidad a sus efectos (insulinorresistencia). Se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos.

La diabetes es una enfermedad silenciosa, en muchos de los casos es asintomática y acompaña a la persona durante toda la vida (crónica). El tratamiento inadecuado de esta enfermedad, provoca un deficiente control metabólico, que propicia la aparición de complicaciones macro y microvasculares a largo plazo que afectan a la calidad de vida de las personas diabéticas y de sus familiares.

El tratamiento de la diabetes es complejo y requiere cambios en el estilo de vida, principalmente en lo que se refiere a alimentación, realización de ejercicio físico y tratamiento con medicación.

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se ha convertido en uno de los más graves problemas sociosanitarios de nuestro tiempo, se considera que será una de las epidemias del siglo XXI. Según los últimos estudios realizados, se estima que la prevalencia actual de DM2 en España está en un 10-15%. Factores como el cambio de los criterios diagnósticos de DM, el envejecimiento de la población, una menor

mortalidad de los diabéticos o un verdadero aumento de la incidencia, han podido influir en este fenómeno.(4)

Desde nuestra experiencia como alumnos en los Centros de Salud, hemos podido observar cómo una gran mayoría de los pacientes diabéticos no son conscientes de la gravedad que su enfermedad puede implicar a largo plazo refiriéndose hacia ella coloquialmente como “tengo el azúcar alto”.

Es muy importante que los diabéticos tomen conciencia de las complicaciones que pueden desarrollar, entre las cuales destacamos:

-Complicaciones agudas:

1. Hipoglucemia: es la más frecuente. Hiperglucemia. Cetoacidosis diabética. Acidosis láctica.

-Complicaciones crónicas: Retinopatía diabética: la prevalencia es del 32% aproximadamente. Es la causa más frecuente de ceguera en España.

1. Nefropatía diabética: la prevalencia es del 23% aproximadamente y supone el 10-13% de las causas de inclusión en programas de hemodiálisis en España.

2. Neuropatía diabética: es la complicación más frecuente. Se estima que alrededor de un 40% de los diabéticos presentan algún tipo de alteración neuropática. Su prevalencia aumenta con el tiempo de evolución y con la edad. El riesgo de neuropatía entre los diabéticos es siete veces superior al de la población general.

Enfermedad vascular: es la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las personas diabéticas. El riesgo de desarrollar una enfermedad vascular es de dos a cuatro veces mayor que en los no diabéticos.

La diabetes necesita una educación continuada del paciente que le permita adaptarse a los cambios y posibles complicaciones que puedan manifestarse en el transcurso de la enfermedad. Una asistencia médica adecuada, asociada a los cuidados de un equipo multidisciplinar, una educación e información individual y grupal y un control metabólico riguroso, son capaces de prevenir o retardar la aparición de las complicaciones crónicas de la diabetes.

Algunos estudios han demostrado que la implantación de programas educativos para grupos de diabéticos han supuesto una gran mejoría en el control, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Reducir la glucemia y la hemoglobina glicosilada (HbA1c) en los participantes diabéticos tipo II del centro de salud “San Antonio”, perteneciente a la zona básica de salud PI de Ponferrada, para mejorar la calidad de vida los participantes.

Objetivos secundarios:

- Reducir un 15% los valores de hemoglobina glicosilada en todos los participantes que completen el programa, transcurridos 6 meses desde el comienzo del programa.
- Mejorar la calidad de vida un 10% de cada participante adherente al programa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo un programa de intervención prospectivo longitudinal cuasi-experimental, basado en el desarrollo de 24 talleres impartidos a lo largo de 3 meses en el centro de salud “San Antonio”, perteneciente a la zona básica de salud Ponferrada.

Los talleres estarán dirigidos a personas con diabetes mellitus tipo pertenecientes a dicha zona básica de salud. En estos talleres se instruirá a los participantes sobre su enfermedad y se les concienciará a cerca de sus posibles complicaciones, al mismo tiempo que se les enseñará a elaborar recetas dirigidas especialmente para ellos.

Se incluirá a pacientes pertenecientes a la zona básica de salud “Ponferrada I” diagnosticados de diabetes mellitus tipo II, que a su vez tengan un mal control de su patología (considerando un mal control de la patología tener una hemoglobina glicosilada mayor de 7,5%) y que hayan asistido a las revisiones periódicas en su consulta de enfermería de atención primaria durante al menos dos meses.

La edad de inclusión en el programa estará comprendida entre los 55 y los 70 años.

El proceso de captación será llevado a cabo en las consultas de enfermería del centro de salud “San Antonio”, en el momento que los pacientes acudan a las revisiones, durante los 2 meses previos al programa. A todos aquellos que cumplan los criterios de inclusión, se les propondrá participar en el programa “Cómete tu diabetes”.

En caso de estar interesados se les derivará a la Enfermera Especialista en Diabetes (EED).

Por otro lado, se excluirá del programa a las personas analfabetas y a personas con déficits sensoriales, psicológicos o físicos que les impidan seguir la dinámica de los talleres y controles periódicos.

También serán excluidos del programa los pacientes diabéticos tipo I, puesto que el abordaje educacional en ellos debería de realizarse en edades más tempranas para evitar las complicaciones a largo plazo. Si el programa resultase efectivo, consideraremos la idea de llevarlo a cabo en un futuro integrando a este tipo de pacientes, previa adaptación de los contenidos del programa.

- Instrumentos de medida:

La versión española del cuestionario de salud SF 36 es un instrumento para evaluar calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica. Sus ítems detectan estados positivos y negativos de salud. El SF 36 puntúa en una escala de 0 a 100, de tal manera que las cifras más altas indicarán una mejor calidad de vida. Las ocho dimensiones que evalúan son: (12), (19) Función física, Rol físico, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental, Evolución declarada de la salud.

Test de conocimientos sobre la diabetes mellitus, elaborado por Hess y Davis y validado al idioma español por Campo y col. Consta de 38 preguntas que abarcan 5 áreas de conocimientos teóricos sobre la diabetes mellitus:

- Conocimientos básicos.
- Glucosa en sangre.
- Administración de insulina.
- Hidratos de carbono. Intercambio de alimentos.
- El análisis estadístico que se hará de los resultados será la T de Student para datos apareados usando el programa SPSS .

Análisis de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C): es un índice objetivo del control de la glucosa sanguínea a lo largo de un período de tiempo prolongado (aproximadamente de 8 a 12 semanas). Se considera la mejor prueba disponible que refleja el control glucémico del paciente diabético.

4 Bibliografía

1. MATA, M.; ANTOÑANZAS, F.; TAFALLA, M. & SANZ, P. (2002): "El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2". Gaceta Sanitaria, 16 (6), 511-520.

2. VARGAS, A.; GONZALEZ, A.; AGUILAR, M.I. & MORENO, Y.C. (2010): "Estudio comparativo del impacto de estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II". *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Madrid*, 53 (2), 60-68.
3. OTERO, L. (2003): "Impacto de un programa de promoción de la salud aplicado por enfermería a pacientes diabéticos tipo 2 en la comunidad". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (6), 713-719.
4. VALDÉS, S.; ROJO-MARTINEZ, G. & SORIGUER, F. (2007): "Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 129 (9), 352-355.
5. GODAY, A.; DELGADO, E.; DÍAZ, F.; DE PABLOS, P.; VÁZQUEZ, J.A. & SOTO, E. (2002): "Epidemiología de la diabetes tipo 2 en España". *Endocrinología y Nutrición*, 49 (4), 113-126.
6. CARLES, M.; DELLAMONICA, J. & RAUCOULES-AIMÉ, A. (2007): "Anestesia y reanimación en el paciente diabético". Elsevier Masson SAS, Paris, 36-650-A-10
7. GODAY, A. (2005): "Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias". *Revista Española de Cardiología*, 55 (6), 657-670.
8. SELLI, L.; KAUFFMANN, L.; MENEGHEL, S.N. & ZAPICO, J. (2005): "Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes". *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (5), 1366-1372.
9. GARCIA, R. & SUÁREZ, R. (2007): "La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud". *Revista Cubana de Endocrinología*, 18 (1).
10. DALMAU, M.R.; GARCIA, G.; AGUILAR, C. & PALAU, A. (2003): "Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2". *Atención Primaria*, 32 (1), 36-41.
11. TEJADA, L.M.; PASTOR, M.P. & GUTIERREZ, S.O. (2006): "Efectividad de un programa educativo en el control del enfermo con diabetes". *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (2), 48-53.
12. VINACCIA, S.; FERNANDEZ, H.; ESCOBAR, O.; CALLE, E.; ANDREADE, I.C.; CONTRERAS, F. & TOBÓN, S. (2006): "Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo II".
13. ARÁUZ, A.G.; SÁNCHEZ, G.; PADILLA, G.; FERNÁNDEZ, M.; ROSELLÓ, M. & GUZMÁN, S. (2001): "Intervención educativa comunicativa sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9 (3), 145-153.
14. GONZALEZ, A. & MARTINEZ, R. (2007): "Efectividad de una estrategia educativa sobre los parámetros bioquímicos y el nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2". *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15 (3), 165-174.

15. LACLÉ, A. & JIMÉNEZ, M.F. (2004): "Calidad del control glicémico según la hemoglobina glicosilada vs la glicemia en ayunas: Análisis en una población urbana y otra rural de diabéticos costarricenses". *Acta Médica Costarricense*, 46 (003), 139-144.
16. BARCELÓ, A.; ROBLES, S.; WHITE, F.; JADUE, L. & VEGA, J. (2001): "Una intervención para mejorar el control de la diabetes en Chile". *Revista Paramericana de Salud Pública*, 10 (5), 328-333.
17. VIDAL, M. & JANSÀ, M. (2006): "Entrenamiento del paciente y de la familia en el cálculo de raciones de hidratos de carbono". *Avances en Diabetología*, 22 (4), 262-268.
18. CANAHUATI, L.E.; TERRES, A.M. & GONZALEZ, R. (1996): "Aterogénesis y glicosilación de proteínas en diabetes mellitus". *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 43 (2), 67-79.
19. VILAJUT, G.; FERRER, M.; RAJMIL, L.; REBOLLO, P.; PERMANYER-MIRALDA, G.; QUINTANA, J.M.; SANTED, R.; VALDERAS, J.M.; RIBERA, A.; DOMINGO-SALVANY, A. & ALONSO, J. (2005): "El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos". *Gaceta Sanitaria*, 19 (2), 135-150.
20. GARCIA, C.; GUTIERREZ, E.; BORROEL, L.; ORAMAS, P. & VIDAL, M. (2002): "Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2". *Salud en Tabasco*, 8 (1), 14-17.
21. ALFARO, J.; SIMAL, A. & BOTELLA, F. (2000): "Tratamiento de la diabetes mellitus". *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 24 (2), 33-43.
22. GLADYS, A.; ROSELLO, M.; PADILLA, G.; RODRÍGUEZ, O.; JIMENEZ, M. & GUZMAN, S. (1997): "Modificación de prácticas alimentarias en diabéticos no insulino dependientes: efectos de una intervención educativa multidisciplinaria". *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 18 (1).
23. CALDERON, J.; SOLIS, J.; CASTILLO, O.; CORNEJO, P.; FIGUEROA, V.; PAREDES, V.; MANRIQUE, H. & NEYRA, L. (2003): "Efecto de la educación en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Arzobispo Loayza". *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 16 (1), 17-25.
24. PEREZ, A.; BARRIOS, Y.; MONIER, A.; BERENGUER, M. & MARTINEZ, I. (2009): "Repercusión social de la educación diabetológica en personas con diabetes mellitus". *Medisan*, 13 (1).
25. VARGAS-SÁNCHEZ, C.; MALDONADO-VALENZUELA, J.J.; PÉREZ-DURILLO, F.T.; GONZÁLEZ-CALVO, J. & PÉREZ-MILENA, A. (2011): "Cribado de retinopatía diabética mediante retinografía midriática en atención primaria".

Salud Pública de México, 53 (3), 212-219.

26. HUNOT, C. (2001): "Manejo nutricional del adulto con diabetes mellitus tipo II". *Investigación en Salud*, 3, 66-74.

27. STRATTON, I.M.; ADLER, A.I.; NEIL, H.A.W.; MATTHEWS, D.R.; MANLEY, S.E.; CULL, C.A.; HADDEN, D.; TURNER, R.C. & HOLMAN, R.R. (2000): "Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study". *British Medical Journal*, 321, 405-412.

Capítulo 146

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN DE LA POBLACIÓN GENERAL PARA HACER UNA RCP BASICA.

MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Cada año miles de españoles mueren de manera súbita por parada, su corazón deja de latir de manera rítmica, pierden pulso, consciencia y dejan de respirar. Llegada esta situación cada minuto que pasa es vital para la supervivencia de esa persona. El tiempo que el cerebro está sin aporte de oxígeno supone menos posibilidades de supervivencia, o graves secuelas como la encefalopatía anóxica que disminuirán la calidad de vida de manera importante.

Cualquier persona se puede ver en la situación límite de presenciar una parada cardiorrespiratoria. Desde hace años se están llevando a cabo programas de entrenamiento en RCP básica para adultos y escolares en los colegios. Pero la gran mayoría tal vez nunca lleguen a poner en práctica esos conocimientos adquiridos por falta de seguridad en sí mismos o simplemente por falta de interés en el momento de su entrenamiento.

2 Objetivos

Con este estudio se pretende valorar los conocimientos de la población general para realizar una RCP básica que mantenga las esperanzas de recuperación de

la normalidad hasta que lleguen los servicios sanitarios. Con dicha valoración se puede obtener un feedback que nos permite conocer si los programas de formación son efectivos o si deberían llevarse a cabo cambios en su diseño, puesto que el objetivo es que llegado el caso los ciudadanos tengan recursos cognitivos para realizar una RCP efectiva hasta la llegada de los servicios sanitarios.

3 Metodología

Para ello se hará un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, en el que se valoren los conocimientos de reanimación básica. Dicho estudio se llevará a cabo mediante cuestionarios tipo test de única respuesta correcta. Deberán aportar información del sexo del participante, edad, nivel cultural, lugar de residencia para poder establecer el grado de conocimiento por grupos. La muestra se cogerá a pie de calle para lograr una amplia variedad de individuos, puesto que se trata de valorar las posibilidades que tenemos de que alguien nos ayude si sufrimos una parada en la calle.

4 Bibliografía

- Nolan J, (2013) International cPr guidelines – Perspectives in CPR, Best Practice & research clinical Anaesthesiology; 27: 317–325.
- K.G. Monsieurs, J.P. Nolan, L.L. Bossaert, R. Greif, I.K. Maconochie, N.I. Nikolaou, ERC Guidelines 2015 Writing Group, et al.
- Ignacio Fernández Lozano. (2014). Que doblen las campanas por la muerte súbita. Sociedad española de cardiología.
- J. Marrugat, R. Elosua, M. Gil(1999). Epidemiología de la muerte súbita cardíaca en España. Rev Esp Cardiol, 52
- B. Morentin, C. Audicana. (2011),Estudio poblacional de la muerte súbita cardiovascular extrahospitalaria: incidencia y causas de muerte en adultos de edad mediana.Rev Esp Cardiol, 64 pp. 28-34

Capítulo 147

ESTADOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO

ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ

COVADONGA MUÑOZ BLANCO

AIDA GARCÍA DE LA RIVA

ROSAURA GARCÍA LEONARDO

MIRIAM DIAZ PEREZ

1 Introducción

La hipertensión arterial es una patología que complica el 10% de las gestaciones siendo una importante causa de morbimortalidad tanto materna como fetal. La preeclampsia es una forma de hipertensión inducida por el embarazo, ya que se incrementa la síntesis de proteínas antiangiogénicas. La clínica es variable, desde cuadros de ligera elevación de las cifras de tensión anteriores al embarazo y ligera proteinuria hasta cuadros muy graves que presenten trombopenia, anemia hemolítica, fallo en la función hepática, edema pulmonar y convulsiones (eclampsia).

Hoy día se admite que la HTA en el embarazo constituye un marcador precoz de hipertensión esencial en la gestante y, también nos pueden hacer sospechar una enfermedad cardiovascular y /o renal futura.

2 Objetivos

Conocer las principales alteraciones de las cifras de tensión arterias que pueden presentarse en la mujer gestante así como su tratamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de artículos clínicos como: SciELO, PubMed o Elsevier, usando las palabras claves: embarazo, hipertensión, preeclamsia, HELLP y tratamiento.

4 Resultados

Durante el embarazo la aparición de hipertensión arterial es una complicación más frecuente. Se calcula que está presente en un 8-10% de las gestaciones y es la principal causa de morbimortalidad materna.

En gestantes igual que en la población general se considera hipertensión una cifra de presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y/o diastólica mayor de 90 mmHg en dos o más ocasiones consecutivas y separadas por un período de cuatro-seis horas. Se considera grave cuando tenemos cifras de presión sistólica/diastólica mayores de 160-170 y 110 respectivamente.

Los estados hipertensivos durante el embarazo se clasifican en:

- Hipertensión crónica: Se presenta en mujeres que ya padecían hipertensión previa al embarazo o bien en aquellas que debutan con un cuadro de hipertensión antes de las 20 semanas de gestación.
- Hipertensión inducida por el embarazo: son mujeres antes normotensas que superadas las 20 semanas tienen una cifra de tensión sistólica mayor de 140 y una diastólica de más de 90 en al menos dos tomas separadas al menos 4 horas.
- Preeclamsia: además de la elevación de las cifras de tensión arterial la paciente tiene otra clínica como la cefalea, oliguria, fotopsias y proteinuria o Leve: proteinuria en orina de 24horas mayor a 300 mg/L o al menos dos ++ en una tira reactiva en dos mediciones separadas al menos 4 horas entre sí. o Grave: aparecen otros síntomas como: transaminasas elevadas, proteinuria mayor a 5g/24horas, hemolisis, recuento de plaquetas mayor de 100.000/L.
- Eclampsia: es el cuadro más grave que nos podemos encontrar y en él aparecen trastornos visuales, crisis convulsivas, llegando la gestante a un estado de coma.

Las primeras fases son asintomáticas hasta la aparición de la triada hipertensión, proteinuria y edemas. Un mal control de estos síntomas primarios puede desencadenar un cuadro denominado síndrome de HELLP (siglas de hemolisis, elevación de los enzimas hepáticos y disminución de plaquetas) que supone una urgencia vital para la gestante como para su bebé ya que puede desencadenar en cuadros clínicos de extrema gravedad como un edema agudo de pulmón, una insuficiencia renal aguda o una coagulación intravascular diseminada.

Los cuadros más leves suelen mejorar con reposo relativo y una dieta hiposódica. Cuando nos encontramos con los casos más graves el tratamiento debe ir más allá precisando la paciente un sondaje vesical, la administración de fármacos hipotensores (siempre vigilando que sean aptos para el embarazo) como el Labetalol o la Hidralazina. Si la paciente llegara a convulsionar elegiremos sulfato de magnesio. En todo momento debemos vigilar a la gestante monitorizándola, evaluando su estado neurológico y controlando la diuresis.

En función de la respuesta a estos tratamientos debemos decidir si lo mejor es mantener una actitud expectante o debemos provocar el parto o realizar una cesárea de urgencia ya que la única medida eficaz para tratar la preeclampsia es la finalización de la gestación.

5 Discusión-Conclusión

Un diagnóstico precoz de la hipertensión en el embarazo y una atención prenatal adecuada previenen las complicaciones más graves de estas alteraciones hipertensivas.

La presencia de hipertensión durante el embarazo es un factor a tener en cuenta ya que nos puede hacer sospechar que esa paciente vaya a desarrollar en el futuro una hipertensión crónica con las consecuencias que ello supone a nivel cardiovascular y renal.

En los países desarrollados se constata un aumento de la incidencia debido a la presencia de factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y unas primigestas de edad más avanzada.

6 Bibliografía

- Sibai BM, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. Lancet 2005;365:285-99.

- Williams. Obstetricia. Trastornos hipertensivos del embarazo. Cap. 24. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2007. p. 490-29.
- Velasco V, Navarrete E, Pozos JL, Cardona JA. Características epidemiológicas de la preeclampsia-eclampsia en el IMSS. Rev Méd IMSS 1999;37:325-331.
- Contreras F, Martínez J, Fouillioux C, Betancourt MC, Colmenares Y, Guevara E, y col. Endotelio y trastornos hipertensivos en el embarazo. Rev Fac Med 2002;25:1-12.

Capítulo 148

CUIDADOS A PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ

COVADONGA ALBA FERNANDEZ

MARIA FERNANDEZ SUAREZ

ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus es sin duda uno de los problemas de salud de mayor importancia en el mundo, con cerca de 30 millones de diabéticos en el planeta. Sólo en Europa esta cifra supera de sobra los 10 millones, de los cuales más de un millón reside en España. Se estima, además, que la mitad de los afectados desconocen su situación por padecerla en grado leve y que cerca del 40% de las personas obesas sufre diabetes sin saberlo.

Las cifras hablan por sí mismas: la diabetes es el problema endocrino más grave del siglo XXI. En definitiva, una enfermedad en la que el control de la dieta es la piedra angular de los tratamientos y en la que la alimentación está directamente implicada. Ejemplo, la diabetes del tipo II (diabetes del adulto), aparte de existir una cierta predisposición genética, se debe fundamentalmente a factores alimentarios (obesidad y alimentación industrializada) y a un excesivo sedentarismo.

2 Objetivos

Explicar la atención enfermera ante las principales demandas de cuidados en la persona adulta como individuo y miembro de una familia o grupo comunitario.

3 Caso clínico

Manuela ha cumplido 56 años y está casada con Juan que tiene 60 años de edad. Tienen dos hijas, Irene y Alicia. Irene de 32 años, casada y con un hijo de 5 años, su domicilio está cerca del de los padres. Alicia tiene 28 años y vive con sus padres, actualmente está en paro y está preparando oposiciones de magisterio. También vive con ellos, desde hace un año, Antonio, padre de Manuela, que tiene 82 años y que vivía solo desde que enviudó hace 7 años.

Antonio es diabético tipo II y tiene un IMC de 28. Hace 1 mes, cortándose las uñas de los pies, se hizo una herida en el primer dedo del pie derecho.

Juan trabaja en un negocio familiar que le ocupa mañana y tarde, contando con la colaboración de Manuela. Les gusta salir con los amigos y viajar, pero en el último año no han tenido ocasión de hacerlo, debido a que a Juanito su nieto se le ha diagnosticado recientemente una diabetes mellitus tipo I. Manuela ayuda en el cuidado de su nieto siempre que es necesario.

4 Resultados

Manuela: Dado que vive colabora en el trabajo con Manuel, cuida de su padre y de su nieto, realizamos un plan de cuidados relacionado con el patrón Rol-Relaciones:

Diagnóstico: 00062- Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c Alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio

NOC:

- 2208- Factores estresantes del cuidador familiar
- 2506- Salud emocional del cuidador principal

NIC:

- 6040- Terapia de relajación simple

Actividades: 704014-Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. 704015- Estudiar con el cuidador los puntos fuertes y débiles

Antonio: Conociendo la alta tendencia de los pacientes diabéticos al mal empleo de su régimen y tratamiento, realizamos un plan de cuidados relacionado con el patrón Percepción de la salud-Manejo de la salud.

Diagnóstico: 00078-Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c Déficit de conocimientos m/p Falta de confianza en el régimen

NOC:

- 1608-Control de síntomas
- 1619-Autocontrol de la diabetes
- 1813-Conocimiento: Régimen terapéutico
- 2300-Control de glucosa sanguínea

NIC:

- 4480- Facilitar la autorresponsabilidad
- 5618-Enseñanza: Procedimiento / tratamiento
- 2120-Manejo de la hiperglucemia

Actividades: 561611-Incluir a la familia/ser querido, si procede. 561603-Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación prescrito. 212014-Instruir al paciente y familia sobre el modo de actuar durante la enfermedad, incluyendo uso de insulina, antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los carbohidratos, y cuando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es una enfermedad muy frecuente que afecta más a las mujeres adultas que a los hombres y que suele estar relacionada con el sobrepeso y el sedentarismo.

Síntomas como el cansancio, la fatiga, la polidipsia, la poliuria, la polifagia, las náuseas, los vómitos... muestran una tendencia a padecer diabetes.

Con el tiempo, la diabetes, daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente el nervioso y los vasos sanguíneos, provocando enfermedades cardiovasculares, ictus, ceguera, problemas renales e incluso la amputación de miembros u órganos, además de originar otros inconvenientes sociales y económicos. La mayoría de las complicaciones que provoca son crónicas, debido a que el daño producido por el exceso de glucosa es irreversible.

Resulta llamativo que la mayoría de la población que padece diabetes desconoce que posee esta enfermedad.

Algunos hábitos adecuados como una alimentación sana y equilibrada, adaptada a la edad, peso, talla, sexo y actividad física del paciente reduce los niveles de glucosa en sangre, favorece la pérdida de peso, disminuye el riesgo de tener enfermedades cardiovasculares y aumenta su bienestar y su calidad de vida.

6 Bibliografía

- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Guía de Atención enfermera a personas con diabetes. Granada: ASANEC; 2003.
- Salud y medio ambiente. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid.
- III PLAN Andaluz de salud. 17, Noviembre 2013.
- La salud de la población de Andalucía. Junta de Andalucía. 2008.
- Nanda, 2010. Disponible en: <http://nanda.es/menu.php>
- Escuela de pacientes, Diabetes. Junta de Andalucía [sede web].
- Mellado Fernández ML. Asociación de diabéticos de Andalucía.
- Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado Diabetes Mellitus. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2011.

Capítulo 149

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE SEGÚN LAS TEORÍAS DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

TAMARA GARCIA ORDOÑEZ

1 Introducción

La vida de los seres humanos se manifiesta a través de relaciones entre semejantes, estas se desarrollan en el seno de grupos e instituciones. El hombre como ser social está sujeto a relaciones interpersonales que se promueven entre personas que se conocen o no. Estas juegan un rol importante en la actividad humana y están mediadas por la comunicación. En enfermería, se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados de enfermería. La interacción o comunicación enfermera-paciente ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad.

2 Objetivos

Encontrar documentación científica publicada por enfermería que muestre la relación enfermera-paciente a través de las teorías de las relaciones interpersonales en enfermería.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revisión bibliográfica con análisis crítico de la literatura consultada, que incluyó libros de texto, monografías, artículos originales y de revisión publicados en castellano de 2018 a 2019, la búsqueda se realizó en SciELO, Dialnet y Elsevier, con las palabras clave: relación, enfermera, paciente y enfermería. Se identificaron y revisaron 8 artículos, de los que seleccionamos 5.

4 Resultados

La literatura reporta varios tipos de comunicación. La enfermera debe elegir el modo en que esta se establece, teniendo en cuenta el tipo de paciente, el problema de salud y la situación de enfermería. El proceso de comunicación no solo se realiza en un sentido, sino que también expresamos sentimientos y emociones cuando hacemos esta actividad. Lo importante es desarrollar una buena comunicación según sus posibilidades de salud, que permita una adecuada relación enfermera-paciente, desde que este último se pone en contacto con la enfermera.

La relación de enfermera-paciente debe ir más allá, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento. Una buena relación enfermera-paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo su estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización.

Esta relación terapéutica es también una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral.

Por otra parte Peplau define la relación enfermera-paciente, como un tipo particular de relación, en la cual la enfermera entrega todo su conocimiento y experticia en función del cuidado.²

Del mismo modo, cuidado como relación interpersonal incluye comunicación, confianza, respeto y compromiso del uno con el otro. Cuando esto ocurre ambos se enriquecen. La integración de los sentimientos compartidos establece la

posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la relación enfermera-paciente es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado. Desde esta perspectiva se cree que la relación enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería en las diferentes situaciones de enfermería se relaciona con pacientes y familiares, fundamentalmente a través de la comunicación, donde aplica diferentes elementos. Esto favorece que la enfermera realice un plan de cuidado personalizado mediante una relación recíproca. Una buena relación enfermera-paciente contribuye con el mantenimiento de la salud, la propuesta de plan de cuidados y mejora la actividad de enfermería.

6 Bibliografía

1. Aguirre Raya D. Competencias comunicativas del profesional de Enfermería [tesis]. Universidad de la Habana. Facultad de Comunicación. 2005
2. Mckenna HP, Slevin OD. Nursing Models, Theories and practice. Inglaterra: Blackweel Publishing; 2009.
3. Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015.
4. Marriner A, Alligood MR, Modelos y Teorías en Enfermería. LaHabana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
5. Van-der CJ, Quiles Y, Quiles MJ. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería. Consejería de sanidad. Edita Generalitat Valenciana. 2006
6. Leonel AA, Fajardo G, Tixtha, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Enf Neurol Mex*. 2012
7. Aguirre Raya D. Fundamentos de la relación enfermera -persona sana o enferma. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 [citado 4 Mar 2015];30(4):12-7.

Capítulo 150

ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS ABUELOS CUIDADORES

CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ

COVADONGA ALBA FERNANDEZ

MARIA FERNANDEZ SUAREZ

ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ

1 Introducción

En un destacable número de casos, actualmente los abuelos se ocupan de sus nietos durante la jornada laboral. Hoy, más que nunca, los abuelos están asumiendo el rol de padres de los hijos de sus hijos. Con este tema se quiere informar sobre cómo abordar este tema, cómo pueden las enfermeras participar activamente, informando y resolviendo dudas propuestas a las familias.

2 Objetivos

Analizar la participación de los abuelos dentro de su rol familiar con sus nietos, y la influencia de ésta en su estado de salud y en su vida diaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo de campo, se han visitado seis centros escolares, tanto urbanos como rurales, para tomar contacto directo con los abuelos

que llamamos cuidadores. A través de entrevistas realizadas en a los abuelos que esperaban a sus nietos, queríamos comprobar el nivel de satisfacción de los mayores en la realización de ésta tarea.

4 Resultados

En los centros escolares rurales la mayoría de los niños van y vuelven del colegio solos, ya que se trata de un pueblo con una población pequeña, que tiene numerosas aldeas y por ello cuenta con transporte público para recoger y llevar a los niños.

En los colegios urbanos analizados ninguno de los cuidadores recibe compensación económica, pero sus hijos le dan dinero para que se lo gasten en sus nietos y a veces para hacer la compra. Otros de los entrevistados solo se encargan de recoger a los nietos a la salida del colegio y llevarlos a casa que está cerca. Realizan esto todos los días de la semana y no reciben compensación económica.

5 Discusión-Conclusión

Los aspectos más relevantes que hemos observado es que la mayor parte de los abuelos se sienten muy satisfechos de cuidar a sus nietos y no supone cansancio alguno dicha tarea, salvo en algún caso muy puntual.

La recogida del colegio es una práctica habitual que se complementa con el almuerzo y su cuidado por la tarde en su propia casa durante un tiempo variable de unos a otros siendo mayor en el medio rural el número de días en los que los abuelos están a cargo de sus nietos.

No reciben ninguna compensación económica, justifican que no es muy apropiado en estos casos, y no creen que se trate de una tarea obligada.

6 Bibliografía

- Antonio Paniagua. Los abuelos “cuidadores” se rebelan. larioja.com. 2008.
- Junta de Andalucía. Abuelas y abuelos cuidadores. Su influencia en el fomento de hábitos saludables. En: Gretel Cabrera Galich. 2007.
- Abellán García, A.; Ayala García, A. (2012). “Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Portal Mayores,

nº 131. [Fecha de publicación: 1/06/2012].

- Observatorio de personas mayores. (2002). Las personas mayores en España. Informe 2002. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

Capítulo 151

VENDAJE FUNCIONAL EN EL ESGUINCE DE TOBILLO

COVADONGA MUÑOZ BLANCO

AIDA GARCÍA DE LA RIVA

ROSAURA GARCÍA LEONARDO

MIRIAM DIAZ PEREZ

ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ

1 Introducción

Los esguinces de tobillo son una de las patologías más frecuentes del sistema musculoesquelético y una de las lesiones más habituales en las consultas de atención primaria. Se determinan mediante un diagnóstico clínico. Se trata de la distensión o rotura total o parcial de un ligamento que se produce como consecuencia de la tracción o excesivo estiramiento del mismo.

Podemos distinguir tres tipos de esguince de tobillo, clasificándolo en leve, moderado y grave o de I, II y III grado:

- El grado I es el desgarro parcial de un ligamento, con dolor, pero sin impotencia funcional ni inestabilidad articular.
- El grado II engloba el desgarro incompleto de un ligamento con incapacidad funcional moderada y con impotencia funcional e inestabilidad articular.
- El grado III es la rotura completa y pérdida de integridad de un ligamento, con dolor intenso, impotencia funcional e imposibilidad de apoyo.

La mayor parte de estas lesiones se localizan en el ligamento lateral externo. La lesión en este ligamento presenta además el mejor pronóstico. La mayor afectación del ligamento lateral externo está condicionada por la tendencia supinadora en el apoyo inicial del retropié, que suele ser cuando se produce la lesión.

En ocasiones, el mecanismo de la propiocepción intenta compensar el movimiento lesivo, lo que conduce a la distensión ligamentosa mediante una contracción pronadora. Cuando se produce este hecho de manera violenta, puede dar lugar a un esguince combinado del ligamento lateral interno. La lesión aislada del ligamento lateral interno es rara y solamente suele aparecer durante la práctica deportiva intensa.

Podemos destacar como complicaciones de este tipo de lesiones el dolor, edema, rigidez y bloqueo articular e inestabilidad, que será mayor cuando menos adecuado haya sido el período de inmovilización, tipo de inmovilización y posterior rehabilitación.

2 Objetivos

- Describir los conceptos básicos que definen un esguince de tobillo y sus características más relevantes.
- Analizar los diferentes grados que existen según el nivel de afectación de la lesión.
- Conocer la importancia del vendaje funcional como tratamiento, sus ventajas y el protocolo que debe tenerse en cuenta a la hora de aplicar este tipo de vendajes.

3 Metodología

La metodología para la elaboración del trabajo parte de la base de que se trata de una revisión bibliográfica.

En primer lugar realizamos la elección del tema, englobado en el campo de la atención comunitaria. Para la elección del tema nos basamos en la importancia de estas lesiones y su frecuencia en la consulta de atención primaria.

A continuación iniciamos el proceso de documentación realizando una búsqueda bibliográfica tanto en fuentes primarias como secundarias. Seguidamente llevamos a cabo la redacción del trabajo y finalmente elaboramos la bibliografía siguiendo las normas de Vancouver.

4 Resultados

El tratamiento del esguince de tobillo en las primeras 48 horas consiste en el empleo de crioterapia de manera intermitente y la colocación de un vendaje simple, compresivo y ligero. Además se permite al paciente el apoyo. Del tercer al quinto día se colocará un vendaje funcional que va a permitir la carga total. También se aplicará crioterapia y termoterapia.

La colocación de un vendaje funcional se trata de una inmovilización mecánica, parcial y selectiva que consta de varias fases:

- Colocar dos tiras de anclaje (tiras de sujeción). Por encima del maléolo y sobre la parte media de la planta del pie.
- Colocar el tobillo formando un ángulo de 90°.
- Colocar dos o tres tiras de estribos (tiras de inmovilización) superpuestas en un 50% que cubran la totalidad del maléolo.
- Colocar una o varias tiras de estribo (dependiendo del grado de afectación) desde el lado contrario a la lesión hasta llegar al mismo punto de inicio.
- Para finalizar se realizará un vendaje para cerrar las ventanas y así evitar edemas. Este tipo de tratamiento aplicado en los esguinces de tobillo aporta mejores resultados de recuperación, ya que la carga total y precoz acorta el tiempo de rehabilitación en cuanto a la higiene personal, la deambulación, la necesidad de reposo y la baja laboral entre otros parámetros.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de un vendaje funcional en este tipo de lesiones consiste en la limitación o contención de aquellos movimientos que producen dolor mientras que se permite libertad para los demás movimientos. Además disminuye el riesgo de efectos secundarios y complicaciones por inmovilizaciones prolongadas. Debemos tener en cuenta que el vendaje no pierda tensión para evitar que pierda efectividad.

Es importante respetar la confortabilidad del paciente a la hora de aplicar estos vendajes. Esto se consigue evitando arrugas en la planta del pie y las compresiones del vendaje tanto en el tendón de aquiles como en el hueso poplíteo o los metatarsianos.

6 Bibliografía

- Egocheaga Rodríguez J, González Díez V, Montoliu San-Clement M.A, Rodríguez Fernández B y del Valle M. Propuesta de protocolo para tratamiento de esguinces de tobillo. SEMERGEN. 2005; 31(4):161-3.
- Bobé T. El vendaje funcional. Tercera edición. En Ediciones Harcourt S.A. Juan Álvarez Mendizábal, 3-2º. 28008 Madrid-España. 2000.
- Postigo Martín. E. Cuestiones de fisioterapia: revista universitaria de información e investigación en Fisioterapia, ISSN 1135-8599, Vol. 41, N°. 3, 2012, págs. 215-222
- Sánchez Ruano F, Payá Zaforteza E, Galiana Vila A, Berenguer Fuster M.I. Es-guince de tobillo. Guía de actuación clínica en A.P.
- Gavilán López M.A, Gavilán López A, García Gavilán E.A. Revista médica elec-trónica Portales Médicos. Cuidados en el esguince de tobillo. 2017.

Capítulo 152

AUTOCAUIDADO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO, ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

YOLANDA QUEIPO HERÍAS

BEGOÑA COLLAR ALVES

SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad que la Organización Mundial de la Salud define como “proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo” (OMS, 2019). Su relevancia en la actualidad se debe a su elevada incidencia, en España, en el último año ha superado las 275.000 personas afectadas según los datos que expresa la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) (AECC, 2019) a lo que se suma la mortalidad por tal causa que España ronda el 26% de las defunciones situándose en 2017 en nuestro país como la segunda causa de muerte (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2019). La AECC destaca y sustenta tres factores psicosociales en relación con el cáncer a tener en cuenta en la actualidad que son: el enfrentamiento de la enfermedad en solitario dado el aumento de la población envejecida, el impacto económico y laboral en los pacientes (baja laboral, dificultades económicas), y por último la evaluación en general de la sociedad afectada directa o indirectamente por la enfermedad donde cabe destacar

situaciones de desempleo, pacientes mayores cuidados por otras personas mayores sumado a las bajas pensiones lo que se traduce en la atención no solo al paciente sino también a su familia y/o cuidadores (AECC, 2019), afirmaciones que sugieren la implicación psicológica en el paciente y su entorno durante el proceso oncológico.

Particularmente Ayala y Sepúlveda-Carrillo (2017) estudian las “necesidades de cuidado de pacientes en tratamiento ambulatorio” determinan la dimensión psicológica como la tercera en presencia tras los factores físicos y el sistema sanitario. La Real Academia Española (RAE) define la psicología como “ciencia o estudio de la mente y de la conducta en personas o animales” así pues, la presente revisión pretende recopilar y concretar la bibliografía respecto a los aspectos psicológicos que atañen al paciente oncológico en relación con su autocuidado. Concretando, se presenta el término psicooncología, entendida como parte de la psicología centrada en dar soporte a pacientes con cáncer, familiares y profesionales (Malaca, 2015), en concreto el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP) refiere que su objetivo es aumentar la calidad de vida del paciente oncológico atendiendo en este aspecto al entorno del paciente tanto sanitario facilitando la comunicación con otros profesionales, como al paciente y su entorno socio-familiar cuando lo precisan dada la carga de la enfermedad.

Actualmente lo que atañe a tratamientos, cuidados y decisiones respecto a pacientes oncológicos, así como la enfermedad en cualquiera de sus etapas (diagnóstico o tratamiento) dadas las múltiples posibilidades que pueden presentarse para el mantenimiento de la vida o en lo que a cuidados paliativos atañe, conlleva una repercusión ética para los profesionales o familia al respecto (Pérez y Ochoa, 2016). Aparece entonces el término bioética, entendido como, “estudio de los problemas éticos originados por la investigación biológica y sus aplicaciones, como en la ingeniería genética o la clonación” (RAE, 2019), es decir, estudia los principios éticos en este caso en relación con el proceso oncológico para paciente, familiares y profesionales, cuyas acciones en base a la bioética deberían anteponer la unidad y dignidad del paciente tal y como expresa Sánchez – Basurto (2004).

2 Objetivos

- Determinar las afecciones psicológicas en el paciente oncológico.
- Establecer los autocuidados del paciente oncológico en relación con la esfera psicológica del paciente.

3 Metodología

Obtención de datos

Las bases de datos utilizadas para realizar la presente revisión han sido Pubmed y el buscador de la biblioteca online del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), con el fin de recuperar material bibliográfico. Las palabras clave utilizadas en las mismas han sido: “autocuidado oncológico” en la biblioteca virtual del SESPA y el término “psicología oncológica” en Pubmed.

Criterios de inclusión y exclusión.

En la selección del material bibliográfico como criterios de inclusión se han seleccionado a aquellos artículos centrados en los aspectos, éticos, espirituales y psicológicos del paciente oncológico. En contra como criterio de exclusión selección de artículos que tratan sobre el cuidador oncológico y se han descartado aquellos cuya temática no se centraba en oncología o no se centraban en aspectos psicológicos, éticos o espirituales.

4 Resultados

La afección de la esfera psicológica se relaciona con la evolución del paciente con respecto al avance de la enfermedad oncológica, dada la multitud de decisiones a las que se enfrentará el paciente, familia y sanitarios al respecto, así pues, el estudio realizado por Forcano et al. (2013) se decanta por el establecimiento inicial de un pronóstico general para el paciente sobre el que ir concretando a medida que avance la enfermedad y se obtengan mayor número de datos clínicos. La psicooncología, rama de la psicología dedicada concretamente a pacientes oncológicos definida, aparece en relación a la importancia de la esfera psicológica en estos pacientes y su influencia en el desarrollo de la enfermedad y su aceptación, que busca ayudar al paciente a gestionar su malestar psicológico, facilitar el afrontamiento y la adaptación a la situación, teniendo en cuenta al paciente, familiares y entorno sanitario a la hora de valorar la situación y determinar las actividades, toma especial importancia cuando la enfermedad se torna en terminal, así como el proceso de duelo (Areste, 2014). Concretando el personal sanitario debe focalizarse en promover y servirse de estrategias para la prevención de fatiga emocional cuando trata con personas en situaciones como las expresadas previamente, también es necesaria la concienciación del personal sobre los posibles problemas psicológicos que pueden experimentar cuando atienden tales situaciones (Hernández, 2017). Así pues, otros autores promueven la necesi-

dad de formar a profesionales y cuidadores deberían en cuidados paliativos según su trabajo o tareas que desempeñan para ofrecer cuidados paliativos de calidad (García-Baquero et al., 2016). Centrándose en la dimensión espiritual también con respecto a los profesionales el estudio realizado por Puchalski et al (2011), recomienda instruir y promocionar los cuidados espirituales en los sanitarios, así como la disposición ambiental en el entorno de la salud que proporcione calma espiritual, así como considerarlos al atender a pacientes con enfermedades graves o terminales. En relación el estudio de Vidal-Blanco et al. (2019) destacan la organización como principal barrera respecto a su autocuidado cuando trabajan en estancias con elevada demanda emocional, en contra señalan al respecto como factores protectores la ayuda al paciente percibida como tal por el sanitario, hecho que también destaca Ortega-Galán en su estudio publicado en 2019 donde añade los términos comprensión del sufrimiento, deseo de aliviarlo, lucha por eliminarlo y acompañamiento en forma compasiva como intrínsecos al término compasión y definiendo el mismo como factor protector del cansancio emocional, convirtiéndose en un eje que implementar para favorecer tales aspectos.

Por otro lado, en lo que refiere al paciente la revisión realizada por Silva y Pontífice en 2015 concluye como aquellos tratados con radioterapia o quimioterapia se sirven de estrategias de autocuidado para enfrentarse a la situación que les acaece, situándose entre las mismas las técnicas de relajación, autogestión de la enfermedad en lo que respecta a consultas y seguimientos, llamativamente destacan el hecho de buscar terapias alternativas para el control de efectos secundarios. Cobra importancia la dimensión espiritual de los pacientes oncológicos y nunca perder esta perspectiva al tratar clínicamente a los pacientes y no solo centrarse en su enfermedad sino tener en cuenta el todo de la persona (SECPAL, 2011).

Un punto interesante a tener en cuenta es la evolución que ha tomado la palabra cáncer y demás términos con que se asocia, ya que ha pasado de verse como una enfermedad incurable a calar en la sociedad como curable, mejora también la percepción de supervivencia, disminuye el miedo a dicha enfermedad y además las prestaciones al respecto se perciben socialmente como aumentadas. Aunque cuando se concreta a los cuidados paliativos la percepción social es de necesidad de implementación y mejora (Pérez-Jover et al. 2013). Además de la dimensión que toma la muerte cuando el paciente es terminal y para el que es estudio de Chocarro et al. (2012) determina necesaria la preparación de los profesionales para canalizar su trabajo, al paciente y a sus familiares deshaciéndolo de la percepción negativa que normalmente asocia la sociedad en general.

Con respecto a la enfermería concretamente según los resultados del proyecto Sesiones interHospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería (SHARE) publicado en 2016 concluye que la continuidad en el cuidado, la educación sanitaria, el desarrollo de proyectos específicos para cada cáncer y la formación especializada en enfermería, mejoran los resultados en los pacientes oncológicos. Es importante también el papel de los servicios sanitarios centrados en el paciente paliativo como las unidades de hospitalización dada su función interrelacionar entre unidades, especialidades, paciente y familia, mejorando la calidad en la atención y los resultados en los pacientes (Palomo et al. 2011).

5 Discusión-Conclusión

La psicología constituye una de las principales esferas afectadas en el paciente con patología oncológica, su rama definida como psicooncología se centra en la afección de este plano del paciente oncológico con la finalidad de apoyar al paciente que sufren afección por cáncer en las diferentes etapas de la enfermedad.

Los sanitarios deben tomarse la detección de afecciones psicológicas en pacientes con cáncer desde su diagnóstico, deberían formarse para poder llevar a cabo esta labor y prevenir la afectación de los pacientes oncológicos en este aspecto. La importancia de promocionar el autocuidado del paciente radica en determinarlo como estrategia para enfrentar la enfermedad también en referencia a la esfera mental.

Otro aspecto importante encontrado al realizar la presente revisión es la afección que la enfermedad oncológica tiene en los sanitarios que tratan a estos pacientes, dada la elevada carga emocional que conlleva para el paciente y su entorno, de ello la importancia de que los sanitarios que atienden pacientes con cáncer cuidan su bienestar mental.

6 Bibliografía

1. Forcano, M. Quilez, N. Vial, R. Solsona, S. González, P. 2013. Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzado. *Medicina Paliativa*, 22 (3), 106-116.
2. Silva, JMC. Pontífice, P. 2015. Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia / radioterapia y su relación con el bienestar. *Enfermería global*, 37, 372- 383.

3. Areste, V. 2004. Introducción a la psicología. FMC, 11(5), 229-37.
4. García-Baquero, MT. Gil, E. Fernández, MC. Sanz, EM. Dones, M. Domínguez, A. Azuara, L. Pita JA. 2013. Programa centralizado de formación en Cuidados Paliativos. Coordinación Regional de la Comunidad de Madrid 2010-2015. Educación Médica, 18(2), 103-113.
5. Pérez-Jovera, V. Mira, JA. Salas, D. Ibáñez, J. Miranda, J. Guilabert, M. y Cuevas, D. 2013. Valoración de los resultados del Plan Oncológico 2007-2010 de la Comunidad Valenciana: el punto de vista de los pacientes, familiares, ciudadanos y profesionales. Revista de Calidad Asistencial, 28(2), 71-83.
6. Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). 2011. Los cuidados espirituales, entraña de los cuidados paliativos. Medicina Paliativa, 18(1), 1-3.
7. Hernández, MC. 2017. Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. Psicooncología, 14(1), 53-70.
8. Pérez, M. Ochoa, FC. 2016. Ética en oncología. Gaceta Mexicana de Oncología, 15 (4), 193-194.
9. Reñones, MC. Fernández, D. Vena C. y Zamudio, A. 2016. Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto SHARE (Sesiones interHospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). Enfermería Clínica, 26(5), 312-320.
10. Puchalski, C. Ferrell, B. Virani, R. Otis-green, S. Baird, P. Bull, J. et al. 2011. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. Medicina Paliativa. 18(1), 20-40.
11. Palomo, A. García, R. Vargas, R. Quiben, R. 2011. El paciente con enfermedad terminal en el hospital de agudos: la labor del equipo de soporte hospitalario. Medicina paliativa, 18 (1), 14-19.
12. Vidal-Blanco, G. Oliver, A. Galiana, L. Sansó, N. 2019. Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras, asistenciales con alta demanda emocional. Enfermería Clínica. 29 (3), 189-194.
13. Ortega-Galán AM. 2019. Cuidados compasivos en el final de la vida: una cuestión ética. 29(1), 1-2.
14. Ayala, LE. Sepúlveda-Carrillo, GJ. 2017. Enfermería Global. 45, 353-368.
15. Chocarro, L. González, R. Salvadores, P. y Venturini, C. 2012. Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. Medicina paliativa.
16. Real Academia Española. 2019.
17. Instituto Superior de Estudios Psicológicos. 2010. ¿Qué es la psicooncología?.
18. Malaca, B. 2005. Psicooncología: Abordaje emocional en oncología . P&B. 9

(25), 64-67.

19. Asociación Española Contra el Cáncer. 2019.Observatorio.

20. Organización Mundial de la Salud. 2019.Cáncer.

21. Instituto Nacional de Estadística. 2019. Fallecidos por cáncer en España Día Mundial del Cáncer - 4 de Febrero.

22. Sánchez-Basurto, C. 2004. Bioética y cáncer. *Cirugía y Cirujanos*. 72(5), 355-356.

Capítulo 153

LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ADOLESCENCIA

ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ

CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ

COVADONGA ALBA FERNANDEZ

MARIA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

Desde hace algunas décadas, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han comenzado a ser conocidos. En los últimos 25 años, la anorexia y la bulimia nerviosas han dado la cara, como importantes enfermedades en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural, en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez, así como graves carencias de orientación educativa en éste y otros ámbitos de educación para la Salud. El culto al cuerpo, la equiparación de autocontrol y delgadez, la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo, en función de unos cánones arbitrariamente fijados, constituyen un contexto que favorece el desarrollo de costumbres insanas frente a la propia imagen corporal.

La palabra anorexia proviene del griego *ανορεξία* (carencia o privación) y *όρεξις* (deseo), haciendo referencia a una falta de apetito. La palabra bulimia, procedente

del griego βουΐς (buey) y βουλιμία (limos, hambre), significa «tener el apetito de un buey». Caracterizada por periodos de atracones de comida, seguidos de ingesta de comida normal o ayuno, pero sin la pérdida extrema de peso de la anorexia nerviosa.

Sin embargo, resulta aún más preocupante el hecho de que actualmente se ha desarrollado una cultura pro Ana (término utilizado para hacer referencia a la Anorexia) y Mia (vocablo utilizado como sinónimo de la bulimia), en donde existe toda una oda a la delgadez, y el sobrepeso es visto como un enemigo a vencer. Para estos grupos de personas, la anorexia y la bulimia son todo un estilo de vida, y han desarrollado páginas en Internet, donde se promueven las conductas anoréxicas y bulímicas, a través del abuso de dietas sin controles médicos, la ingesta de laxantes y diuréticos, así como formas de esconder los síntomas de la enfermedad ante los familiares, compartir experiencias sobre el desarrollo de la enfermedad y motivarse –entre el grupo– a seguir adelgazando. Internet resulta un medio donde es fácil divulgar la información y los jóvenes tienen acceso a páginas webs y se apoyan en iniciativas para disminuir la ingesta. Se animan unos a otros e –incluso– hacen competiciones para averiguar quién pierde más peso, es capaz de estar más tiempo sin comer o desarrollar diferentes estrategias, para que los padres o profesores no se den cuenta de que uno realmente no ingiere la comida que se les ofrece.

Las personas que sufren anorexia suelen presentar características como alteraciones de la imagen corporal, hiperactividad, restricción de la ingesta de alimentos y/o su eliminación mediante purgas y ejercicio excesivo, una pérdida de peso que conduce a la desnutrición, alteraciones en el ciclo menstrual, negación y control del hambre, perfeccionismo, Obsesiones y control ,miedo a la madurez...

Para poder incidir de una forma más precisa en los diferentes momentos evolutivos de los jóvenes, resulta oportuno considerar que, la adolescencia la componen diferentes etapas que abarcan desde la adolescencia temprana y media hasta la tardía y juventud. a)La Adolescencia Temprana (11-13 años) constituye un periodo crítico para la prevención, debido a las actitudes y conductas alimentarias no saludables. El desarrollo corporal, el surgimiento de nuevas emociones y la necesidad de independencia, son los factores de riesgo más importantes en esta etapa. El proceso inicial de independencia de la familia y el grupo de adultos les hacen vulnerables a las influencias de los iguales, teniendo mucho peso el líder del grupo. b)La Adolescencia Media (14-16 años) está integrada por un amplio grupo de adolescentes que hace dietas, se da atracones, se provoca vómitos,

utiliza laxantes y diuréticos, tiene insatisfacción de la imagen corporal y sentimientos de obesidad, etc. c) La Adolescencia Tardía (17-20 años), en la que los jóvenes abordan cambios importantes en su vida, debido al aumento en su independencia y la adopción de decisiones sobre sus estudios y lugar de residencia para realizarlos.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es conocer el impacto de los trastornos de conducta alimentaria en la adolescencia

3 Metodología

La pregunta de investigación que se ha planteado es “¿cuál es el impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia?”

Se realiza una revisión bibliográfica utilizando bases de datos internacionales de ciencias de la salud (pubmed, The Cochrane Library, cuiden, fisterra y dialnet).

Las palabras clave empleadas son “trastorno de conducta alimentaria”, “anorexia”, “bulimia” “adolescencia” combinándolas con los operadores booleanos “and” y “or”. La información está acotada a los últimos 10 años, se recogen tanto artículos en inglés como en español.

Tipo de estudio: descriptivo transversal.

Fueron elegibles los estudios de diferentes países, que incluyan pacientes diagnosticados de trastorno de conducta alimentaria, todo ello referido a adolescentes. De cada uno de los estudios seleccionados, se extrae el artículo completo, se traduce (dependiendo del caso) y se extraen los datos más relevantes.

4 Resultados

La población con riesgo y con TCA establecido es indiscutiblemente superior entre el género femenino en la población adolescente temprana escolarizada estudiada en el Norte de España en este siglo XXI. Los estudios empíricos demuestran por tanto que la epidemia global de los TCA y la insatisfacción corporal entre las adolescentes y mujeres jóvenes refleja las consecuencias de la cultura popular

dominante que a menudo centra su atención en las mujeres y sus cuerpos. La población con riesgo es indiscutiblemente superior entre el género femenino (1).

Sin embargo un estudio realizado en 2017 ha observado un incremento en la afectación del sexo masculino, así como la ruralización de la psicopatología (2).

La insatisfacción corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de TCA en niños y adolescentes, mediada por la presión familiar y social, siendo más notable dicha influencia en el caso de las chicas. Así pues, las actitudes que los padres tienen hacia sus hijos, como reñirles por su falta de apetito o fomentar que realicen ejercicio “para quemar calorías” (“fat talk”), podrían influir negativamente en la adquisición de comportamientos y actitudes alimentarias problemáticas por parte de los hijos.(3)

El 12,26% de los varones y el 6,85% de las mujeres están insatisfechos con su propio cuerpo. Esta insatisfacción corporal puede considerarse como una de las características centrales de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con TCA .(4)

En 2017 se realiza un estudio en varios colegios de Benicassim , donde se observa que existe un destacable número de alumnos que presenta riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimenticia. Aunque hubo diferencias entre ambos sexos, estas diferencias cada vez son menores .Se observa una tendencia a una valoración del peso superior a la real que no coincide con el IMC que presentan los alumnos, el cual se encuentra en casi la mitad de los casos dentro de los valores de delgadez y delgadez extrema(5)

En la actualidad existen programas preventivos eficaces para mejorar las variables estudiadas, principalmente la imagen corporal y la autoestima. Entre los contenidos más frecuentes están cuestiones de salud como la alimentación, el ideal de belleza actual, el ejercicio, la importancia del pensamiento y el manejo de las emociones. (6)

Sin embargo falta educación y orientación psicopedagógica preventiva ante los trastornos de la conducta alimentaria. Varios son los estudios que muestran una brecha entre las necesidades de atención y el tratamiento para estos trastornos en nuestra población adolescente. (7,8)

5 Discusión-Conclusión

La adolescencia es un momento muy importante, ya que no sólo forma y desarrolla su potencial intelectual, sino que es el momento de formar los pilares de su personalidad, donde vaya adquiriendo las herramientas necesarias para, en el futuro, hacer frente a los momentos de duda e incertidumbre y que no se deje llevar por el ritmo que marcan las modas, la sociedad, los iguales o cualquier grupo o situación que le merme en su desarrollo personal.

Existe la necesidad de desarrollar programas preventivos de los TCA que tengan como objetivo educar en los aspectos cruciales de los TCA en población adolescente. De acuerdo a Jean Piaget la adolescencia es una etapa que se caracteriza a nivel cognitivo por el desarrollo de un tipo de pensamiento basado en la lógica formal, que genera proposiciones abstractas; además, aunque generalmente se desarrolla de una manera estable y continua, las autopercepciones son inestables; la autoconciencia expresa con frecuencia preocupaciones extremas en cómo uno es percibido por los otros.

Resulta evidente la falta de educación para la salud en este ámbito, por lo que consideramos a los profesionales de atención primaria un pilar fundamental para la identificación de adolescentes en riesgo y para transmitir mensajes educativos tanto a los adolescentes como a sus padres, para la modificación de conductas de riesgo que sean capaces de prevenir estos y otros muchos trastornos .

6 Bibliografía

- 1-Ruiz Lazaro, PM. Peláez Fernández ,MA. Calvo Medel, D. Pérez Hornero, J. Gómez del Barrio, A. Calado Otero, M. Diferencias por género de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes españoles. 2016 (nº 39), pp. 29-36, ISSN: 1575-3379
- 2-Ortiz Cuquejo ,LM. Aguiar, C. Samudio Domínguez ,GC. Troche Hermosilla, A. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: una patología en auge? *Pediatr. (Asunción)*, Vol. 4 ; pág. 37 – 42
- 3-Rodríguez-Ruiz, S. Díaz, S. Ortega-Roldán, B. Mata, JL. Delgado, R y Fernández-Santaella, MC. La insatisfacción corporal y la presión de la familia y del grupo de iguales como factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria. 2013. Vol 09(21-23).
- 4- Garrote Rojas, D. Palomares Ruiz, A. Diferencias de género en la incidencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en los factores de personalidad

- del alumnado de educación secundaria. *Enseñanza & Teaching*, 29, 1-2011, 95-109.
- 5-López Ferreruela I, Anarte Ruíz C, Lorenzo Piqueres A, Masoliver Forés Á, Martínez Sebastián N y Perelló M. Autopercepción del peso y conductas de riesgo relacionadas con los trastornos alimentarios. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2017 Noviembre; 5(4): 49-60
- 6-Prieto-Castaño, B. Fernández-Méndez, J.C. Salamea-Nieto RM y González Fernández MA. Eficacia de los programas preventivos de trastornos alimentarios en adolescentes: análisis bibliográfico. *R Est Inv Psico y Educ*, 2015, Extr.(14), A14-043
- 7- Garrote Rojas, D. y Palomares Ruiz, A.: "Educación y salud en la adolescencia: los trastornos de la conducta alimentaria", *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, N° 26, 2011.
- 8-Benjet, C. Méndez, E. Borges, G. Medina-Mora, MA. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. Vol. 35, No. 6, noviembre-diciembre 2012.

Capítulo 154

PROYECTO DE INVESTIGACION: VALORACION DE LAS VENTAJAS DEL CONTROL ANUAL DEL OJO DIABÉTICO.

MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

La diabetes causa degeneración en los capilares del ojo, pudiendo llegar a causar ceguera si no se detecta a tiempo.

Entre las patologías oculares causadas por la diabetes está el glaucoma, las cataratas, o el desprendimiento de retina. Las retinografías a pacientes diabéticos están recomendadas para el control y prevención de estos problemas. A pesar de ello, no se llevan a cabo en todos los centros de salud debido a costes. Además de los costes económicos que supone al sistema sanitario, podemos reseñar que entre los pacientes aún no ha calado la necesidad de hacerse un control anual de fondo de ojo, que permita detectar problemas oculares en sus inicios de manera que tengan mayor posibilidad de solución.

2 Objetivos

- Valorar la incidencia positiva de los screening para detectar patologías de manera temprana y así aumentar la capacidad de actuación frente a las posibles patologías emergentes.

- Reforzar la información presentada a los propios pacientes afectados por diabetes para su implicación en los planes de prevención.

3 Metodología

Se compararán los resultados obtenidos del estudio entre los grupos de casos y controles, formados por pacientes diabéticos que se hagan controles anuales de fondo de ojo frente a los que no se hacen dichos controles. Será un estudio observacional descriptivo mediante el que se valorará la incidencia de patologías oculares en pacientes que no se hacen controles anuales, frente a pacientes que sí hacen los controles. La muestra poblacional se cogerá entre los pacientes del mismo centro de salud, a los cuales se hará el seguimiento utilizando los datos recogidos en sus historias clínicas.

4 Bibliografía

- Aldington SJ, Kohner EM, Meuer S, Klein R, Sjolie AK. Methodology for retinal photography and assessment of diabetic retinopathy: the EURODIAB IDDM complications study. *Diabetologia* 1995; 38: 437-444.
- López IM, Díez A, Velilla S, Rueda A, Álvarez A, Pastor CJ. Prevalence of diabetic retinopathy and eye care in a rural area of Spain. *Ophthalmic Epidemiol* 2002; 9: 205-214.
- Goldaracena MB, Escudero JM, Arrondo A, Villarubia A, Aramendia B, Iturralde R. Prevalencia de retinopatía diabética en una población diabética registrada en atención primaria. *Arch Soc Esp Oftalmol* 1998; 73: 263-268.

Capítulo 155

LA IMPORTANCIA DEL CORRECTO LAVADO DE MANOS

PATRICIA PIÑAL ALONSO

NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZ ARRONDO

TAMAR OCHOA GARCÍA

SORAYA BERMEJO GOMEZ

NOELIA FERNANDEZ CONCHILLO

1 Introducción

En la atención sanitaria, las infecciones intrahospitalarias cobran especial importancia y en numerosas ocasiones son evitables, siendo el lavado de manos la práctica más coste-efectiva para prevenir y controlar las infecciones nosocomiales. No en vano, ésta es una de las líneas de trabajo de la Organización Mundial de la Salud más intensa de los últimos años.

El factor más importante identificado como causante de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria es la contaminación cruzada, que consiste en la transmisión de microorganismos patógenos desde unos pacientes u objetos previamente contaminados, a otros pacientes, utilizando generalmente como vehículo de transmisión las manos de los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia del lavado de manos en el ámbito sanitario para prevenir infecciones que en muchos casos pueden ser graves.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En las manos se encuentran microorganismos divididos tanto de flora residente como de flora transitoria.

Flora residente: son microorganismos que se encuentran permanentemente en la piel, habitan en los folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, por lo que no son fácilmente eliminados por la fricción mecánica. Son más fáciles de eliminar por medios químicos y son los responsables de la mayoría de infecciones relacionadas con el personal sanitario.

Flora Transitoria: en este grupo se encuentran los microorganismos que colonizan las capas superiores de la piel y son adquiridos durante el contacto directo con los pacientes, los propios profesionales, el equipo contaminado o el medio ambiente. Por lo general tienen un corto periodo de supervivencia sobre la piel, pero un alto potencial patogénico, y son responsables de la mayoría de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, así como de la propagación de microorganismos resistentes a los antibióticos. Estos microorganismos pueden ser eliminados o destruidos con relativa facilidad por los agentes utilizados para la higiene de manos.

Para eliminar la flora transitoria suele ser suficiente con el lavado con agua y jabón. Sin embargo, para eliminar la flora permanente, es indispensable el uso de antisépticos en el lavado de manos.

La higiene de las manos puede ser:

-Lavado de manos: realizada con jabón simple que no sea antiséptico y agua corriente.

-Antisepsia higiénica de las manos: realizada con preparados de base alcohólica.

-Antisepsia pre-quirúrgica de las manos:

Antisepsia mediante lavado con jabón antiséptico y agua.

Antisepsia por fricción con preparados de base alcohólica.

Se empleará agua tibia. Si fuera posible la llave del lavabo accionable con el codo, el pie o la rodilla.

Otros aspectos importantes: mantener las uñas cortas y limpias, no llevar uñas artificiales ni esmalte, retirar pulseras, reloj y anillos y utilizar emolientes y lociones protectoras de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, existe suficiente evidencia científica que justifica el lavado de manos del personal de salud para prevenir infecciones nosocomiales. Se trata de una técnica rápida, fácil de implementar, con gran aceptación en el personal sanitario y muy barato.

6 Bibliografía

- AEMPS. Nota Informativa: Antisépticos para piel sana autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota informativa sobre los productos a base de alcohol. 15 de diciembre de 2009.

-Alianza mundial para la seguridad del paciente. Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria: unas manos limpias son unas manos más seguras. Organización Mundial de la Salud, 2005.

-Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

-World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. 2009.

-World Health Organization. Observation Form. Revised August 2009.

Capítulo 156

GUÍA DEL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS

PATRICIA OTERO MENÉNDEZ

LLIBERTA LORENZO COLLAZO

CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

SANDRA SOTURA CARRERA

1 Introducción

El Marcapasos se compone de un aparato (generador) y uno o más cables (electrodos). Sirve para producir estímulos que transmitidos al corazón lo hacen contraerse cuando éste padece determinadas enfermedades que lo hacen trabajar más despacio de lo normal. Cuando el pulso se vuelve excesivamente lento el generador producirá impulsos eléctricos que se transmiten a través del electrodo al corazón, de manera que el pulso se normaliza y el corazón late a una frecuencia apropiada y, según el tipo de marcapasos, fija, o variable según la actividad física que se desarrolla.

2 Objetivos

Explicar la guía de manejo de pacientes con marcapasos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El portador de un marcapasos debe ser conocedor del mismo, de su funcionamiento, de qué puede y qué no puede hacer al ser portador de marcapasos, así como cuándo debe consultar a su médico, qué autocontroles debe hacer y cuánto dura un marcapasos

Con el marcapasos puede llevar una vida normal con las limitaciones que le impongan otras enfermedades que padezca. No precisa seguir una dieta específica, y puede tomar cualquier medicamento que se le recomiende. debe advertir siempre a su medico que es portador de marcapasos antes de someterse a una prueba, tratamiento o intervención quirúrgica, y llevar siempre consigo la tarjeta de identificación del marcapasos.. No se puede golpear, presionar ni manipular sobre la zona que aloja el marcapasos. No se puede trabajar en emisoras de radiodifusión o televisión potentes (más de 75W). evitar las centrales eléctricas y la proximidad de torres o líneas de alta tensión. No se pueden hacer estudios de resonancia nuclear magnética.

Deberá tomarse el pulso periódicamente durante un minuto. La frecuencia cardíaca no debería ser inferior a la programada para su marcapasos. La duración del marcapasos es de aproximadamente 6-10 años, siendo importante tener en cuenta que el agotamiento se produce de forma paulatina, progresiva y predecible si acude regularmente a las revisiones. Independientemente de las fechas que tenga concertados con su cardiólogo, debe recibir atención sanitaria si aparecen algunos de los siguientes signos de alarma: aparición de los mismos síntomas que tenía antes de la implantación del marcapasos, como, por ejemplo, pérdida de conocimiento. Pulso lento (inferior a la frecuencia prevista para su marcapasos. Contracción muscular molesta ya sea en la zona cercana al marcapasos o en la zona abdominal alta. Hipo invalidante.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante saber y conocer todas estas recomendaciones para el mantenimiento satisfactorio de su marcapasos. Existen , además , muchos mitos sobre dicho dispositivo, por eso es importante seguir exclusivamente las recomendaciones de su médico y enfermera

6 Bibliografía

- Aurichio A, Klein H, Tockman B, Dourht J. Transvenous biventricular pacing for heart failure. Can the obstacles be overcome? Am J Cardiol 1999;83:136-42.
- Kappenberger L, Linde C, Daubert C, Stein C. Pacing in hypertrophic obstructive cardiomyopathy: a randomized crossover study. PIC Study Group. Eur Heart J 1997;18:1243-56.
- Linde C, Gadler F, Edner M, Nordlander R, Rosenquist M, Ryden L. Results of atrioventricular synchronous pacing with optimized delay in patients with severe congestive heart failure. Am J Cardiol 1995;75:919-23.

Capítulo 157

COMPENDIO SOBRE EL ACENOCUMAROL

JOSÉ MANUEL MÉNDEZ FERNÁNDEZ

CONCEPCION NATALIA LOBO LLORENTE

1 Introducción

De entre los anticoagulantes orales que existen en el mercado, el más utilizado en nuestro país es el acenocumarol (sintrom®) el cual está indicado en varias patologías cardiovasculares como pueden ser la fibrilación auricular, el post infarto de miocardio o la trombosis venosa profunda, entre otras.

Está descrito que numerosos fármacos van a interaccionar con el acenocumarol haciendo que su efecto terapéutico no sea óptimo, al igual que lo hacen también otros factores, como alimentos ricos en vitamina k o la ingesta de grandes cantidades de alcohol. Estos hechos hacen que sea necesario un control y monitorización periódica del fármaco por parte de hematología, quien tendrá que ajustar la dosis de manera individual para cada paciente para que se encuentren dentro de unos valores recomendados de INR (International Normalized Ratio).

A pesar de ello, existen determinadas situaciones en las que además del ajuste de la dosis, será necesario la suspensión temporal de la toma de acenocumarol, sustituyendo éste por otros fármacos anticoagulantes como pueden ser las heparinas de bajo peso molecular.

2 Objetivos

General:

- Proporcionar información acerca del acenocumarol.

Específicos:

- Describir las principales indicaciones del acenocumarol.
- Definir las interacciones farmacológicas del acenocumarol así como su mecanismo de acción.
- Facilitar la información acerca de la dosis inicial/mantenimiento así como de la monitorización del acenocumarol.
- Conocer las situaciones especiales de uso del acenocumarol.
- Explicar la importancia del riesgo de sangrado con tratamiento anticoagulante.

3 Metodología

Se trata de una revisión sistemática de la bibliografía existente, con búsquedas en varias fuentes documentales durante los meses de mayo a agosto de 2017, utilizando los siguientes DeCS y MESH: Anticoagulantes / Anticoagulants; Anticoagulantes Orales / Oral anticoagulants; Vitamina K / Vitamin; Acenocumarol / Acenocumarol.

Con estos descriptores se realiza una búsqueda en listas de referencias de artículos y revistas y en diferentes bases de datos online: Cochrane, Scielo, Cuiden, Cinhall, PubMed.

Para realizar la búsqueda y acotar artículos se ha utilizado el boleano “and” y los filtros: tiempo del artículo (máximo 10 años), a pesar de que se ha utilizado algún artículo de más de 10 años, debido a la información relevante que proporciona. El idioma, inglés y castellano.

Aparte de los artículos de revistas científicas también se ha realizado la búsqueda de información en fuentes bibliográficas primarias como guías clínicas de diferentes servicios de salud españoles.

4 Resultados

Los anticoagulantes orales (ACO) actúan como antagonistas de la vitamina K, disminuyendo la capacidad de coagular la sangre ayudando por tanto a la for-

mación de coágulos sanguíneos así como evitando que coágulos ya existentes se hagan mayores.

Existen diversos tipos de anticoagulantes orales, siendo en España el más utilizado el acenocumarol (Sintrom®) en comprimidos de 1 y 4mg. 1

Mecanismo de Acción

El acenocumarol, inhibe el ciclo de interconversión de la vitamina k desde su forma oxidada a la reducida. La vitamina K reducida es el cofactor esencial para la síntesis hepática de las denominadas proteínas vitamina k-dependientes. Estas incluyen a factores de coagulación (protrombina, VII, IX, X) y también a proteínas anticoagulantes (proteína C, proteína S y ATIII). Los ACOs inducen síntesis deficiente de todas las proteínas vit K dependientes. Sin embargo, se ha demostrado que su efecto anticoagulante se debe principalmente a la disminución de los niveles plasmáticos de protrombina funcional. 2

La vitamina K también puede ser reducida por una vía alterna dependiente de NADH. Esta vía no es inhibida por los anticoagulantes orales, y trabaja con niveles plasmáticos de vitamina K muy altos. Lo anterior explica por qué los pacientes con suplementos de esta vitamina (nutrición parenteral), se hacen “refractarios” a los anticoagulantes orales. 2, 3

Indicaciones

Las principales indicaciones del acenocumarol son las siguientes 3

- Trombosis venosa profunda.
- Tromboembolismo.
- Embolia pulmonar.
- Fibrilación auricular.
- Fallo cardíaco.
- Profilaxis de tromboembolismo asociado a prótesis valvulares cardíacas mecánicas y bioprotésicas.
- Tromboembolismo cerebral.
- Post infarto de miocardio

Interacciones del acenocumarol

Se han descrito en la literatura la presencia de agentes que afectan a la terapia anticoagulante oral (TACO) lo que conllevaría al paciente a encontrarse fuera de su rango terapéutico y en consecuencia encontrarse en riesgo de sufrir una

patología tromboembólica o complicaciones hemorrágicas. 4

Existen diferentes fármacos que interactúan con el acenocumarol, algunos de forma importante y significativa como los fármacos antiagregantes, algunos antibióticos y antidiabéticos orales, antifúngicos, etc. 5

Otra interacción importante y a la que se presta menor atención es la dieta del paciente. Sin embargo el consumo de determinados alimentos ricos en vitamina K, especialmente hortalizas de color verde, como espinacas, lechugas, etc. pueden generar variaciones del INR. Se acepta que el consumo diario de vitamina K debe estar entre los 60 y 85 mcg día; por lo que se debe educar a los pacientes respecto a un adecuado consumo de estos alimentos. Asimismo la ingesta en grandes cantidades de alcohol, altera la farmacodinamia y farmacocinética del acenocumarol influyendo negativamente en el INR, sin embargo el consumo leve-moderado de alcohol con las comidas es muy improbable que interactúe con el anticoagulante, por lo que no tendría que suprimirse al iniciar el tratamiento con acenocumarol. 6

Dosis inicial y de mantenimiento del acenocumarol

A la hora de comenzar un tratamiento con un anticoagulante oral, éste suele administrarse combinado junto con heparinas durante un período de unos 4-5 días o hasta que se obtengan dos datos de International Normalized Ratio (INR) que es el cociente entre el tiempo de protrombina (TP) del paciente y el TP control o estándar, elevado a un parámetro conocido como Índice de Sensibilidad Internacional (ISI) dentro de un rango terapéutico separados por al menos 24h. En la mayoría de las situaciones clínicas el valor recomendado del INR oscila entre 2 y 3, siendo algo mayor, en pacientes portadores de prótesis valvulares y en los que han sufrido trombosis. 7,8

Cuando el TP y el INR se encuentren en límites normales, se podría iniciar el tratamiento con acenocumarol con una dosis de entre 1 a 3 mg/día, excepto en pacientes desnutridos, de edad avanzada, con problemas hepáticos o insuficiencia cardíaca grave quienes requerirían de dosis de inicio y de mantenimiento inferiores. 8

Posteriormente, las dosis de mantenimiento serán individualizadas para cada paciente, basadas en sus niveles de INR, según el cual, el hematólogo ajustará o mantendrá la dosis con acenocumarol (13) para que se sitúen en valores de INR entre 2-3, en algunos casos incluso hasta 3,5 o 4,5 como podrían ser las prótesis

mitrales o la miocardiopatía dilatada. Dentro de ese margen la mayoría de los pacientes no presentarían riesgo de hemorragia ni de trombosis con la toma de acenocumarol. 8,9

En casos en que el INR esté fuera de límites normales, se llevarían a cabo una serie de medidas para tratar de estabilizarlo y conseguir llevarlo a límites normales. Algunas de estas acciones, están recogidas en el Anexo 2. 2

Actualmente para simplificar y mejorar el control anticoagulante se están potenciando otras opciones aparte del control analítico periódico. Una de ellas es el uso de un monitor portátil que determina el INR en sangre capilar. Este método se ha demostrado eficaz y proporciona varias ventajas, siendo una de ellas el control en el mismo domicilio del paciente, disminuyendo así el número de visitas al hospital. 10

Situaciones Especiales

Omisión en la toma de una dosis

En los casos en los que se produzca una omisión en la toma de la dosis diaria de acenocumarol, se recomienda tomar la dosis correspondiente, si el olvido se ha producido durante el mismo día. En caso de que sea al día siguiente, es recomendable aumentar la dosis de ese día en un cuarto, puesto que en casos de olvido en la toma el INR se reduce aproximadamente entre un 40-50% al día siguiente. 11

Embarazo y lactancia

Ante una confirmación de embarazo, la paciente deberá suprimir el tratamiento con acenocumarol e iniciar tratamiento con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) que no atraviesan la barrera placentaria, ya que el acenocumarol puede provocar malformaciones óseas y alteraciones neurológicas al embrión, especialmente si se administra durante el primer trimestre del embarazo. De igual forma se recomienda su retirada durante el tercer trimestre, por las complicaciones hemorrágicas que pudiesen surgir durante el parto. Durante el período de lactancia el tratamiento con acenocumarol no estaría contraindicado, si bien se debería realizar profilaxis con 1mg de vitamina k vía oral/semana al lactante. 12

Uso de anticonceptivos y Dispositivo Intrauterino (DIU)

No estaría contraindicado el uso de acenocumarol en ninguno de los dos casos anteriores, sin embargo, en caso de que se produzcan hemorragias con el DIU, deberá éste ser retirado.

Cortes / Heridas

En caso de que se produzcan cortes o heridas sobre la piel, será necesario realizar una compresión más prolongada sobre la zona afectada. En caso de traumatismos importantes sin herida abierta, sería recomendable la aplicación de vendaje compresivo combinado con frío local durante al menos 12 horas para evitar hemorragias internas. 12,13

Infiltraciones y biopsias cutáneas

Según un estudio 13 el uso de acenocumarol a dosis terapéuticas no incrementaría el riesgo de sangrado para realizar infiltraciones, biopsias cutáneas o artrocentesis. En el caso de biopsias cutáneas, tampoco sería necesario variar la dosis de anticoagulante. 12

5 Discusión-Conclusión

- El acenocumarol es el anticoagulante oral más utilizado en España.
- El acenocumarol está indicado en numerosas patologías, la mayoría de ellas de origen cardiovascular.
- Existen diferentes fármacos que interactúan con el acenocumarol, atenuando sus efectos, así como también otros factores como la dieta o el alcohol.
- El tratamiento con acenocumarol requiere de dosis individualizadas para cada paciente que deben ajustarse durante el tratamiento.
- Existen determinadas situaciones en las que es necesario modificar o anular la toma de acenocumarol.

6 Bibliografía

1. Durán Parrondo C., Rodríguez Moreno C., Tato Herrero F., Alonso Vence N., Lado Lado F. L.. Anticoagulación oral. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2003 Jul [citado 2017 Jul 03] ; 20(7): 49-56.
2. Trejo C. Anticoagulantes: Farmacología, mecanismo de acción y usos clínicos. Cuad. Cir. 2004; 18: 83-90
3. Yurgaki J., Rodríguez F. warfarina: uso contemporáneo. Med. 2009; 17(1): 107-115.
4. Avila CW, Aliti GB, Feijo MK, Rabelo ER. Pharmacological adherence to oral anticoagulant and factors that influence the international normalized ratio stability. Revista latino-americana de enfermagem. 2011;19:18-25
5. Escuela andaluza de Salud Pública. Interacciones del acenocumarol con importancia clínica. CADIME. 2004; 20 (1): 1-4.

6. Warfarin Pharmacology, Clinical Management, and Evaluation of Hemorrhagic Risk for the Elderly Laurie G. Jacobs, MD *Cardiol Clin* 26 (2008) 157-167
7. Stockley IH. *Interacciones farmacológicas*, 1.ª ed. Barcelona: Pharma Ediciones, S.L. 2004.
8. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Enero 2017
9. Ávila María, Papuzinski Cristian, Ahumada Sebastián, Vidal Claudio. Factores asociados a INR fuera de rango terapéutico en usuarios de terapia anticoagulante oral con antagonistas de vitamina K. *Rev Chil Cardiol*
10. Bañas Llanos MH. Nuevas perspectivas en el tratamiento antitrombótico. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2001; 25 (4): 93-104
11. Hirsh J, Fuster V, Ansell J, Halperin J. American Heart Association/ American College of Cardiology Foundation Guide to Warfarin Therapy. *Circulation* 2013;107:1692-1711
12. Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo. II Manual de formación de los profesionales de enfermería en el sistema de salud de Aragón.
13. Guillén Astete C, Boteanu A, Medina Quiñones C, García Montes N, Roldán Moll F, Carballo Carmano C, et al. ¿Es seguro realizar infiltraciones o aspiraciones articulares en pacientes anticoagulados con acenocumarol?. *Reumatol Clin* 2015; 11(1): 9-11

Capítulo 158

LOS TRATAMIENTOS ACTUALES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

BEGOÑA SUÁREZ VEGA

CRISTINA ALVAREZ LOPEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como un virus que afecta a las células del sistema inmunitario provocando un deterioro progresivo de su función de luchar con las infecciones y las enfermedades. Por otro lado, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) conforma los estadios más avanzados por la infección del VIH. Esta enfermedad supone un gran impacto tanto social como sanitario, ya que muchas personas la padecen y una gran parte no están siendo tratadas.

2 Objetivos

- Describir los distintos tratamientos utilizados en España para tratar a las personas infectadas por VIH.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de una búsqueda electrónica en una serie de bases de datos: Pubmed, Medline, Scopus, Google Académico. Se han

utilizado tanto estudios como artículos de acceso gratuito que tengan relación con el VIH y su tratamiento.

Palabras clave: VIH, SIDA, tratamiento del VIH, tratamiento del SIDA.

4 Resultados

Existe un gran número de medicamentos para el tratamiento de esta patología, los cuales se agrupan en función de la forma en la que combate la infección del VIH.

Actualmente en España se encuentran comercializados 6 grupos de fármacos (además de las presentaciones de combinación de principios activos). Ninguno de estos medicamentos consigue la eliminación de la infección, pero si reducir la carga viral, que en consecuencia produce una reducción en las personas infectadas de la morbilidad y mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

Los fármacos antirretrovirales son la pieza fundamental para el tratamiento y prevención del VIH. Cuando se utilizan de manera adecuada se produce una supresión del VIH y se previene el posible contagio a otra persona. Además, el tratamiento debe iniciarse ante cualquier persona que tenga la infección independientemente de la presencia de sintomatología.

6 Bibliografía

- Fariña Tadeo S. et al. Fármacos en el paciente con VIH, antirretrovirales y otros problemas de salud. Bolcan. 2015; 7 (1-8).
- Günthard, H. F., Saag, M. S., Benson, C. A., Del Rio, C., Eron, J. J., Gallant, J. E., ... & Gandhi, R. T. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2016 recommendations of the International Antiviral Society–USA panel. *Jama*. 2016; 316(2), 191-210.
- Bases de datos: Pubmed, Medline, Scopus, Google Académico

Capítulo 159

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL DUELO.

VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ

LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

AIDA GARCIA ARDURA

1 Introducción

El duelo es una de las experiencias más duras por las que pasa el ser humano a lo largo de su vida. Comporta sufrimiento en el sujeto que lo padece y genera un proceso cargado de emociones y situaciones canalizadas de distintas maneras, que llevan a la persona y su entorno a superar esa pérdida. Permite superar los sentimientos de angustia y vacío que se genera, ofrece una vía para obtener apoyo físico y emocional, permite observar la situación desde una perspectiva más amplia y finalmente, ayuda a aceptar la pérdida y a vivir con ella.

Es de vital importancia que el personal de enfermería en contacto con un paciente terminal conozca las distintas etapas, emociones y reacciones posibles del paciente y su entorno para poder aportar la mejor calidad asistencial y facilitar el proceso de duelo.

Etapas del duelo según la doctora Elisabeth Kübler:

- Negación: la persona piensa que el diagnóstico se este haciendo de manera errónea para esquivar el sufrimiento.

La intervención de la enfermera consiste en un soporte verbal, escucha activa y comunicación favorable.

- Ira: Sensación de pérdida de control, e impotencia que se canaliza mediante rabia hacia el entorno del paciente.

La enfermera deberá hacer entender que a pesar de que este sentimiento es algo normal, no es correcto. Proporcionará el soporte y confort necesario que aporte seguridad al paciente.

- Pacto o negociación: El paciente intentará negociar su muerte con Dios o con algo que para él sea representativo.

El personal sanitario tratará de hacer una escucha activa y animará al desahogo sobre el miedo a la muerte.

- Depresión: Presencia de sentimiento de tristeza ante la lucha.

La intervención sanitaria sería lograr empatizar con el paciente.

- Aceptación : Resignación ante una muerte próxima. La labor de enfermería es ahora ayudar a la familia a entender la situación y menor necesidad de socialización del paciente.

2 Objetivos

- Establecer las intervenciones de enfermería en el duelo estableciendo las bases para la asistencia de calidad a el enfermo terminal y su entorno.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, En-fispo, Cuiden, Cuidatge y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tras la lectura de los artículos se obtienen los resultados que determinan las intervenciones de la enfermería en el duelo.

Las intervenciones son:

- Proporcionar soporte al paciente y familia generando un ambiente terapéutico que aumente la sensación de control de la situación.

- Control el dolor y cubrir las necesidades del paciente.

- Mantener la capacidad de escucha entendiendo que el paciente mostrará más lentitud debido a la situación en la que se encuentra.
- Tolerar, empatizar e intentar fomentar la expresión de sentimientos en las distintas fases para poder aportar la intervención adecuada en cada situación.
- Ayudar al paciente a solucionar todo aquello pendiente así como el contacto con grupos de apoyo que sean de su interés.
- Apoyar a la familia en el llanto y canalización de la situación.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería es un pilar fundamental en el abordaje del duelo, tanto para el paciente como para su familia y/o entorno.

Para ello, es importante que conozca las características del proceso, sus fases y consecuencias emocionales y físicas, facilitando así la actuación y nivel de apoyo en cada una de ellas. De esta forma, conseguiremos evitar situaciones y formas de afrontar el duelo de manera adversa, ayudando así al paciente y a su familia en tan duro momento.

6 Bibliografía

- Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, V., RamosCedeño, L., y Medina. López, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Rev Aquichan*, 9(2), 43-49.
- Bourne, S. (1968). The psychological effects of stillbirths on women and their doctors. *J R Coll Gen Pract*, 16, 103-112.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Adv Nurs Sci*, 1,13-23.
- Chinn, P., y Kramer, M. (1999). *Theory and nursing*, 5th Ed., St. Louis: Mosby.
- Duran, M. M. (2016). Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichan*, 2 (2), 7-18.
- Elia, A. D. (1959). The management of grief situations in obstetrics. *BMQ0*, 10, 6-12.
- Ilse. S. (1999). *Brazos Vacíos: Cómo Vivir con el Aborto, la Muerte Prenatal y la Muerte Infantil*. NY: Winter Green Press.
- Kennell, J.H., Slyter, H. & Klaus, M.H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *N Engl J Med*. 283, 344-9.

- Kirkley-Best, E, Kellner, K.R. (1982). The forgotten grief: a review of the psychology of stillbirth. *Am J Orthopsychiatry*, 52, 420-9.
- López García, A.P. Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; 31 (109), 53-70.
- Maroto N G, García C M, Mateo R I. 2004. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*. 18 (Supl. 2): 13-23.
- Swanson, K. (1998). Desarrollo Empírico de una Teoría de Mediano Rango. *Nursing Research*. 40(30), 22-28.
- Swanson, K. M. (1993). Image. *Nursing scholarship*. 25(4), 352-357.
- Swanson, K.M. (2007). Teoría de los cuidados, En: Tomey, A. Marriner A & Allgood (Eds.). *Modelos y Teorías de Enfermería*. Madrid: Elsevier, pp. 766-773.
- Vejarano, M. (1983). La investigación participativa en América Latina. *Antología*. Pátzcuaro, Michoacán, México: Biblioteca Digital.
- Tamara G R Macieira, Tania C M Chianca, Madison B Smith, Yingwei Yao, Jiang Bian, Diana J Wilkie, Karen Dunn Lopez, Gail M Keena *J Am Med Inform Assoc*. 2019 Nov; 26(11): 1401–1411. Published online 2019 Jun 12. doi: 10.1093/jamia/ocz086
- Bases de datos: Pubmed, Medline, Enfispo, Cuiden, Cuidatge y Scielo

Capítulo 160

DIABETES GESTACIONAL Y ENFERMERIA

AIDA GARCIA ARDURA

LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ

1 Introducción

La diabetes es “una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia”. La insulina es “una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos”. Por consiguiente, si la glucosa no se absorbe como corresponde, se producirá un incremento de la misma en sangre (hiperglucemia) que con el paso del tiempo, lesionará considerablemente los tejidos, en especial los nervios y vasos sanguíneos.

La Diabetes Mellitus (DM) se define como una enfermedad endocrinometabólica, poligénica, que caracteriza a un grupo heterogéneo de patologías cuya acción provoca una hiperglucemia causada por la destrucción de las células beta (β) del páncreas.

Podemos encontrar una clasificación dentro de la DM (2):

- DM Tipo I (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona.

- DM Tipo II (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina.

Si esta enfermedad debuta en el proceso Gestacional, se denominaría Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Esta es una de las enfermedades que más repercute sobre el embarazo debido a la gran cantidad de alteraciones metabólicas que se producen cuando no existe un control dietético, un control del ejercicio físico y un control del tratamiento farmacológico adecuado durante el curso del embarazo.

Según la OMS, esta se define como la hiperglucemia detectada por primera vez durante el curso del embarazo y que alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una Diabetes. Esta enfermedad aparece en mujeres embarazadas que anteriormente al embarazo no tenían dicha enfermedad y que puede desaparecer tras el parto.

La Diabetes Gestacional suele aparecer al final del segundo trimestre, alrededor de la semana 24 de gestación. La condición se produce debido a que la acción de la insulina es bloqueada, probablemente por las hormonas producidas por la placenta, provocando insensibilidad a la insulina (también conocida como resistencia a la insulina). Dado a que la Diabetes Gestacional se desarrolla al final del segundo trimestre, el feto ya se encuentra totalmente formado anatómicamente, pero aún sigue creciendo. Por tanto, el riesgo inmediato para el recién nacido no es tan grave como en el caso de que la madre tenga Diabetes tipo 1 o Diabetes tipo 2 antes del embarazo. Sin embargo, la Diabetes Gestacional no controlada puede tener graves consecuencias, tanto para la madre como para el recién nacido.

La Diabetes Gestacional en las mujeres normalmente desaparece después del parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido Diabetes Gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar dicha enfermedad en embarazos posteriores y de desarrollar Diabetes tipo 2 más adelante en la vida. Hasta un 30-40% de las mujeres con Diabetes Gestacional desarrollan una Diabetes Mellitus manifiesta dentro de 5 a 10 años. El riesgo puede incrementar si la obesidad está presente.

2 Objetivos

General: Conocer la influencia de la educación sanitaria en la salud materno-infantil de mujeres con DMG.

Específicos:

- Analizar el papel de la enfermería en el manejo de la diabetes gestacional.
- Conocer los riesgos de la diabetes gestacional tanto para el feto como para la madre.
- Desarrollar habilidades en la mujer para el autocontrol de la diabetes gestacional.
- Observar si a través de la dieta y el ejercicio se consigue un buen control metabólico.
- Fomentar a través de la educación sanitaria la implicación de la mujer en sus autocuidados y autocontroles metabólicos.

3 Metodología

El trabajo consistió en una revisión bibliográfica de carácter exploratorio y narrativo, no sistemática, realizada entre los meses de Octubre a Diciembre de 2019, que abarcará fuentes publicadas desde el año 2009 a la actualidad, a fin de tener en cuenta la literatura más reciente y actualizada. Por tanto, la fecha de publicación será un criterio de exclusión para publicaciones anteriores al 2009.

La búsqueda se realizará en las bases de datos Biblioteca Cochrane (que incluye las publicaciones indexadas en la base de datos PubMed), Scielo y Dialnet. Se seleccionarán artículos de revistas científicas, tanto estudios empíricos (ensayos aleatorizados y estudios de caso único), como revisiones sistemáticas y meta-análisis así como en las sociedades científicas más relevantes en diabetes, a nivel nacional e internacional: Asociación Americana de Diabetes (ADA), Sociedad Española de Diabetes (SED), Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), Federación Internacional de Diabetes (IDF), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Un criterio de exclusión será que el documento sea otro tipo de publicación como editoriales, cartas al director, tesis o trabajos finales.

Esta búsqueda de literatura científica se realizará tanto en inglés como en castellano, siendo un criterio de exclusión que el idioma del artículo completo no sea ninguno de estos. Otro criterio de exclusión será que no se pueda acceder al texto completo de la publicación.

Las palabras clave: diabetes, gestación, diabetes gestacional, enfermería.

4 Resultados

En la actualidad, la diabetes es una de las enfermedades no transmisibles más comunes. Se estima que aproximadamente 382 millones de personas en el mundo tienen diabetes. Siendo la cuarta o quinta causa de muerte en los países de ingresos altos. En consecuencia, la diabetes se presenta como uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI. Se estima que en 2035, uno de cada diez adultos será diabético.

La Federación Internacional de Diabetes (FID) estima que el 16,8% de los nacidos vivos en 2013 tenían algún tipo de hiperglucemia durante el embarazo, se calcula que el 16% de estos casos se debe a la presencia de diabetes durante el embarazo.

La prevalencia de esta patología, asociada al embarazo, se ha duplicado en la última década de forma paralela a la llamada pandemia metabólica que afecta a las sociedades modernas.

El aumento de prevalencia y las consecuencias materno – fetales asociadas a la DG hacen preciso un control estricto de la mujer durante todo el periodo gestacional.

Encontramos una serie de factores de riesgo para desarrollar DG (11), que son los siguientes: edad mayor de 25 años al quedarse embarazada, haber tenido un hijo previo con macrosomía, ser menor de 25 años de edad y con sobrepeso, antecedentes familiares de DM en primer grado, pertenecer a un grupo étnico con alta prevalencia de Diabetes (como son los hispanoamericanos, los afroamericanos, los nativos americanos, del sudeste asiático o de las islas del Pacífico), padecer HTA, exceso de líquido amniótico, antecedentes de Diabetes Gestacional en embarazo previo y, padecer síndrome del ovario poliquístico.

Por muy presentes que estén los factores de riesgo, la enfermedad no se manifiesta si no existe una predisposición a desarrollar un estado de resistencia a la insulina.

En cuanto a la detección y al diagnóstico de la DG, de acuerdo con las recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) (8), en la primera consulta prenatal se debe valorar a la paciente para investigar factores de riesgo de padecer DG.

El diagnóstico de DG se desarrolla en dos fases:

1. Despistaje o cribado mediante el Test de O´Sullivan
2. Confirmación diagnóstica mediante el Test de Sobrecarga Oral de Glucosa con

100 g (TSOG)

El test de O'Sullivan está indicado en el primer trimestre del embarazo solo para todas aquellas mujeres que sean consideradas como gestantes de alto riesgo de padecer diabetes (edad mayor de 25 años al quedarse embarazada, haber tenido un hijo previo con macrosomía, ser menor de 25 años de edad y con sobrepeso, antecedentes familiares de DM en primer grado, pertenecer a un grupo étnico con alta prevalencia de Diabetes, padecer HTA, exceso de líquido amniótico, antecedentes de Diabetes Gestacional en embarazo previo y, por último, padecer síndrome del ovario poliquístico).

En el segundo trimestre (24 – 28 semanas de gestación) se realiza a todas las gestantes que presenten riesgo bajo de padecer Diabetes Gestacional, es decir, que no presenten ningún criterio de riesgo, como prueba de despistaje universal. También se repetirá la prueba a aquellas mujeres que hayan sido clasificadas como gestantes de alto riesgo y hayan dado negativo en el test realizado en el primer trimestre.

Por último, en el tercer trimestre (32 – 36 semanas de gestación) está indicado en aquellas gestantes en las que no se les haya realizado anteriormente y en las que se sospeche de Diabetes Gestacional aunque los resultados en pruebas anteriores hayan sido negativos; por ejemplo, ante la presencia de complicaciones características de la Diabetes Gestacional como macrosomía fetal o polihidramnios. En estos casos se obviará la prueba de despistaje y se acudirá directamente a la realización de una sobrecarga oral de glucosa (TSOG).

El tratamiento en la diabetes gestacional tiene principalmente tres objetivos: evitar descompensaciones metabólicas en la madre, las repercusiones en feto y neonato, y las complicaciones obstétricas.

En cuanto a las complicaciones maternas de la DG encontramos:

- Descompensación metabólica aguda: cetoacidosis diabética, siendo mortal para la madre y el feto.
- Infecciones urinarias recidivantes que agravan la evolución de la Diabetes.
- Preclampsia/Eclampsia, que aumenta el riesgo de morbilidad materno/fetal.

Y en cuanto a las complicaciones del recién nacido, hijos de madres diabéticas gestacionales, encontramos:

- Macrosomía: peso excesivo para la edad gestacional. Constituye el atributo más

característico de la Diabetes Gestacional. Se ha considerado como una consecuencia del hiperinsulinismo fetal en respuesta a las altas concentraciones de glucosa materno/fetal. Existen complicaciones relativas a la macrosomía fetal, llevando a un aumento de la tasa de partos por cesárea, mayor riesgo de traumatismo craneoencefálico y aumento de la neomortalidad.

- Malformaciones congénitas.
- Problemas respiratorios: enfermedad de la membrana hialina por inmadurez pulmonar, ya que el hiperinsulinismo fetal interfiere en la acción madurativa de las catecolaminas y corticoides endógenos.
- Hiperbilirrubinemia: es significativamente más frecuente e intensa, tanto por la prematuridad como por la policitemia secundaria a una mayor secreción de eritropoyetina por hipoxias leves en úteros.
- Hipocalcemia: se presenta a los dos o tres días del nacimiento, cuya causa es la reducción transitoria de la secreción de paratohormona.
- Hipoglucemia: es frecuente, especialmente en los neonatos macrosómicos.
- Los recién nacidos que nacen de madres con Diabetes Gestacional también tienen un mayor riesgo de obesidad y Diabetes tipo 2 en la adolescencia o en la edad adulta temprana.

En cuanto al manejo y control de la Diabetes Gestacional, el plan de autocuidado se basa en tres pilares básicos e indispensables: alimentación, ejercicio físico y tratamiento farmacológico (insulinoterapia).

En cuanto al control metabólico, en principio todas las pacientes con Diabetes Gestacional deben ser tratadas con dieta y ejercicio, ya que la utilización de hipoglucemiantes orales está contraindicada en la gestación.

En cuanto a la dieta, según un estudio realizado que abordaba este tema de la Diabetes Mellitus Gestacional, una dieta adecuada es un elemento esencial del tratamiento de toda paciente diabética. El éxito en el manejo de la dieta de la paciente diabética consiste en establecer un apropiado plan de comidas, con un adecuado aporte nutricional y calórico, para el cual el enfermo debe estar bien preparado y entrenado.

Solo si esta resulta insuficiente para conseguir y mantener el control glucémico, se utilizará la insulinoterapia, instaurada y controlada en la Unidad de Diabetes y Embarazo en donde la gestación se seguirá desde una doble vertiente: metabólica y obstétrica. El principal objetivo del control metabólico consiste en mantener la glucemia (valores normales de glucemia) para evitar complicaciones obstétricas y perinatales sin provocar perjuicios para la salud materna.

Otro aspecto muy importante en el manejo y el control de la DG es la realización de actividad física ya que esta aumenta el consumo de glucosa y mejora la sensibilidad a la insulina. En general se aconseja ejercicio aerobio moderado con asiduidad (ej. paseo de una hora diaria).

En cuanto al tratamiento farmacológico, hasta la fecha la insulina es el único recurso farmacológico autorizado en el control de la glucemia durante el embarazo. A diferencia de la insulina, los antidiabéticos orales cruzan la placenta y llegan con diferente intensidad al feto. Por esos motivos, la Asociación Americana de la Diabetes no recomienda que se tomen durante el embarazo.

La Asociación Americana de la Diabetes (American Diabetes Association, ADA) sugiere los siguientes niveles de glucosa en sangre, objetivo para las embarazadas con Diabetes Gestacional:

- Antes de una comida (preprandial): 95 mg/dl o menos.
- 1 hora después de una comida (postprandial): 140 mg/dl o menos.
- 2 horas después de una comida (postprandial): 120 mg/dl o menos.

Para evitar efectos adversos, durante el tratamiento es aconsejable distribuir el aporte calórico en diferentes comidas durante el día (desayuno 20%, a media mañana 10%, almuerzo 30%, merienda 10%, y comida 30%). De esta manera evitaremos períodos largos de ayuno, situación no deseable durante la gestación.

La selección de pacientes que son candidatas para el uso de insulina se basa en las cifras de glucemia materna y en las características del crecimiento fetal. El tratamiento se basa en el uso de combinaciones de insulina de acción rápida o corta, e insulinas de acción intermedia o prolongada. La dosis de insulina de acción intermedia o prolongada suele aplicarse por la mañana, para mantener niveles basales durante el desayuno y la comida.

En cuanto al seguimiento y control obstétrico, será similar al efectuado a la gestante sin DG. Se realizan ecografías cada cuatro semanas para descartar macrosomía fetal. A las ecografías habituales se recomienda añadir un estudio ecográfico entre la semana 28 y la semana 30 para detectar precozmente la presencia de macrosomía fetal. Durante el parto debe controlarse que los niveles de glucosa no superen los 70-110 mg/dl.

Y, por último, en cuanto al control postparto, se mantendrá un control de la glucemia basal y postprandial para comprobar la normalización de la glucemia y se suspenderá la administración de insulina, en caso de estar en tratamiento con

ella. La gestante será evaluada entre 3 y 6 meses tras el parto mediante sobrecarga oral de glucosa, para comprobar si se mantiene la normogluemia o se confirma la presencia de Diabetes Mellitus. Es conveniente realizar controles anuales en estas pacientes pues se ha comprobado que existe una elevada incidencia de Diabetes, debido a que persisten en el tiempo alteraciones de la secreción y de la sensibilidad periférica a la insulina.

Proporcionar apoyo psicológico y educacional al paciente constituye una parte esencial del cuidado. Es indispensable tener en cuenta que las creencias sobre salud y enfermedad, así como la perspectiva del paciente respecto a las mismas, influyen en el cumplimiento o no de las recomendaciones relacionadas con la conducta y el autocuidado. Se ha demostrado que mediante la educación del paciente se logra un control adecuado de la DG que le permite tener una vida prácticamente normal, tanto en calidad como en duración

Debido a que la Diabetes Gestacional es un problema de salud importante en nuestra sociedad, y considerando las complicaciones que esta enfermedad tiene para la mujer embarazada tales como cetoacidosis diabética, infecciones urinarias recidivantes, preeclampsia y eclampsia; y las complicaciones que tiene en el feto tales como macrosomía, malformaciones congénitas, problemas respiratorios, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia, hipogluemia, riesgo de obesidad y de padecer Diabetes Mellitus tipo 2 en un futuro, se encuentra relevante realizar una intervención educativa grupal que se base en tres pilares fundamentales, los cuales son una alimentación adecuada, realización de ejercicio físico y un adecuado tratamiento farmacológico con insulina, para disminuir de esta manera dicho problema de salud.

5 Discusión-Conclusión

La educación sanitaria juega un papel primordial en el tratamiento de las mujeres con DMG considerando la ausencia de síntomas propios de la enfermedad y las complicaciones perinatales que pueden surgir. Habría que diseñar mejores programas educativos en los que se garantizase la correcta formación y la capacitación de todas mujeres con DMG. De esta forma, se conseguiría un mejor control metabólico y en consecuencia, mejores resultados perinatales.

La dieta es el pilar fundamental en el tratamiento de este tipo de pacientes. Los planes de alimentación que se diseñan durante el asesoramiento dietético han de ser individualizados y personalizados.

Según algunos estudios, tras aplicar tratamiento, entre un 80 y 90% de las mujeres pueden ser únicamente tratadas con dieta, minimizando las intervenciones médicas.

Está demostrado que el ejercicio físico además de ser seguro durante el embarazo, ayuda a disminuir los niveles de glucosa en sangre y mejora la sensibilidad a la insulina. Aún así, en la actualidad, la evidencia disponible en este ámbito es insuficiente. Se necesitan más investigaciones para poder desarrollar un programa de ejercicio físico ideal en este tipo de pacientes.

No existe una pauta universalmente aceptada sobre la frecuencia de determinaciones de la glucemia capilar, en los protocolos revisados.

El tratamiento adecuado de la DG reduce las complicaciones materno – fetales y con ello, una disminución de la morbilidad y la mortalidad perinatal.

La enfermería tiene un papel fundamental en el tratamiento, ya que además de llevar a cabo la atención directa del embarazo, la educación para lograr el auto-control de la DG forma parte del proceso asistencial en el control de embarazo.

Se tratará de forma comprensiva y tranquilizadora a la gestante. Se involucrará a la mujer en su auto-control de forma individualizada y se resaltará la importancia de su papel, a través de la elaboración de objetivos realistas y adaptados a cada mujer para conseguir una buena adherencia al tratamiento.

En la actualidad, existen limitaciones para desarrollar las intervenciones de enfermería en el manejo de la gestante diabética. Por ello, sigue siendo necesaria la investigación e implicación de los profesionales en este campo.

6 Bibliografía

1. Scucces M. Diabetes y embarazo. Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana [revista en Internet] 2011. [acceso 25 de noviembre de 2019]; 71(1).
2. Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Ginebra: Who.int; 2016
3. Hawkins M, Chasan-Taber L, Marcus B, Stanek E, Braun B, Ciccolo J, et al. Impact of an exercise intervention on physical activity during pregnancy: the behaviours affecting baby and you study. Am J Public Health.
4. Domenech MI. Diabetes Gestacional. Medicina Buenos Aires
5. Asistencia a la gestante con diabetes. Medicina perinatal. Actualizada 2014.

6. Hod M, Kapur A, Sacks DA, Hadar E, Agarwal M, Di Renzo GC, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. octubre de 2015;131:S173-211.
7. Farrar D, Simmonds M, Bryant M, Lawlor DA, Dunne F, Tuffnell D, et al. Risk factor screening to identify women requiring oral glucose tolerance testing to diagnose gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis and analysis of two pregnancy cohorts. Barengo NC, editor. *PLOS ONE*. 6 de abril de 2017;12(4):e0175288.
8. Junta de Andalucía [Internet]. Almería: Servicio andaluz de salud; 2013 [acceso 12 de Diciembre 2019]. Diabetes durante la gestación.
9. Fisterra.com, Atención primaria en la red [Internet]. La Coruña: Fisterra.com; 2015 [acceso 12 de Diciembre de 2019]. De López Álvarez JL, Fluiters Casado E, Modroño Freire MJ, Pérez Vences JA, Gestoso Lamazares T, Martínez Vidal A, et al. Diabetes gestacional.
10. Gómez Ayala AE. Diabetes pregestacional. *Farmacia profesional* [Internet]. 2006 [acceso 9 de Diciembre de 2019]; 20(7): 60-64.
11. International Diabetes Federation. [Internet]; 2013 [acceso 27 de Noviembre de 2019]. Qué es la diabetes.
12. Cortés García E, Ortiz Sánchez RM, Gómez Peralta F. Monitorización de la glucemia en la diabetes gestacional. *Av.Diabetol.* [Internet]. 2009

Capítulo 161

LACTANCIA MATERNA: RECOMENDACIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO EFICAZ

ANA ISABEL CIMAS SUÁREZ

SUSANA PRIETO GONZÁLEZ

1 Introducción

La lactancia materna es la forma de alimentación que comienza con el nacimiento con la leche producida en el seno materno. La leche materna es el mejor alimento que puede recibir el bebé ya que proporciona todos los nutrientes requeridos para su correcto desarrollo y crecimiento.

Durante los primeros días de lactancia la madre produce un líquido espeso y amarillento llamado calostro, sustancia preláctea con alto contenido en proteínas, sales minerales y vitaminas que le proporcionan al recién nacido anticuerpos que lo inmunizan contra ciertas enfermedades. La lactancia materna es un acto fisiológico e instintivo y es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la lactancia materna natural como mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños.

2 Objetivos

- Describir las técnicas de amamantamiento eficaz y recomendaciones a seguir para una lactancia materna natural eficaz.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El período de gestación es el momento para informar a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna así como las técnicas para llevar a cabo con éxito el amamantamiento.

- La madre debe aprender las pautas de posicionamiento correcto a la vez que el recién nacido aprende a succionar correctamente.

Para lo que se deben de seguir las siguientes recomendaciones:

- Primera toma precoz en sala de partos, contacto piel a piel.
- Posicionar al lactante frente al pecho con la nariz a la altura del pezón. Los labios abiertos para acoplarse a la ureola.
- Evitar que el bebé aplaste su nariz contra el pecho o flexione el cuello.
- Movimientos rítmicos .
- Duración variable, se recomienda vaciar un pecho antes de ofrecer del otro.
- A demanda, siempre que el bebé lo pida.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad aunque las madres conocen la importancia de la lactancia materna tanto para ellas como para el recién nacido y reconocen su valor nutritivo y su valor afectivo y de prevención de patologías, algunas desconocen las técnicas adecuadas de amamantamiento eficaz. Todo ello puede conllevar al abandono temprano de la lactancia materna natural. Por eso la aportación del personal en cuanto a educación sanitaria iniciada en la gestación puede lograr una lactancia exitosa y placentera.

Además la educación sobre técnicas adecuadas de amamantamiento es imprescindible para evitar patologías mamarias como la aparición de gritas, congestión

y mastitis. Se concluye por tanto que en la educación materna prenatal el personal sanitario desarrolla una labor de gran importancia.

6 Bibliografía

- Pallás Alonso, C R y Grupo Previnfad. Lactancia materna. Rev. Pediatr Aten Primaria. 2003;5:69-88.
- Pinto, L.F. Apego y lactancia natural. Rev. Chil. Pediatr 2007;78(supl 1°):96-102.
- Rosabal, S.L., Piedra Cb. Intervención para la capacitación sobre lactancia. Rev Cubana Enfermería 2004;20(1):2.
- Rius J.M., Ortuño J., Rivas C., Maravall M., Calzado MA., Lopez A. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. An Pediatría. 2004;80:6-15.

Capítulo 162

EL GASTO MÉDICO EN ASTURIAS DE LOS ANCIANOS POLIMEDICADOS

MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES

AITANA GARCÍA GÓMEZ

MARIA JOSE MASEDA VIDAL

1 Introducción

A medida que la edad avanza, lo hacen también las enfermedades crónicas esto conlleva a una mayor utilización de los servicios hospitalarios junto con el mayor consumo de fármacos. Un estudio realizado en Asturias en 2008 mostraba que un 30% de los ancianos consumían entre 4.2 y 8 fármacos al día por persona, con un consumo de 19 medicamentos diarios. Un paciente polimedicado es aquella persona que por tener una enfermedad de tipo crónico consume más de 6 medicamentos al día y de forma continuada, durante un tiempo superior a medio año.

2 Objetivos

- Analizar los fármacos utilizados por los ancianos polimedicados, así como el porcentaje de ancianos polimedicados y el gasto medio farmacéutico por el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Los ancianos no polimedificados forman el 40%. Mientras que los polimedificados corresponden al 60 %.
- Los fármacos más utilizados lo forman con el 79% en los tratamientos los inhibidores de la bomba de potasio.
- El gasto medio por paciente en Asturias incluyendo los tratamientos crónicos es de 1409€.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de este estudio es mejorar la calidad de vida de la población mayor de 65 años polimedificada, mediante la obtención de información sobre el uso de ciertos fármacos, el correcto trabajo de los profesionales sanitarios y sistemas de ayuda para mejorar la utilización de los medicamentos.

6 Bibliografía

- <http://www.lne.es/>
- <http://scielo.isciii.es/>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Paciente_polimedicado.
- <https://www.msssi.gob.es/>
- E., Fernández. polimedicación y prescripción inadecuada de fármacos en pacientes ancianos: ¿Hacemos lo que podemos? s.l. : Aten Primaria, 2006, págs. 476-477.
- <http://www.apemsi.org/>

Capítulo 163

EDUCACIÓN AL CUIDADOR: ROL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ALICIA SILVERIO GONZÁLEZ

PAOLA MORÁN CABAL

1 Introducción

La manifestación de una enfermedad crónica e incapacitante en el seno de una familia obliga, en ocasiones, a que uno de sus miembros asuma la responsabilidad del cuidado. Son cuidadores no profesionales que llegan a atender a un familiar en situación de demencia ya que, bien a causa de enfermedades graves o bien al deterioro cognitivo propio de la edad, esas personas están incapacitadas o muy limitadas para hacer por sí mismas todas las tareas necesarias para su propio cuidado y para su vida diaria. Las personas cuidadas pueden ser niños, jóvenes, adultos o personas mayores. La enfermería debe estar preparada para la atención y detección del cuidador. La tarea del cuidador es dura y si se prolonga en el tiempo se verá afectada su salud física, mental y social. La detección precoz de la sobrecarga permite la intervención del equipo de salud en la preservación de la salud del cuidador, identificando sus necesidades concretas de esta manera se mantiene la salud del enfermo en incluso se optimiza la labor del equipo que lo atiende.

2 Objetivos

- Prevenir y detectar el síndrome del cuidador.
- Proporcionar los cuidados que el cuidador necesita.
- Informar al cuidador sobre las necesidades y cuidados que precisa el paciente.
- Promover el autocuidado de la salud física, mental y social.
- Atender el duelo del cuidador.

3 Metodología

Se ha realizado una amplia revisión bibliográfica de documentos de sociedades y de artículos científicos en diferentes bases de datos, en español y en inglés. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio. Se revisaron los abstracts y en ocasiones el artículo completo. Se complementa con el análisis de la evidencia basado en la experiencia.

4 Resultados

El cuidador principal en las familias españolas es mujer de unos 55 años, ama de casa y frecuentemente es hija de la persona que necesita cuidados. El cuidador asume progresivamente la mayor parte de las tareas del cuidar hasta llegar a la completa dedicación. La mayoría de estas mujeres no pueden conciliar su vida laboral con la faceta de cuidadoras viéndose obligadas a abandonar su carrera profesional tras el primer año de cuidados. Ocasionalmente se trasladan de su propio domicilio al del enfermo. Gran parte de los cuidadores sufren sobrecarga física, psicológica y emocional debido a la falta de apoyos familiares, económicos o institucionales que les permitan cuidar en condiciones favorables. Esta situación de sobrecarga se produce en mayor medida en las familias y personas de los estratos socioeconómicos menos favorecidos.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados prestados por el cuidador principal afectan negativamente a su estado de salud y su calidad de vida además les requiere un elevado tiempo de dedicación.

6 Bibliografía

- Sabater Mateu MP, López Cortacans G. [Dementias: impact on the family and prevention of caregivers' syndrome]. *Rev Enferm*. 1998 Nov; 21(243):20-6. Spanish. PubMed PMID: 10026609.
- Llibre Guerra Juan Carlos, Guerra Hernández Milagros A., Perera Miniet Elianne. Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2008 Mar [acceso 2016 Ago 07]; 24(1):.
- Remes-Troche JM, Torres-Aguilera M, Montes-Martínez V, Jiménez-García VA, Roesch-Dietlen F. Prevalence of irritable bowel syndrome in caregivers of patients with chronic diseases. *Neurogastroenterol Motil*. 2015 Jun;27(6):824-31. doi: 10.1111/nmo.12556. Epub 2015 Mar 29. PubMed PMID: 25817438.
- Dueñas Eliana, Martínez María Anggeline, Morales Benjamín, Muñoz Claudia, Viáfara Ana Sofía, Herrera Julián A. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb. Med.* [Internet]. 2006 June [acceso 2016 Ago 27]; 37(2 Suppl 1): 31-38.
- Lara Pérez Leydis, Díaz Díaz, Madalys, Herrera Cabrera Elisa, Silveira Hernández Pablo. Síndrome del "Cuidador" en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2001 Ago [acceso 2016 Ago 10]; 17(2): 107-111.
- Farré M, Haro JM, Kostov B, Alvira C, Risco E, Miguel S, Cabrera E, Zabalegui A. Direct and indirect costs and resource use in dementia care: A cross-sectional study in patients living at home. *Int J Nurs Stud*. 2016 Mar; 55:39-49. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.012. Epub 2015 Nov 19. PubMed PMID: 26632506.

Capítulo 164

CONOCIMIENTOS ENFERMEROS SOBRE EL BIOFILM BACTERIANO

VERÓNICA ÁLVAREZ DE LA MATA

BELÉN BLANCO GARCÍA

JORGE PRADO GARCÍA

IRIS GOMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Biofilm o biopelículas es un conglomerado formando una estructura de bacterias incrustadas en una matriz de polímero de producción propia formado por polisacáridos, proteínas y ADN extracelular, que se va formando lentamente. Pasa por una fase reversible, una irreversible hasta que consolidan la propia matriz. La formación de biofilm constituye un estilo de vida alternativo en el que los microorganismos adoptan un comportamiento multicelular que facilita y/o prolonga la supervivencia en diversos nichos ambientales, el tiempo de crecimiento oscila entre la adherencia que dura entre 2 y 4 horas y la maduración completa que ronda los 4 días. Los biofilms permiten a los patógenos subvertir las defensas inmunitarias innata, por lo tanto se asocian con la persistencia a largo plazo. La formación de biofilm permite que los organismos monocelulares adopten un estilo de vida multicelular temporal, en el que el comportamiento grupal facilita la supervivencia en entornos adversos.

Las biopelículas son bacterias que crecen causan infecciones crónicas que se caracterizan por la inflamación persistente y el daño de los tejidos. Las infecciones

crónicas, incluyendo las infecciones de cuerpos extraños, son infecciones que en primer lugar, persisten a pesar de la terapia con antibióticos, el sistema inmune innato y adaptativo y la respuesta inflamatoria del huésped, en segundo lugar y en contraste con la colonización, se caracterizan por respuesta inmune y patología persistente.

2 Objetivos

-Analizar el biofilm bacteriano y su mejor tratamiento desde la perspectiva enfermera.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se seleccionaron 37 artículos de revistas de alto impacto mediante búsquedas con lenguaje controlado. Para concretar los tesauros clave que se utilizaron en las búsquedas hubo que acceder y utilizar los descriptores DeCS y MeSH.

4 Resultados

El cadexómero Iodado, que está formado por una microesferas de almidón hidrófilo biodegradable y un 0,90% (w/v) de yodo, esto hace que le permita una liberación lenta de yodo sobre el lecho de la herida (liberación inteligente) mejorando su efecto antimicrobiano y disminuyendo los efectos citotóxicos en comparación a la povidona yodada. Las resistencias al yodo se consideran escasas y entre las cepas que se ha documentado está el staphylococcus aureus. El modo de acción del yodo se caracteriza por desnaturalizar las proteínas, altera las membranas celulares e incluye cierto poder microbicida, disminuye los requerimientos de oxígeno de los microorganismos aerobios.

En el caso del cadexómero yodado se produce una liberación de yodo sostenida en el tiempo y favorece el control del exudado en la herida e interrumpiendo la formación de biofilms por staphylococcus aureus. En 2004 se realizó una

evaluación del cadexómero yodado frente al biofilm de *S. aureus*, tanto in vivo como in vitro, utilizando microscopía de barrido con láser focal. Se observó que el cadexómero yodado “empapaba” las células de *S. aureus* recubiertas de glicocálix, destruyendo directamente las estructuras del biofilm, y que también podía eliminar al *S. aureus* en el interior del propio biofilm.

Descripción de la técnica con cadexómero, es importante utilizar una técnica higiénica y aséptica, con guantes, equipo de curas y materiales estériles, se tienen que tener en cuenta estas directrices:

- La limpieza de la herida se realiza con torunda y suero fisiológico 9%, se seca levemente dejando la zona húmeda.
- Hay que intentar retirar de forma mecánica (por arrastramiento) la mayor cantidad de biofilm posible.
- Aplicar una capa de cadexómero en pasta/polvo que cubra la herida, o bien utilizar el apósito impregnado (Iodosorb dressing).
- Podría emplearse un producto barrera tipo cavilón para evitar que la humedad macere los bordes epiteliales.
- Tapar con una espuma polimérica para favorecer el ambiente húmedo y que colabore con el cadexómero con el control del exudado.
- El espaciamiento de la cura debe repetirse en función de la evolución de la propia herida, si se mancha el apósito secundario, se hay un exudado excesivo, etc. Inicialmente podría realizarse 2/3 veces por semana, no obstante si el exudado fuese muy abundante podría hacerse cada 24 horas e ir observando la evolución. Es necesario limpiar bien la zona antes de volver a aplicar el producto.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante un buen diagnóstico para su tratamiento. La prevención siempre es el primer paso. No obstante, una vez se ha formado, el desbridamiento puede ser una de las primeras opciones para reducir la carga bacteriana. Hay que evitar que se vuelva a reconstituir por ello las medidas asépticas deben extremarse fomentando la prevención. El uso de agentes antimicrobianos es importante y la revisión periódica de la herida para prevenir una recidiva.

Es importante diferenciar esfacelo de biofilm, si se puede retirar fácilmente de manera atraumática, con torunda o desbridamiento sencillo, pero vuelve salir y un desbridamiento enzimático o autolítico no es efectivo contra él, es muy posible que se trate de biofilm bacteriano.

6 Bibliografía

- Høiby, N.; Ciofu, O.; Johansen, H.K., et al. The clinical impact of bacterial biofilms. *International Journal of Oral Science*. 2011;3(2):55-65.
- Kostakioti, M.; Hadjifrangiskou, M.; Hultgren, S.J. Bacterial Biofilms: Development, Dispersal, and Therapeutic Strategies in the Dawn of the Postantibiotic Era. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. 2013; 3(4): a010306
- Mycock, G. (1985) Methicillin/antiseptic-resistant *Staphylococcus aureus*. *Lancet*; 1985; 2: 949–950.
- Akiyama, H., Oono, T., Saito, M., and Iwatsuki, K. Assessment of cadexomer iodine against *Staphylococcus aureus* biofilm in vivo and in vitro using confocal laser scanning microscopy. *J Dermatol*; 2004. 31: 529–534.
- Smith & Nephew, S.A.U. Iodosorb, matriz de cadexómero iodado. Evidencias clínicas. 2017. Disponible en: <http://heridas.smith-nephew.es>

Capítulo 165

LA SALUD DE LAS MUJERES EN LAS ZONAS RURALES

BEATRIZ EGIDO GORDO

AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ

ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO

ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ

1 Introducción

Para hablar de zonas rurales lo primero que debemos conocer es de qué estamos hablando: "La Ley de Desarrollo Sostenible del Medio Rural 45/2007, de 13 de diciembre (LDSMR) en su artículo 3 define el medio rural como el espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores definido por las Administraciones competentes que posean una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por km².

El mismo artículo define zona rural y municipio rural de pequeño tamaño (el que posea una población residente inferior a los 5.000 habitantes y esté integrado en el medio rural). "

2 Objetivos

Con este trabajo he pretendido mostrar la realidad de las mujeres de la zona rural del suroccidente de Asturias, zona rural de baja densidad y con unas características muy determinadas que la hacen representativa de este mundo de interior

despoblado del que tanto se habla en la actualidad. Conocer cuales son sus necesidades y las diferencias a las que se enfrentan por el hecho de ser mujeres junto con los condicionantes que sufren a diario.

3 Metodología

Consultar las bases de datos del SADEI junto con los datos sanitarios solicitados a la Consejería de Sanidad de Asturias respecto a los datos sobre enfermedades y cifras del Concejo de Allande, en el suroccidente asturiano que es el lugar en concreto en el que se ha realizado este estudio. Esta zona de interior especialmente despoblada es representativa de la sociedad rural en la que quiero analizar la situación de sus mujeres.

4 Resultados

Datos:

- Población: 1.766 (2016)
- Hombres: 882
- Mujeres: 884
- Superficie (Km²): 342,2
- Densidad de población (hab. /km²) : 5,16 (2016)

Unidades poblacionales de Allande y población según tamaño Año 2016

Total: 1.231.766

- De 0 habitantes 18 0
- De 1 a 50 habitantes 103 1.245
- De 51 a 100 habitantes 0 0
- De 101 a 250 habitantes 1 101
- De 251 a 500 habitantes 1 420
- De 501 a 1.000 habitantes 0 0
- De 1.001 a 10.000 habitantes 0 0
- De 10.001 a 50.000 habitantes 0 0
- Más de 50.000 habitantes 0 0

Explotaciones según orientación productiva

- Carne 227
- Leche 7
- Mixta 2

Explotaciones según condición del titular

- Ambos sexos 222
- Hombres 120
- Mujeres 102
- Sociedades 14

Dependencia:

- SAD Usuarías: en Allende hay 69 unidades familiares que reciben la ayuda a domicilio. De ellas la mayoría son mayores de 65 años y a su vez la mayoría de estas son mujeres mayores de 75 años.
- SAD las trabajadoras: la única empresa dedicada a la ayuda a domicilio tiene 12 trabajadoras y todas son mujeres. La prestación económica por dependencia la reciben 61 personas de las que 45 son mujeres y 16 hombres.

Demanda sanitaria en Allende en 2018: Pola de Allende y Berducedo

- Atención Continuada: 1292 hombres y 1457 mujeres
- Normal: 8002 hombres y 9377 mujeres.

Las 10 patologías más comunes en las mujeres Allandesas:

- 1.HTA no complicada
- 2.hipercolesterolemia/ lipemia/triglicemia
- 2.Ictus
- 4.Infecciones respiratorias de vías altas
- 5.Infecciones urinarias
- 6.Fibrilación/flutter
- 7.Lumbociática
- 8.Poliartritis/lesiones articulares
- 9.Asma
- 10.Trastornos depresivos

Las 10 patologías más comunes en los hombres allandeses:

1. Hta no complicada
- 2.Ictus
3. Hipercolesterolemia/triglicemia/ lipemia
- 4.Infección respiratoria de vías altas
- 5.Fibrilación/flutter
- 6.Epoc
- 7.Lumbociática
- 8.Herida de piel/laceración

9.Hiperglucemia/resultados anormales

10.Úlceras/ pié diabético/decúbito

La perspectiva de género.

”Según la ONU MUJERES define la incorporación de una perspectiva de género como: “El proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros”.

Bajo las gafas violetas:

- 1.Las mujeres mayores tienen menos recursos económicos que los hombres.
- 2.Tienen más limitación para trasladarse.
3. Las cargas familiares les limita el tiempo libre y su propio autocuidado
- 4.Las relaciones sociales y el ocio están mucho más limitadas que en los hombres.
5. No existen referentes femeninos como en la historia de los pueblos.
- 6.Han desaparecido las sabias de la comunidad que eran las que ayudaban a sobrevivir a muchas mujeres en ese entorno.

Ellas también opinan:

Deberíamos de preguntarle lo que opinan respecto al funcionamiento del centro, lo que más le preocupa de la salud, de los horarios , del uso de los recursos y sobre cuáles son sus prioridades.

Planificando en igualdad:

- 1.Desde el sistema; análisis de los datos demográficos, conocer la realidad de cada población y planificar las actuaciones sanitarias de acuerdo a esta realidad y plantear acciones de discriminación positiva.
- 2.Desde lo cercano; conocer la realidad de cada unidad familiar, aunar el máximo posible de actividades sanitarias en una sola cita, aprovechar las visitas domiciliarias para programar todo lo pendiente y hacer un análisis de los cauces más efectivos para comunicarnos con ellas.

Reservar todo el tiempo que necesiten, gestionar con los servicios municipales factores que ayuden a su transporte y ser flexibles en los programas y los plazos.

5 Discusión-Conclusión

- Los motivos de consulta principales son idénticos en hombres y mujeres.
- Entre los últimos motivos llama la atención que las mujeres acuden por procesos depresivos y los hombres por lesiones cutáneas.
- Las mujeres acuden con más frecuencia al centro de salud en jornada ordinaria.
- Las mujeres no acceden a los servicios sanitarios en las mismas condiciones de igualdad que los hombres.
- Esta situación se ve acentuada en el medio rural por las características específicas que lo rodean.
- Es necesario y urgente un plan de igualdad en los servicios sanitarios asturianos.
- La formación del personal sanitario en perspectiva de género debería ser algo obligatorio.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 166

ÚLCERA EN PACIENTE DIABÉTICA ENCAMADA

VERONICA ALVAREZ ESPINETE

1 Introducción

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Sus principales causas son: deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso), trastornos inmunológicos, alteración del estado de conciencia, deficiencias motoras, deficiencias sensoriales, pueden aparecer como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos y tras tratamientos o fármacos inmunosupresores.

2 Objetivos

- Conocer a través de un caso clínico el manejo de un paciente encamado con una úlcera.

3 Caso clínico

Mujer de 85 años, cuyo hijo avisa al equipo de atención primaria por deterioro general desde hace semanas. No refiere fiebre ni otra sintomatología salvo una herida en el talón.

Antecedentes personales:

Diabética tipo 2 de 20 años de evolución que precisa tratamiento oral (metformina), la última analítica realizada hace un mes presenta un hemoglobina

glicosilada de 7,5. Hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino de 5 mg diarios, con cifras tensionales regulares de 140/85 mmHg, bien controlada. Dislipemia en tratamiento con atorvastatina.

Situación basal:

Vive acompañada de un hijo que se encarga de su cuidado. Lleva un año encamada con deterioro general. Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Precisa uso de pañal y padece disfagia que tolera dieta tipo túrmix o de fácil masticación.

Exploración física:

Durante la visita de la enfermera se le realiza un control cardiometabólico con una glucemia basal de 175 mg/dl y una tensión arterial de 145/88 mmHg.

Presenta en el talón izquierdo una úlcera grado III, con exudado maloliente. Se recoge un cultivo de la herida y se realiza una cura con prontosan. Posteriormente se aplica un apósito absorbente microbiano con impregnación argéntica y como secundario se aplica un apósito de espuma de poliuretano adaptable para retener el exceso de exudado. Se realiza educación sanitaria con la familia sobre hábitos dietético e higiénicos y cambios posturales cada 2-3 horas.

4 Resultados

En las próximas visitas se realiza un seguimiento para valorar los objetivos y resultados alcanzados. Parece que la familia ha comprendido perfectamente la importancia de las medidas higiénico-dietéticas y se muestran dispuestos a colaborar.

5 Discusión-Conclusión

Acudirá el equipo enfermero cada 48 horas al domicilio para realizar curas y para controlar los valores de glucemia y tensión arterial. Además se analizará el resultado del cultivo de herida para, conjuntamente con el médico, iniciar el tratamiento oportuno.

Se comprobará en las siguientes visitas de enfermería a domicilio si se realizan correctamente los cambios posturales, indicando las posturas correctas.

Es muy importante en Atención primaria que el equipo de profesionales san-

itarios visiten a los pacientes encamados, puesto que aumentará y fomentará su calidad de vida, mediante educación sanitaria al paciente y a su cuidador, previniendo complicaciones

6 Bibliografía

- Apósitos de alginato para el tratamiento de las úlceras de decúbito.
- Actividades Básicas de la vida diaria de la Fundación Alzheimer España.
- Úlceras por presión.

Capítulo 167

NUTRICIÓN EN LA ETAPA PREESCOLAR Y ESCOLAR

MAURO SANTAMARÍA SUÁREZ

ALBERTO LAVIANA SUÁREZ

NOELIA SANCHEZ VALLES

ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La nutrición es la ciencia encargada del estudio y mantenimiento del equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macrosistémico, garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades. De ahí la importancia de que un niño este bien nutrido para que crezca y se desarrolle correctamente. En esta etapa de la vida se establecen las preferencias alimentarias individuales, que tradicionalmente estaban determinadas casi exclusivamente por los hábitos familiares. Éstos dependen de muchos factores, como la accesibilidad a los alimentos dependiendo del costo de los mismos y de los ingresos de las familias, las tradiciones culturales, el grupo socioeconómico del niño, etc... observándose muchas diferencias entre diversos países, culturas o religiones dentro del mismo país, así como entre las familias de diverso poder adquisitivo.

No obstante, los hábitos alimentarios se han ido modificando por factores que alteran la dinámica familiar tales como la menor dedicación y falta de tiempo para

cocinar y la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que consumen los niños. La publicidad televisada también ha contribuido a la modificación de los hábitos alimentarios de los niños debido a que representan un grupo de edad crítico y fácil de manipular en cuanto al consumo de nuevos alimentos, los que la mayor parte de las veces no son saludables. Durante esta etapa, el pediatra, la familia y la escuela deben establecer hábitos alimentarios beneficiosos para la salud del niño.

De esta forma, se previenen carencias nutricionales o enfermedades infantiles así como enfermedades prevalentes del adulto: enfermedad isquémica coronaria, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes tipo II, obesidad, osteoporosis y algunos neoplasias. Las necesidades de nutrientes en la actualidad vienen marcadas por las recomendaciones de la Academia Nacional de Ciencias Española, que se refieren a la cantidad requerida que previene el riesgo de deficiencia de un nutriente o bien la reducción del riesgo de enfermedades crónicas degenerativas.

2 Objetivos

- Definir el concepto de etapa escolar, preescolar, así como su alimentación.
- Conocer las recomendaciones generales de una nutrición adecuada.
- Distinguir las características de los alimentos y de las comidas.
- Conocer los objetivos nutricionales de los niños en estas etapas.
- Aprender a elaborar una dieta adecuada para las dos etapas.

3 Metodología

El trabajo se realiza mediante la revisión bibliográfica de información recopilada de diferentes fuentes bibliográficas. Para la revisión se han utilizado las siguientes estrategias de búsqueda: Bases de datos: Dialnet, Pubmed, Google Académico. Publicaciones científicas y relacionadas con la alimentación. Páginas web de diferentes entidades científicas de origen nacional.

La bibliografía utilizada fue revisada de manera manual y se adaptó correctamente a los objetivos que se marcaron desde el inicio de la revisión. La búsqueda se realizó mediante el uso de palabras clave que permitieron realizar una selección la bibliografía, evitando aquellos artículos que no eran de interés para el trabajo.

Es una revisión bibliográfica de tipo descriptivo. Para las referencias de las revisiones bibliográficas he utilizado las normas Vancouver. La muestra de estudio se realizó mediante una búsqueda bibliográfica de documentos, artículos y leyes relacionados con la temática del trabajo. Se accedió a páginas y documentos online así como a revistas del tema.

4 Resultados

- La etapa preescolar se conoce también como niñez temprana se dan cambios importantes que les ayudan a adaptarse físicamente, a tener una mayor competencia cognoscitiva y una relación social más compleja. El ingreso en la vida preescolar marca la experiencia personal y el desarrollo de los niños de entre tres y seis años. A partir de los tres años, el niño sale, casi por primera vez, del entorno doméstico y familiar para iniciar su etapa preescolar. Para afrontar este importante cambio necesita tomar conciencia de sí mismo; esto le dará seguridad y una gran autoestima para enfrentarse a este nuevo desafío, tanto social como intelectual. Se inicia alrededor de los 3 años, con el surgimiento de la marcha y el lenguaje y se prolonga hasta los 6 años, en este periodo los niños se han independizado, tanto psicológica como físicamente de la madre. Se percata más claramente de su medio externo. Se desplaza libremente, siente gran curiosidad por el mundo que lo rodea y lo explora con entusiasmo, es autosuficiente y busca ser independiente. Los padres deben reconocer y tolerar esta mayor autonomía velando al mismo tiempo por protegerlo de los peligros. El exceso de protección puede inhibir y coartar potencialidades del niño generando sentimientos de vergüenza y humillación. Tipos de desarrollos: desarrollo físico, cognitivo, del lenguaje, moral y psicosocial.
- Etapa escolar: periodo comprendido entre los 6 y 11 o 12 años de edad aproximadamente, cuyo evento central es el ingreso a la escuela. A esta edad el niño cambia el ambiente cotidiano, dejando "fuera" a las personas que forman parte de su familia y de su mundo hasta entonces. Con su ingreso a la escuela el niño amplía más su contacto con la sociedad, y se inserta en el estudio, mismo que a partir de ese momento se establece como actividad fundamental de la etapa. El niño se enfrenta a un ambiente nuevo, donde debe aprender de sus profesores y lograr la aceptación de un grupo. Es precisamente en la escuela donde aprenderá y adquirirá las herramientas que le ayudarán a desenvolverse en el mundo adulto.

Recomendaciones en la etapa preescolar y escolar se deben incluir a diario ali-

mentos de todos los grupos:

- Cereales:

Se incluyen en este grupo los cereales fortificados o integrales (más aconsejables), el pan y las pastas.

Base de la pirámide de los grupos de alimentos en una dieta equilibrada.

Altamente recomendables en la alimentación diaria de los niños.

- Leche y derivados:

Ingesta de 500-1.000 ml/día.

Principal fuente de calcio como prevención de la osteoporosis en etapas adultas.

Principalmente semidesnatados, si el estado nutricional es adecuado.

Restringir la mantequilla (82% de grasa) y margarina (ácidos grasos trans) y los quesos grasos (> 30% grasas).

- Carnes, pescados, mariscos, huevos y legumbres:

Preferibles las carnes y pescados magros.

Evitar la grasa visible, la piel de las aves de corral y los sesos por su alto contenido de grasa.

Se aconseja el consumo de pescado frente a la carne por su menor contenido energético y su mejor perfil graso (ricos en omega 3).

Limitar el consumo de embutidos (ricos en grasa saturada, colesterol y sal).

Huevos (yema) no más de uno al día y de tres a la semana.

Promover el consumo de legumbres.

- Frutas, frutos secos, verduras y hortalizas:

Incluir cada día frutas maduras (2-3 piezas) y verduras-hortalizas frescas si es posible.

Promover el consumo de frutos secos nunca salados, que son ricos en mono y poliinsaturados. En menores de 3 años de edad darlos molidos, por el peligro de atragantamiento.

Almacenar las verduras donde no le den la luz ni el aire (refrigerador o bodega).

Se aconseja ser lavadas enteras sin dejarlas en remojo, para evitar la difusión de nutrientes al agua de lavado.

Deben pelarse para evitar contaminantes.

La cocción se realizará con el mínimo de agua o bien al vapor, en el menor tiempo posible y sin luz ni aire.

Características de las comidas: la dieta debe ser variada, equilibrada e individualizada, sin normas nutricionales rígidas, incluyendo alimentos de todos los grupos con no más de un 25% de calorías en forma de un solo alimento y valorando los gustos, las condiciones socioeconómicas y las costumbres del niño, los cuales

pueden realizar un gran ingreso energético en unas comidas en detrimento de otras, con un consumo calórico global normal.

- Atender más a la calidad que a la cantidad de los alimentos.
- Establecer un horario, un lugar para las diferentes comidas y unas normas sencillas de comportamiento, estimulándoles a colaborar en la colocación de la mesa y en la preparación de los alimentos.
- Presentar los alimentos de forma atractiva y variada.
- Propiciar el mayor número de comidas en casa y en familia, no abusando de las comidas fuera de casa y enseñándoles a solicitar un menú saludable con raciones adecuadas.
- Restringir las comidas rápidas (“comida basura” o “fast food”) ya que poseen un alto aporte de sal, azúcares y grasas, con bajo contenido en minerales y vitaminas y una gran adicción a la misma.
- El agua debe acompañar a todas las comidas.
- Usar preparaciones culinarias sencillas que aporten poca grasa (cocidos, asados, crudos, a la plancha, al horno, al vapor, a la brasa, a la parrilla, escalfados, con microondas, a la papillote) sin sal ni grasas, debiéndose usar de elección el aceite de oliva. En los estofados controlar el aceite. Evitar los fritos, empanados y rebozados. Retirar la capa grasa tras enfriar los caldos con huesos, tocino o carnes grasas. Evitar la manteca, el tocino (70-90% grasa) y la nata.
- Evitar las salsas realizadas con aceite, mantequilla o huevo (mahonesa con 80-85% de grasa).
- Considerar la complementación proteica mediante la combinación de alimentos proteicos en la misma comida, para compensar los aminoácidos esenciales y mejorar su valor biológico (por ejemplo: pan y leche o legumbres y arroz).
- El 90% de los carbohidratos deben ser complejos y menos del 10% de azúcares simples con reducción del consumo de sacarosa para la prevención de la obesidad, la caries y la dislipemia.
- Educación de los niños en la compra responsable y en el valor del etiquetado.

Reparto de las comidas:

- Desayuno: 25 % de la ración calórica. Esta comida se hace tras 12 h de ayuno. El niño no debe partir hacia la escuela con el estómago vacío, como pasa a menudo. Un buen desayuno evita el picar entre horas y mejora las actividades escolares del final de la mañana. También evita una comida excesiva al mediodía. Es cierto que algunos niños temen ir a la escuela (ansiedad), lo que puede disminuir su apetito. Pero la mayoría de las veces, el niño se levanta demasiado tarde (por haberse acostado demasiado tarde) y no tiene tiempo suficiente; o bien la prisa

le corta el apetito, o bien el niño está solo en el momento del desayuno. Esta es la comida familiar que debería ser más calmada, cálida y de mayor convivencia.

- Comida: 30% de la ración calórica. En la mayoría de los casos tiene lugar en el comedor escolar. A menudo, tras un desayuno frugal, la comida es excesiva porque el niño tiene hambre. Esto le produce somnolencia por la tarde. Por tanto, es necesario aligerar la comida para que el rendimiento escolar de la tarde sea adecuado.
- Merienda: 15% de la ración calórica. Una comida importante, ya que es un momento de descanso tras el esfuerzo escolar. Pero debe ser breve (de 20 a 30 min como máximo), y si el niño regresa tarde de la escuela, ha de llevar algo para merendar a la hora habitual, y así tendrá hambre a la hora de cenar. La merienda ha de ser bastante completa: lácteos variados, pan, cereales, fruta, etc., y no reducirse sistemáticamente a pan, mantequilla y chocolate.
- Cena: 30% de la ración calórica. Se ha de tener en cuenta lo que el niño ha comido a lo largo del día para equilibrar la ración alimentaria. Si la alimentación ha sido correcta, la cena ha de ser sencilla. Si no se sabe lo que el niño ha comido, debe reforzarse la alimentación en lo que suele faltar: verduras y lácteos.

Objetivos nutricionales:

Prevención de enfermedades que se presentan en el adulto y con base nutricional desde la infancia:

- Enfermedad isquémica coronaria.
- Osteoporosis.
- Ciertos tumores.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Hipertensión.
- Obesidad.
- Trastornos del aprendizaje y del desarrollo mental (deficiencia de hierro)

Promoción de la "dieta mediterránea":

- Promoción de la lactancia materna.
- Moderación en el consumo de carne, sobre todo las procesadas.
- Elección del aceite de oliva en lugar de otros aceites o grasas de adición. Disminución del consumo de grasa y colesterol.
- Mantenimiento y promoción del consumo de frutas, verduras y pescado.
- Asegurar el consumo de lácteos (500- 1.000 ml/ día, dependiendo de la edad).
- Aumento de la ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (pan, legumbres, pasta, patatas y cereales) y reducir el consumo de azúcar, dulces, bollería y snacks.

- Mantener la tradición gastronómica y la variedad en platos y recetas.
- Estimular el ejercicio físico.
- Mantener un peso saludable estableciendo un equilibrio entre el aporte y el gasto energético.

Promoción de un buen desayuno, costumbre aún poco extendida en muchas áreas de nuestro país, ya que contribuye a conseguir unos aportes nutricionales más adecuados, evita o disminuye el consumo de alimentos menos apropiados (bollería, azúcares, etc.), puede contribuir a la prevención de la obesidad, además de mejorar el rendimiento intelectual, físico y la actitud en el trabajo escolar. La omisión del desayuno interfiere en los procesos cognitivos y de aprendizaje, más pronunciados en los niños nutricionalmente en riesgo.

Vigilar el consumo y la cantidad de los snacks, promoviendo el consumo de 12 frutas, cereales, lácteos u otros alimentos con buena calidad nutricional. Los snacks pueden suponer hasta casi 1/3 de las calorías totales de la dieta.

Promoción del consumo de alimentos funcionales. En los últimos años el concepto científico en salud pública en cuanto a los hábitos dietéticos ha cambiado y se propone modificar la composición de los productos alimenticios reduciendo de una parte las sustancias indeseables y de otra enriqueciéndolas con sustancias deseables. Todo ello entra dentro del campo de los conocidos como alimentos funcionales, que son definidos como "alimentos que engloban productos potencialmente saludables", en los que se incluye "cualquier alimento o ingrediente alimenticio modificado que pueda proporcionar un beneficio para la salud además de los nutrientes tradicionales que contiene".

Decálogo para fomentar en los niños hábitos saludables en la alimentación.

- Los niños no siempre están interesados en probar nuevos alimentos. Ofrecer los alimentos nuevos en pequeñas porciones.
- Los menús deben planearse con tiempo, tratando de involucrar al niño en su elaboración. Evitar la monotonía. Es importante que el niño descanse unos minutos antes de sentarse a la mesa a comer. Acostumbrarle a lavarse las manos antes de cada comida. Los alimentos no se deben ofrecer como recompensa o castigo. Se ha de evitar comer viendo la televisión. Es importante asegurar diariamente un buen desayuno, porque es la primera comida que recibe el niño después de varias horas de ayuno y le permite iniciar la jornada de estudio y de actividad. El aporte de alimentos se debe distribuir en 4 o 5 comidas al día, evitando las ingestas entre horas. Se debe asegurar diariamente el aporte de fibra a través de la dieta, junto con un consumo adecuado de líquidos, fundamentalmente agua.

Es admisible el consumo esporádico de golosinas, por ello es conveniente establecer unas pautas de moderación. Presentar de forma atractiva los diferentes alimentos y enseñar a probar todos los alimentos en un ambiente relajado, sin presiones, malas caras o castigos.

A modo de resumen, a partir de los resultados obtenidos en este trabajo y en relación con los objetivos planteados, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El desarrollo de los niños en las etapas preescolar y escolar está determinado por una alimentación y una dieta adecuada acorde a las necesidades nutricionales. La correcta nutrición favorece la prevención de enfermedades tanto en estas etapas como en la edad adulta.
- En la actualidad las necesidades de nutrientes vienen marcadas por las recomendaciones de la Academia Nacional de Ciencias Española, la cual destaca la importancia de dar una educación adecuada en la infancia basada en la pirámide alimenticia y en concreto en la dieta mediterránea.
- Todos los días se han de incluir en la dieta los siguientes alimentos: cereales, carnes y pescados, frutas, frutos secos, verduras y hortalizas. Se han de evitar aquellos alimentos ricos en grasas (trans) y azúcares, así como limitar la ingesta de bebidas carbonatadas.
- Una de las comidas más importantes es el desayuno, el cual ha de aportar un 25 % de las calorías. Se han de aportar cereales, lácteos y frutas en cantidades adecuadas para así evitar una ingesta excesiva en la comida.
- La educación nutricional ha de ser realizada por la familia, el colegio y el ambiente en el que se desarrolla la vida cotidiana del niño. Actualmente se ha de tener en cuenta que los medios de comunicación influyen en los tipos de alimentos que se incluyen en la dieta.
- Una dieta adecuada favorecerá el desarrollo saludable del sistema cardiorrespiratorio y musculoesquelético, y el mantenimiento del equilibrio calórico, evitando el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, se han obtenido las siguientes conclusiones:

- Las etapas preescolar y escolar son dos etapas fundamentales para una buena evolución y un desarrollo adecuado que repercutirán en la calidad de la edad adulta.
- La etapa preescolar se caracteriza por un crecimiento lento y por un elevado aporte proteico mientras que en la etapa escolar el crecimiento es más lineal y

requiere un mayor aporte calórico.

- Es necesario conocer las necesidades nutricionales de los niños así como los distintos tipos de alimentos y las cantidades que se han de incluir en la dieta.
- La pirámide de los alimentos representa un pilar fundamental en la etapa escolar y preescolar. Es necesario saber combinar estos alimentos para aportar una dieta equilibrada y que cubra las necesidades en estas etapas.
- Se ha de realizar especial hincapié en las costumbres alimentarias ya que serán la base de su futuro patrón nutricional así como a la practica regular de actividad física ya que genera una serie de beneficios que incluyen un crecimiento y un desarrollo saludable del sistema cardiorrespiratorio y musculoesquelético, y el mantenimiento del equilibrio calórico, y por tanto, un peso saludable así como la prevención de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Debido a las características sociodemográficas de nuestro país debemos fomentar la dieta mediterránea ya que cumple todos los requisitos nutricionales en los que se ha de basar la dieta de un niño .

6 Bibliografía

- <https://www.analesdepediatria.org/>
- <https://www.guiainfantil.com/>
- <https://www.aeped.es>
- <https://www.alimmenta.com>
- <http://www.sup.org.uy/>
- <http://www.nutricion.org/i>
- <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v39n3/art06.pdf>
- <http://www.paidopsiquiatria.cat>
- <https://docplayer.es/>
- <https://es.slideshare.net/mpazvaleria/etapa-preescolar-15417811>
- <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR>.
- <https://www.diariosur.es>

Capítulo 168

PACIENTES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL: CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR

LARA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Diversidad funcional ¿Qué es?

Durante años la sociedad se ha referido a este colectivo utilizando la palabra “discapacitado”, actualmente, se está luchando para cambiar dicho concepto, con el objetivo de actualizarse y referirse a estas personas como personas con diversidad funcional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Al definir la discapacidad intelectual también es necesario definir los términos deficiencia, minusvalía, incapacidad y discapacidad.

Para definir estos términos la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980: Por lo tanto, la OMS (1980) entiende por:

Deficiencia: toda pérdida o anomalía permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.

Las deficiencias pueden ser:

- Físicas: amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas que dificultan llevar una vida con normalidad y es necesario el uso de determinadas ayudas técnicas.
- Sensoriales: problemas de visión, audición o lenguaje.
- Psíquicas: enfermedades o trastornos mentales.

Minusvalía:

Es la “situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, sexo y los factores sociales culturales”. La minusvalía incluye tres factores:

- La existencia de una desviación respecto a la normal.
- Su importancia depende de las normas culturales.
- Suele suponer una desventaja que puede ser de independencia física, de movilidad, de ocupación y de integración social.

El término Incapacidad es también usualmente confundido con el término de discapacidad.

2 Objetivos

- Exponer la producción científica respecto al cansancio del rol del cuidador en pacientes con diversidad funcional.
- Descubrir las alternativas para superar dicho estado.
- Analizar las relaciones y asociaciones entre el cansancio del rol de cuidador y los pacientes con diversidad funcional.
- Valorar las diferencias en función de sexo, edad y características físicas.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática cualitativa sobre la información existente del tema elegido. La información se se-

leccionó a través de artículos científicos, tesis doctorales y estudios publicados a través de las bases de datos existentes. El objeto de estudio fue la producción científica nacional e internacional de los últimos años. Las bases de datos utilizadas fueron: Medline, Science direct, pubmed y google académico. Las palabras clave fueron: cansancio, cuidador, diversidad funcional. El idioma principal para elegir de las referencias bibliográficas publicadas fue el castellano.

4 Resultados

Tras analizar los resultados obtenidos a través de los distintos artículos científicos seleccionados se obtuvieron los siguientes resultados sobre el tema elegido:

Tipos.

Según la Clasificación internacional de funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) se pueden identificar diferentes tipos de deficiencias derivadas de las distintas discapacidades. Se clasifican en tres tipos:

- Deficiencias físicas, abarcan las anomalías del aparato locomotor, las extremidades, el sistema nervioso e incluso alteraciones viscerales (aparato respiratorio, digestivo, genitourinario, endocrino-metabólico e inmunitario).
- Deficiencias mentales, que comprenden todos aquellos trastornos relacionados con el funcionamiento intelectual y la capacidad adaptativa.
- Deficiencias sensoriales, referidas a las alteraciones relacionadas con la vista, el oído y el lenguaje.

Grados.

Una vez que conocemos más sobre el término de discapacidad/diversidad intelectual vamos a hablar sobre los distintos grados que existen.

Las personas con DI a lo largo de su vida se van a encontrar con numerosas dificultades a las que tendrán que hacer frente y según este nivel de dificultad serán considerados con mayor o menor grado de discapacidad. La discapacidad no es una condición homogénea, si no que existen distintos tipos de discapacidad intelectual en función del grado de esta.

Según el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, el cual ha sufrido modificaciones, existen 4 grados diferentes de discapacidad, estos son, leves, moderados, graves y profundos.

Discapacidad intelectual leve

El 85% de personas con discapacidad intelectual pertenecen a este grupo. Se entiende por discapacidad intelectual leve o ligera a aquella que poseen las personas con un Cociente Intelectual (CI) que se sitúa entre 50 y 70, correspondiendo a dos desviaciones típicas por debajo de la media poblacional.

Las personas con discapacidad intelectual leve tienen principalmente un retraso en el campo cognitivo y una leve afectación en el sensorio-motor. Los niños con discapacidad intelectual leve suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación entre los 0 y 5 años de edad, y muestran un deterioro mínimo en áreas sensoriales y motoras. A pesar de que las capacidades de aprendizaje están ligeramente atrasadas son capaces de leer, escribir y realizar cálculos, aunque tarden más en el aprendizaje.

La memoria, las funciones ejecutivas y el pensamiento abstracto se ven afectadas. Se trata de personas autónomas capaces de formarse y ejercer una actividad profesional en el futuro, precisando de apoyo, orientación social y asistencia en situaciones concretas.

Discapacidad intelectual moderada

El grado de discapacidad intelectual es mayor, por lo tanto, las dificultades serán mayores. Este grupo constituye entorno al 10% y al 14% de las personas con discapacidad intelectual. Las personas con un grado moderado de discapacidad intelectual se sitúan en un CI de entre 35-50.

Los niños con discapacidad intelectual moderada adquieren lentamente los conocimientos y el uso del lenguaje, existiendo una gran diferencia con respecto a los demás. Necesitan ayuda a la hora de realizar tareas que exijan procesos complejos. La comunicación social es eficiente, aunque poco compleja. Son capaces de tomar sus propias decisiones y responsabilizarse de ellas, además, establecer relaciones con el entorno y mantener vínculos con personas ajenas a la familia.

A nivel educativo suelen poder beneficiarse de formación a través de actividades sociales, pero resulta complicado avanzar más allá de educación secundaria. Es por ello que reciben formación laboral específica, de cara a realizar trabajos poco cualificados y con supervisión

Discapacidad intelectual grave

La discapacidad intelectual grave constituye entre el 3% y el 4% de las personas con discapacidad intelectual. Las personas con un grado grave de discapacidad

intelectual se sitúan en un CI de entre 20-35. El lenguaje es posible, centrándose siempre en el presente, adquieren un nivel mínimo de lenguaje comunicativo, son capaces de decir palabras sueltas y frases simples, teniendo poca comprensión de la lectura.

A pesar de que necesitan supervisión continua, son capaces de realizar actividades básicas de auto-cuidado y adaptarse a la comunidad o a su familia, a no ser que tenga alguna otra discapacidad asociada. A nivel educativo, obtienen resultados limitados en materias relacionadas con la alfabetización y operaciones matemáticas simples, teniendo poca comprensión de la lectura.

Discapacidad intelectual profunda

Es el grado más alto de discapacidad intelectual y también el menos frecuente, constituye el 1% y el 2% de las personas con discapacidad intelectual. La mayoría de ellas sufren una enfermedad neurológica y otras discapacidades graves. Las personas discapacidad intelectual profunda tienen un CI inferior a 20.

Tienen un conocimiento muy limitado de la comunicación simbólica. Pueden llegar a comprender instrucciones y gestos sencillos y directos.

Son capaces de llegar a utilizar objetos de auto-cuidado, trabajo u ocio, pero es posible que otras alteraciones se lo impidan, por lo que es necesario adaptarlo especialmente para ellos con anterioridad. Son dependientes para la mayoría de las actividades, aunque pueden ayudar en algunas actividades, posibilitando que participen en la vida cotidiana del hogar y la sociedad. Disfrutan de la relación con personas conocidas. Necesitan ser cuidados de manera constante y un nivel de supervisión muy elevado.

Epidemiología.

A nivel mundial, según los últimos datos publicados por la OMS en 2015, el 15% de la población mundial padece algún tipo de diversidad funcional. Todo parece indicar que este número va en aumento como consecuencia de factores como el incremento de la esperanza de vida, envejecimiento de la población, factores culturales asociados con la sociedad y estilo de vida modernos.

El último registro de la base de datos estatal española llevada a cabo en 2013 nos dice que dentro de la población española, el 5,44% tiene reconocido algún tipo de diversidad funcional igual o superior al 33%, del cual un 49,28% son hombres y un 50,72% son mujeres.

Evolución histórica, postura social.

A lo largo de la historia las sociedades han mostrado actitudes muy dispares respecto a las personas con diversidad funcional, con una pobre consideración de esta como característica común.

En las culturas antiguas la discapacidad tenía un enfoque mágico-religioso, de forma que eran las fuerzas sobrenaturales las que ponían a prueba o castigaban a las personas con la discapacidad. El tratamiento estaba, por tanto, relacionado con la magia (chamanes o brujos) y la actitud social era la de rechazo o incluso propiciar la muerte de las personas con discapacidad. Durante la Prehistoria se abandonaban o se ejecutaban a las personas con discapacidad.

En las sociedades hebreas las personas con defectos físicos se consideraban que estaban marcadas por el pecado y debían limpiar sus culpas, por lo que acudían para la curación a la piscina (piscina de Siloé, por ejemplo).

En las culturas antiguas del África occidental se utilizaban a las personas con defectos físicos o mentales para ahuyentar al demonio, considerándolos poseedores de un don especial, hasta incluso dioses.

En la antigua Grecia, en Esparta cuando un niño nacía era sometido al Consejo Revisor, que decidía si este era sano o débil y deforme; si tenía alguna deficiencia, los sabios del Consejo los despeñaban desde el monte Taigeto. Aristóteles consideraba a las personas con discapacidad “hombres que debían vivir en madrigueras de conejos”. Durante el Imperio Romano las personas discapacitadas se consideraban seres incapaces de ejercer por sí solo sus derechos. Crean la curatela para regular los derechos civiles de las personas con discapacidad mental y administrar sus bienes (*sui iuris púber*). Las personas con discapacidad mental eran los furiosis, y con discapacidad cognitiva los mente captus. Eran además culpados como chivo expiatorio de guerras, sequías, malas cosechas, enfermedades epidémicas, muertes inexplicables y crisis económicas.

Desde el s. XV al XIX, se tiene un enfoque técnico secularizado de la discapacidad: esta se debe a fenómenos naturales y a accidentes. El tratamiento que se da a la discapacidad se relaciona con el de una enfermedad, con una actitud social que establece el aislamiento o internamiento masivo y cronificado en instituciones.

En la Edad Media los trastornos mentales se relacionan con lo diabólico y demoníaco. La inquisición apoyó de hecho la exterminación de las personas con discapacidad. Durante esta época se construyeron ciudades amuralladas para aislar

a las personas con discapacidad, para posteriormente exhibirlos como entretenimiento en zoológicos o espectáculos de la Corte.

En la Edad Moderna las personas con discapacidad se consideran una carga social y económica, incapaces de vivir vidas exitosas. En esta época se desarrollan las primeras prótesis. Nacen las primeras instituciones de educación especial. La sociedad empieza a asumir su responsabilidad asistencial. Louis Braille (1825) pedagogo francés que diseñó un código táctil específicamente diseñado para facilitar la lectura y la escritura de los alumnos con discapacidad visual de una forma mucho más rápida y eficaz en comparación con los métodos existentes en aquel momento. Su sistema es conocido internacionalmente como sistema Braille y es usado tanto en la escritura como en la lectura y la notación musical. Esta herramienta fue crucial para facilitar el acceso a la educación, la cultura y la información a personas con discapacidad visual.

Es a finales del siglo XIX con la finalización de la II Guerra Mundial, cuando se adopta un enfoque médico y asistencial de la discapacidad, proporcionando atención educativa y asistencial a las personas, pero donde predomina una actitud social paternalista con un fuerte efecto estigmatizador.

¿Por qué necesitan supervisión/ cuidados? Limitaciones, barreras.

Aunque a día de hoy, este problema está disminuyendo exponencialmente en importancia y concienciación, sin embargo, las barreras arquitectónicas con las que, estos pacientes, se encuentran a día de hoy supone un problema para su completa independencia.

La mayoría de los edificios, servicios públicos etc. presentan una inadaptabilidad de sus espacios. Además, también cabe destacar la necesidad de una mejora en las tecnologías de asistencia, productos y espacios. Si estas limitaciones no se superan van a producir problemas físicos adicionales, abandono del uso de estos sistemas, con la consecuente disminución de la calidad de vida, autonomía, inseguridades y baja adaptación social.

Hasta que la sociedad tome conciencia de este cambio, las personas con diversidad funcional van a necesitar de un apoyo que les facilite la vida diaria. Si esta situación no se resuelve, y necesitan de ayuda durante mucho tiempo, puede que el cuidador se vea fatigado produciéndose lo que se denomina como “cansancio del rol del cuidador”

Cuidar, ¿Qué significa?

En la actualidad, la atención en el domicilio va en aumento cada vez más, por lo que nos encontramos con familiares que deben hacerse cargo de los pacientes (ya sea por edad, diversidad funcional o enfermedad) en el domicilio. Esta situación genera importantes cambios en la estructura familiar, así como en los papeles y hábitos de sus miembros.

La presencia de un miembro de la familia que precisa cuidados genera una nueva situación familiar que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar y en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Estos cambios pueden poner en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar a todos sus componentes, especialmente al cuidador principal, que es el miembro que mayor sobrecarga física y emocional va a soportar.

Esta atención en el domicilio se lleva a cabo por dos sistemas: el formal y el informal. El sistema formal lo forma el sistema sanitario a través de Atención primaria. El sistema informal lo prestan las familias y va a suponer el 88% de los cuidados que precisan los pacientes.

Se define como cuidador principal a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello8 .

El perfil del cuidador informal principal viene marcado por el factor género, recae mayoritariamente en las mujeres (84%), de mediana edad, que realizan labores de ama de casa, normalmente casada y que además de ocuparse del cuidado de su familia, tiene la responsabilidad principal y atención a esa persona dependiente, con la que puede tener una relación de esposa, madre o hija.

Es importante señalar que el tiempo de cuidado informal se emplea con la finalidad principal de tratar discapacidades relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (administración de comida, bebida y cuidado personal, desplazamientos en el hogar etc....) y las actividades instrumentales de la vida diaria (salidas, visitas a amigos y familiares, desplazamientos sanitarios, trámites oficiales, administración de medicamentos, gestión de las finanzas etc....).

Como consecuencia a esta situación se produce en el cuidador un sentimiento de carga, incomodidad o molestia provocada por la prestación de dichos cuidados. Aparece así, lo que algunos autores denominan: "Síndrome del rol de cuidador". Este se define como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de

que el cuidador se convierta en paciente y se produzca la claudicación familiar.

Podemos distinguir dos tipos de cargas:

- Carga objetiva: relacionada con la dedicación en el rol de cuidador, el tiempo, la carga física, actividades objetivas, y la exposición a situaciones que pueden producir estrés.
- Carga subjetiva: se relaciona con la manera de percibir dicha situación, la respuesta emocional del cuidador ante la experiencia del cuidar. Se puede definir como un sentimiento psicológico asociado al hecho de cuidar.

Para valorar la carga del cuidador por parte del personal de enfermería se utiliza la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit”, validada y ampliamente utilizada en la actualidad. Se trata de un cuestionario que consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas, que puntúan del 0 al 4 y con rango de 0 a 88 puntos en total. Establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida:

- < 47 Ausencia de sobrecarga
- Entre 47 y 55 Ligera sobrecarga
- > 55 sobrecarga intensa.

El Zarit Burden Inventory, conocido en nuestro medio como cuestionario de Zarit (aunque tiene diversas denominaciones tanto en inglés como en español), es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga, sí es el más utilizado y se dispone de versiones validadas en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, chino, japonés, etc. La versión original en inglés, que tiene copyright desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Esta codificación en una escala de 0 a 4 es la que se sigue en las versiones del cuestionario en todos los idiomas, o al menos no hemos encontrado ninguna en la cual se modifique esta codificación original.

Factores relacionados

Estado de salud del receptor de los cuidados

- Problemas cognitivos y psicológicos. Aquellas personas con diversidad funcional son más dependientes que las que no lo padecen, por ese motivo se ve aumentado el número de cuidados que debe ofrecer el cuidador y puede producir cansancio en el desempeño de su rol. El índice de esfuerzo es mayor en pacientes con enfermedades neurológicas, mentales y con deterioro cognitivo. Además, la fase en la que se encuentre este tipo de paciente va a ser condición determinante en la cantidad de tiempo invertido en sus cuidados y por tanto de la sobrecarga del cuidador.
- Cronicidad de la enfermedad. Se ha demostrado que la presencia de diferentes trastornos crónicos aumenta de forma directa la cantidad de cuidados informales que habrá que proporcionar a este paciente, generando limitaciones funcionales que afectarán de forma indirecta en la intensidad de los cuidados. Los cuidadores informales no combaten la enfermedad crónica, sino que la manejan y esta actividad implica más de lo estrictamente médico.
- Gravedad de la enfermedad. Existe una relación positiva entre la progresión de la enfermedad y la intensidad de los cuidados. Así pues, podemos señalar que la gravedad de la enfermedad del paciente cuidado es un factor directo con una elevada repercusión para el desarrollo del cansancio del cuidador.
- Crecientes necesidades de los cuidados. Las personas que otorgan el cuidado informal a familiares que presentan una enfermedad crónica, en muchas ocasiones poseen una serie de necesidades que nadie atiende y que representan un costo invisible que debe ser absorbido por ellos mismos, pudiendo verse afectada la sobrecarga del cuidador informal.
- Salud inestable del receptor de los cuidados. El cuidador puede llegar a claudicar en su desempeño de los cuidados por la continua e intensa necesidad de cuidados por parte del receptor de estos.
- Conductas problemáticas. Para evitar el cansancio del cuidador, es importante que la persona a cuidar tenga un comportamiento social normal y no altere su comportamiento a medida que pasa el tiempo. Este aspecto está relacionado con la esfera intelectual y de comunicación, aspecto importante para favorecer cualquier relación humana .
- Imposibilidad para predecir el curso de la enfermedad. Dos de las principales preocupaciones de los enfermos dependientes son la inquietud ante el futuro respecto a su salud. Este factor está relacionado con la aparición del cansancio del rol del cuidador porque las preocupaciones del enfermo y sus problemas psicológicos pueden verse plasmadas de igual forma en el propio cuidador, aumentando así la intensidad de carga.

Estado de salud del cuidador.

- Adicción y codependencia. Los cuidadores dejan en un segundo plano los aspectos de su propia persona. El cuidador tiene la percepción de cuidado permanente de 18 a 24 horas. Un porcentaje elevado dedican la mayor parte del día al cuidado de la persona enferma. La mayoría de éstas, especialmente mujeres, consideran que cuidar de sí mismas, dedicando tiempo a satisfacer sus necesidades es una manifestación de egoísmo y si lo hacen les crea sentimientos de culpabilidad.
- Problemas cognitivos. Los problemas de salud mental que presentan los cuidadores principales parece estar relacionado con el grado de estrés que genera la responsabilidad de cuidar a un familiar. Es importante destacar que el apoyo psicológico y la intervención terapéutica tienen el objetivo de promover y mantener la salud mental del cuidador informal, proporcionándole ayudas psico-emocionales para cuidar del otro y de sí.
- Incapacidad para satisfacer sus propias expectativas. En la mayoría de los cuidadores, los intereses, motivaciones y expectativas de su proyecto de vida pasan a un segundo plano. Es importante, desde el punto de vista de Enfermería, explicarles cuáles son sus funciones dentro del sistema de cuidados del paciente, cuáles serían sus periodos de descanso, cuando debería pedir ayuda al resto de miembros de la familia (si los hubiese) y animarle a que comparta sus dudas e impresiones.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas ajenas. Los cuidadores manifiestan tener gran dificultad en la realización de los cuidados, bien sea por falta de información o por no saber resolver con habilidad los problemas que se presentan²².
- Problemas físicos y psicológicos. El cuidador principal presta menos atención a su propia salud, disminuyendo la percepción de esta, soporta sobrecarga física y estrés. En cuanto a los aspectos físicos, el que más influye según los estudios consultados son: cansancio crónico, algias musculares (dolores de espalda...) cefaleas, estrés, falta de sueño, depresión y ansiedad.
- Problemas psicológicos. La salud física y psíquica del cuidador es fundamental para poder enfrentarse a un trabajo que sobrecarga ambas esferas de la persona. En ocasiones, los intereses de uno y otro son opuestos. Además, si unimos éstos a los problemas físicos ya citados, van a producir una sobrecarga aún mayor.
- Expectativas irreales sobre sí mismo. La persona encargada de los cuidados no suele contar estos problemas que padece y sólo lo hace cuando ya son graves. No acuden a pedir ayuda a los servicios formales, bien por vergüenza o bien por miedo a fracasar, llegando incluso a creerse que esta situación es normal.

Relaciones cuidador-receptor de los cuidados.

- Antecedentes de malas relaciones. Problemas previos como la depresión, mayor en cuidadores con dificultades familiares previas a asumir el papel de cuidador principal, y puede llegar a afectar a la esfera psíquica y aumentar la sobrecarga.
- Presencia de abusos y/o violencia. El cuidado continuado hacia una persona dependiente puede provocar, en ocasiones, comportamiento agresivo por ambas partes y la sensación de exigencias excesivas por parte de la persona cuidada puede provocar una actitud arisca y violenta.

Socioeconómicos.

- Conflicto desempeño de roles. Las repercusiones negativas no son sólo sobre la salud del cuidador familiar, sino que además puede repercutir en el bienestar de su familia, principalmente cuando quien cuida debe además cumplir otros roles a la vez, como el de mujer/marido, hijo/a y trabajador/a.
- Insuficientes actividades recreativas. El cuidador principal tiene la necesidad básica de tener tiempo de dedicación a uno mismo, muchas veces ignorado por ellos, que dejan a un lado toda actividad social, recreativa y personal por las necesidades familiares.

Relación entre el personal sanitario y el paciente con diversidad funcional.

Actualmente en la sociedad, la posición de la persona con diversidad funcional sigue siendo desfavorable y culturalmente se encuentra fuera de lo aceptado como “norma social”. Esto va a jugar un papel fundamental a la hora de favorecer o no la relación profesional-paciente.

Uno de los problemas más importantes a considerar en el mundo sanitario es la falta de experiencia previa y contacto con pacientes con este tipo de alteración.

Además de los factores socioculturales, dentro del ámbito hospitalario existen otras dificultades asociadas a las necesidades específicas que este colectivo presenta. Según los enfermeros Sowney Barr, existen 6 barreras principales.

- Falta de práctica
- Falta de respeto por la individualidad.
- Dificultad de comunicación.
- Falta de comprensión entorno al consentimiento.
- Falta de conocimiento y educación.
- Naturaleza indispensable de los cuidadores.

Con el objetivo de que las relaciones sean positivas y los cuidados ofrecidos

puedan ser de la mayor calidad posible, es necesaria una colaboración por ambas partes. Los profesionales de enfermería por su parte necesitan una serie de recursos y sistemas de apoyo, además de una formación específica en este ámbito. Por parte del paciente, es necesaria una colaboración, que en la mayoría de los casos no ocurre y que va a tener una gran repercusión. Juega también un papel importante la consideración general que se tenga de esa persona y esa persona tenga de sí mismo/a. Por lo tanto, es en este momento donde la discriminación positiva y negativa merma la autonomía y la madurez de la persona, dificultando o favoreciendo un comportamiento lo más adecuado dentro de sus posibilidades personales.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos destacar la necesidad de implantar actuaciones multidisciplinares (en forma de sesiones formativas, descansos, técnicas psicoconductuales, apoyo) guiados por un equipo multiprofesional (enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, instituciones...) encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte, en beneficio de la persona atendida y del cuidador.

6 Bibliografía

1. OMS 2015. Discapacidad y Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
2. Organización Mundial de la Salud 1980, Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y minusvalías. Manual de Clasificación de las consecuencias de la enfermedad.
3. San Millán Villamediana, Belén. Personas con discapacidad intelectual y la promoción de su autonomía. Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social. Universidad de Valladolid 2018,
4. Albayrak B et al. Attiudees of nursing students toward people with disabilities. Nurse Education today, 34 (5), 878-84.
5. Instituto de Mayores y Servicios sociales 2014.
6. Fernández Almendro, Lilián. ¿Es necesario educar en diversidad funcional a los alumnos de Grado en Enfermería?. Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Universidad de Comillas. 2016.
7. Gragera Martínez R et al. Máster en Cuidados a personas con diversidad funcional. Educación inclusiva. Módulo 1. Concepto de diversidad. Tipos de discapacidad y atención específica a las personas con discapacidad en las aulas.

8. López Gil M.J et al. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre la calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam.* 2009;2 (7): 332-334.
9. Ubiergo Ubiergo MC et al. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enferm Clín.* 2005;15(4):199-205.
10. Serrano Molina L et al. Análisis de las necesidades y expectativas de pacientes, cuidadores familiares y cuidadores contratados en el servicio de visita domiciliaria en Atención Primaria. *Enfm Comun.* 2011;7(1).
11. Bódalo-Lozano E. Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. *Portularia.* 2010;10(1):85-97.
12. Zarit SH et al. Relatives of the impaired elderly correlates of feelings of burden. *Gerontologist.* 1980;20:649-655.
13. Regueiro Martínez A et al. Escala Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2007;39(4):185-188.
14. Moreno Gaviño L et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria.* 2008;40(4):193-198.
15. Rivera B et al. Provisión de cuidados informales y enfermedad de Alzheimer: valoración económica y estudio de la variabilidad del tiempo. *Hacienda pública Esp.* 2009;26(4):53-67.
16. Villareal Reyna MA et al. El coste humano oculto de la enfermedad del Alzheimer. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2007;15(8):361-364.
17. Vázquez Sánchez MA et al. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol del cuidador. *Enfm Clín.* 2005;15(2):63-70.
18. Landeros Pérez ME et al. Cansancio del rol de cuidador en el hogar. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2006;14(8):308-310.
19. Huitzache Martínez ME et al. Apoyo educativo de enfermería al cuidador principal el paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2009;17(6):246-251.
20. Costa Pacheco MJ et al. Anciano que cuida de anciano. *Gerokomos.* 2007;18 (3): 127-134.
21. Orta González MA et al. Atención al cuidador/a principal desde Atención Primaria de Salud. *Metas enferm.* 2007;10(6):18-22.
22. Ríos Ortiz AM et al. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador. *Metas enferm.* 2001;4(7):30-36.
23. Orueta-Sánchez R et al. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. *Aten Primaria.* 2011;43(9):490-496.
24. Cuesta Benjumea C. El cuidado del otro; desafíos y posibilidades. *Invest Educ Enferm.* 2007;25(1):106-112.

25. Da Silva MJ et al. Evaluación de la presencia del síndrome de Bournout en cuidadores ancianos. *Enferm Global*. 2009;8(16).
26. Lewis S et al. An investigation of nursing staff attitudes and emotional reactions towards patients with intellectual disability in a general hospital setting. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.2009;23(4); 255-265.

Capítulo 169

PACIENTE ONCOLÓGICO: TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS

LARA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Hoy en día los cuidados al final de la vida persiguen mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, los problemas cardíacos, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas etc. Manteniendo el máximo confort y autonomía para la satisfacción de sus necesidades hasta el final de la vida, tanto para el paciente como para sus familiares¹.

Dado el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la necesidad de implantar unos cuidados paliativos de calidad resulta esencial. Para lograr dicha calidad de vida uno de los objetivos principales de los profesionales sanitarios es el control y alivio de la sintomatología característica de estas enfermedades².

El diagnóstico de cáncer en un paciente supone una serie de cambios importantes tanto en la vida del paciente como en la de su familia. Su calidad de vida (dolor, fatiga, pérdida de imagen corporal, ansiedad, etc.) se verá alterada como consecuencia de su enfermedad y de los tratamientos recibidos³.

Esto va a producir con relativa frecuencia que los pacientes con cáncer presenten algún grado de ansiedad, depresión, angustia o miedo, relacionados con la evolución de su enfermedad, con las complicaciones que pudiesen presentarse, con

los posibles efectos secundarios derivados del tratamiento, con el dolor o con el afrontamiento de la muerte⁴.

Entre los síntomas de la ansiedad o el miedo que pueden presentar los enfermos con cáncer, podemos encontrar:

- Expresión facial de ansiedad.
- Preocupación descontrolada.
- Dificultad para resolver problemas y para concentrarse.
- Tensión muscular.
- Temblor o estremecimiento.
- Intranquilidad (puede sentirse agitado o nervioso).
- Sequedad bucal.
- Irritabilidad.

La presencia de todos o de algunos de estos síntomas va a propiciar que la enfermera planifique las diferentes intervenciones y actividades para poder paliar esta sintomatología⁵.

Para solucionar estos problemas, en muchas ocasiones, la sintomatología se ve obligada a emplear numerosos fármacos, los cuales pueden provocar numerosos efectos secundarios no deseados. No obstante, existen además otros métodos para el control de estos síntomas pudiendo lograr resultados satisfactorios³.

Mediante este trabajo se pretende describir una serie de terapias alternativas o complementarias que existen a la medicina tradicional o habitual. Se tratará también de extender su utilización dentro del ámbito de la enfermería, con el fin de contribuir a liberar al paciente del dolor, mejorando su calidad de vida durante el proceso de la enfermedad o en la etapa final de la vida.

La OMS define a las medicinas tradicionales como “la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias indígenas de diferentes culturas, sean o no explicables, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales⁶.”

Sin embargo el concepto de medicina tradicional es usado erróneamente por muchas personas para referirse al modelo biomédico u occidental, ya que es el único conocido.

En otro documento de la OMS “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”, perfila más esta definición y utiliza la Medicina Tradicional cuando

se hace referencia a la África, Latinoamérica, Sudeste Asiático y/o al Pacífico Occidental. Mientras que habla de Medicina Complementaria y Alternativa cuando se hace referencia a Europa, Norteamérica y Australia⁶.

Los términos medicina complementaria o medicina alternativa aluden a un amplio “conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante⁷”.

De esta forma, cuando la OMS hace referencia en sentido general a todos los países o regiones utiliza el término de MT/MCA (Medicina Tradicional/ Medicina Complementaria y Alternativa)

Por otro lado el National Center For Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) en EEUU define la medicina complementaria y alternativa como un “conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional”. Considera como medicina complementaria la que se utiliza conjuntamente con la medicina convencional, mientras que la medicina alternativa es la que se emplea en lugar de la medicina convencional⁸.

En este trabajo se utilizará esta última definición para establecer una clasificación de las distintas terapias.

El NCCAM utiliza una clasificación pragmática de las terapias y sistemas de la medicina complementaria y alternativa en cinco áreas, aceptando cierto grado de solapamiento, dado que los denominados sistemas integrales o completos comprenden prácticas de todas las áreas. En base a ello, se ha hecho una propuesta de clasificación de las terapias naturales⁸. (Tabla 2)

Clasificación

Sistemas integrales o completos

Son los que se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica. Ejemplos de sistemas integrales de culturas occidentales incluyen la homeopatía, la medicina naturista y la naturopatía. La homeopatía busca estimular la capacidad del cuerpo de curarse a sí mismo mediante dosis muy pequeñas de sustancias altamente diluidas. La medicina naturista fomenta la terapéutica fundamentada en el apoyo a la tendencia espontánea a la curación y la higiene entendida como un modo de vivir que mantenga y robustezca la salud. La naturopatía tiene como objetivo estimular la capacidad del cuerpo de curarse a través de cambios en la

nutrición y el estilo de vida.

Ejemplos de sistemas que se han formulado en culturas no occidentales incluyen la medicina tradicional china y una de las técnicas por ella utilizada, que es la acupuntura que estimula puntos anatómicos del cuerpo. Otro ejemplo de sistema integral es el Ayurveda, de origen en la India, y cuyo objetivo es integrar el cuerpo, la mente y el espíritu para prevenir y tratar enfermedades.

- Homeopatía. Es un sistema médico integral que se originó en Europa, con un enfoque holístico de la curación. El término "homeopatía" deriva del griego (Homoios: similar) y (pathos: sufrimiento, enfermedad). La homeopatía y la medicina homeopática (homeo pathos) utilizan un enfoque alternativo de la medicina occidental (allo pathos), basándose en el principio de similitud y la premisa de "semejante cura lo semejante" (en latín: similia similibus curentur), el estímulo de las propias defensas naturales y la capacidad de curación del cuerpo humano. El tratamiento homeopático comprende la administración individualizada de dosis extremadamente pequeñas de las mismas sustancias que producen un determinado síntoma utilizadas a dosis muy diluidas para aliviar dicho síntoma. Esta nueva aproximación fue propuesta a finales del siglo XVIII por Samuel Hahnemann. Aunque se han formulado varias teorías para explicar los posibles mecanismos de acción de la homeopatía, ninguna ha sido científicamente verificada. En muchos países occidentales, entre ellos España, la autorización, registro y dispensación de los medicamentos homeopáticos están regulados por normas que afectan a los medicamentos de uso humano.

- Medicina naturista. La Medicina naturista, en la que un médico aplica el criterio naturista de tradición hipocrática, tiene como objetivo el estímulo de la capacidad curativa del organismo (*vis medicatrix naturae*, de los antiguos) introduciendo cambios en la nutrición, hábitos y estilos de vida. Para ello utilizan una dieta naturista básicamente ovo-lacto-vegetariana, la hidroterapia, la sofrología y el yoga, y finalmente los cambios en el estilo de vida aplicando las normas de vida sana. Todo este sistema terapéutico típicamente naturista, no excluye la aplicación de cualquier otro tipo de terapia que cumpla el axioma de estímulo de la capacidad curativa natural del paciente.

- Naturopatía. Se fundamenta en el uso de elementos de la propia naturaleza para, utilizando la capacidad innata del cuerpo, alcanzar y mantener un buen estado de salud, o facilitar los mecanismos de equilibrio y curación que posee el propio organismo. La naturopatía promueve el principio de no hacer daño y la prevención y promoción de las capacidades de curación, utilizando una gran variedad de

productos naturales, técnicas y procedimientos que incluyen dieta y suplementos nutricionales, terapia herbal, ejercicios físicos, masaje y manipulación de las articulaciones y otros.

- Medicina tradicional china. Es un compendio de sabidurías tradicionales de curación que se desarrolló desde el inicio de nuestra era hasta el 1600 proveniente de China. Se fundamenta en que la energía vital (Qi) regula el equilibrio espiritual, emocional, mental y físico y está afectado por las fuerzas opuestas del "yin" (energía negativa) y el "yang" (energía positiva). La enfermedad ocurre cuando se altera el flujo del Qi. Este tipo de medicina comprende terapias de hierbas, dietas y uso de nutrientes, ejercicios físicos, meditación, acupuntura y moxibustión, masajes terapéuticos, prescripciones de farmacopea china y otras.

- Acupuntura. Es un procedimiento milenario de curación y forma parte nuclear de la medicina tradicional china. Su extenso desarrollo y la amplia difusión de su uso en occidente justifican que sea destacada de forma independiente en esta clasificación. El término acupuntura describe una serie de técnicas que comprenden la estimulación de puntos anatómicos del cuerpo utilizando distintas técnicas. La más usada y estudiada es la introducción de finas agujas metálicas en la piel y su manipulación con las manos, el calor o la estimulación eléctrica. En la concepción del equilibrio y la salud de la medicina tradicional china, el balance entre las fuerzas opuestas del yin y el yang y el mantenimiento del flujo de la energía vital (Qi) a través de los denominados meridianos, puede ser restablecido mediante la acupuntura en puntos específicos del cuerpo que conectan las redes del flujo de la energía vital. Como técnica se usa en el alivio del dolor, mejora del bienestar, y el tratamiento de patologías agudas, crónicas y degenerativas. La acupuntura contemporánea no se ciñe exclusivamente a las bases filosóficas de la medicina china, sino que implementa conceptos neurofisiológicos.

- Ayurveda. Es un antiguo sistema milenario de medicina originario de la India. El objetivo de los procedimientos usados en el Ayurveda (ciencia de la vida) es restaurar y mantener el equilibrio básico entre el cuerpo, la mente y el espíritu, desde una perspectiva integral del sujeto y su entorno básico de desarrollo, en su comunidad, su trabajo y su vida familiar. Incluye múltiples procedimientos como el consejo nutricional y sobre estilos de vida, el masaje, la terapia herbal, el yoga, la meditación y otros utilizados en un amplio espectro de síntomas y enfermedades.

Prácticas biológicas

Las prácticas biológicas emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, usadas por su sabor, aroma o posibles propiedades terapéuticas, como hierbas, flores, hojas, cortezas de árboles, frutas, semillas, tallos y raíces, alimentos y vitaminas. Algunos ejemplos incluyen el uso de los suplementos dietéticos, algunos incorporados a la medicina convencional, productos de herboristería, y otros productos denominados "naturales".

- Fitoterapia, terapia herbal. Es el uso de plantas naturales o de sustancias vegetales para el tratamiento de un amplio rango de síntomas y enfermedades y la mejoría de las funciones de los órganos y sistemas corporales. Es una modalidad de amplio uso en todo el mundo y que forma parte de otros sistemas completos de atención a la salud como la naturopatía, la medicina tradicional china y el Ayurveda. Gran parte de su extenso uso se hace en forma de autoconsumo. En muchos países occidentales, como ocurre en España, está regulada la producción, la autorización, el registro, la distribución y la dispensación de productos de origen vegetal, bien a través de la legislación alimentaria o de la de medicamentos tradicionales a base de plantas.

- Terapia nutricional, Tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas. Comprende el uso de nutrientes y alimentos para ayudar al propio cuerpo a recuperar o mantener el equilibrio y la salud. El consejo dietético y nutricional está ampliamente integrado en la medicina convencional occidental de base científica. Se incluye como terapia natural, complementaria o alternativa cuando constituye un elemento nuclear en el proceso de manejo de la salud-enfermedad en sistemas conceptualmente alternativos de cuidados de salud.

Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo

Estas prácticas hacen énfasis en la manipulación o en el movimiento de una o más partes del cuerpo, como por ejemplo, la quiropráctica y la osteopatía. La convicción fundamental es que todos los sistemas del cuerpo trabajan conjuntamente de forma integrada, y los trastornos en un sistema pueden afectar el funcionamiento en otras partes del cuerpo.

- Osteopatía. Es un sistema de medicina manual que focaliza su atención en las relaciones existentes a nivel anatómico y fisiológico entre las diferentes estructuras corporales, que ofrece cuidados de salud comprensivos, que pueden incluir la prevención y el tratamiento, centrando su atención en alteraciones del aparato locomotor. La osteopatía podría también considerarse como un sistema completo de salud, pues su filosofía es el tratamiento de la persona en su totali-

dad, no solo de sus síntomas (American Academy of Osteopathy). Presta especial atención a la relación existente entre la estructura y las funciones del cuerpo, buscando dar un estímulo para favorecer la autorregulación del mismo mediante los propios mecanismos que el cuerpo posee. El tratamiento siempre se realiza con las manos y busca entre otras cosas, mejorar el flujo de sangre y la recogida linfática en el tejido a tratar.

- Quiropraxia, quiromasaje y drenaje linfático manual. La quiropraxia trata y previene los desórdenes del sistema musculoesquelético y sus efectos sobre el sistema nervioso y la salud general. Pone énfasis en las técnicas manuales, incluyendo los ajustes articulares y/o manipulación y se centra especialmente en las subluxaciones (el pinzamiento de un nervio). Corrige las subluxaciones vertebrales, devolviéndole así la integridad al sistema nervioso y al cuerpo su capacidad innata de autorrecuperación. El quiromasaje es el método que aplica maniobras de forma sistemática a estructuras del cuerpo humano, mediante la aplicación de una fuerza externa con las manos, con el propósito de mejorar el estado general y local del usuario. Dentro de esta técnica encontramos maniobras de exploración, preparación, amasamientos, percusiones y maniobras específicas.

- Reflexología. Es la práctica de estimular puntos reflejos localizados en los pies, las manos, o los pabellones auriculares, mediante la aplicación de presión con el objetivo de obtener efectos beneficiosos reactivos sobre otros órganos y funciones del cuerpo. Se habla así de reflexología podal, de la mano, auricular, del cuero cabelludo, abdominal, etc.

- Shiatsu y sotai. El shiatsu es una práctica milenaria procedente de Japón que consiste en la aplicación de una presión manual firme con los dedos pulgares y las palmas de las manos (acupresión) realizada sobre los puntos de acupuntura, para equilibrar la circulación de la energía del cuerpo (Qi o Chi), con el objeto de aliviar el dolor y la enfermedad y mantener la salud. Sus raíces teóricas y prácticas provienen de la filosofía y de las antiguas tradiciones orientales de curación, y en la concepción holística de la vida y la salud basada en ellas. El objetivo del shiatsu es estimular y apoyar los procesos naturales de auto-curación, de bienestar y crecimiento personal, y mantener la salud, buscando el equilibrio del sistema energético de la persona. El sotai es un tratamiento de origen japonés basado en los conocimientos de la medicina tradicional china y japonesa, combinados con estudios y experiencias de la medicina occidental para la sincronización muscular y articular. Su objetivo es favorecer el equilibrio corporal de una manera suave y acorde con nuestra naturaleza. Es una técnica de movimientos activos

del receptor, con resistencia de neutralización por parte del especialista de sotaí.

- Aromaterapia. Es una terapia que utiliza aceites esenciales destilados de plantas (como camomila, espliego, geranio, madera de cedro, etc.) inhalados o bien aplicados en la piel o en baños con el objetivo de mejorar el bienestar, reducir la ansiedad, el estrés, la alteración emocional, etc.

Técnicas de la mente y el cuerpo

Incluye prácticas que se concentran en la interacción entre la mente, el cuerpo y el comportamiento, y técnicas de control mental para afectar las funciones físicas y promover la salud. Entre ellas destacan el yoga y la meditación. Otras prácticas que pueden incluirse en este grupo son la oración, la curación mental y las técnicas que emplean soluciones creativas relacionadas con el arte, la música o la danza, cuando se utilizan como terapias.

- Yoga. El yoga utiliza una variedad de técnicas diseñadas con el fin de afianzar la capacidad de la mente para afectar la función y los síntomas corporales. Es un término que agrupa conceptos y prácticas muy amplias y variadas derivadas de filosofías orientales. Como terapia utiliza prácticas posturales, técnicas y ejercicios respiratorios, técnicas de meditación y relajación y orientaciones verbales, encaminados a obtener relajación, bienestar y a mejorar las funciones mentales y físicas.

- Meditación. La meditación es un procedimiento de concentración mental que emplea distintas técnicas para limitar los estímulos externos y relajar el cuerpo y la mente. Es un término general que incluye un amplio rango de prácticas y técnicas. La meditación implica un proceso de entrenamiento para el control del nivel de atención y el estado de conciencia, limitando el efecto de los estímulos exteriores y focalizando la atención en un punto, palabra u objeto de forma que se genera una sensación de armonía e integración de cuerpo y mente y un estado de relajación y alivio.

- Kinesiología. Comprende el estudio y análisis de los músculos y el movimiento corporal. Usa de forma organizada los mecanismos de facilitación e inhibición funcional, utilizando principalmente el test muscular cualitativo para evaluar los diversos grados y posibilidades de afectación de estrés de la persona, actualizando sus mecanismos de adaptación en un proceso integrador que considera la estructura, la fisiología, la nutrición, los aspectos cognitivos, afectivos y sociales así como la energía vital del ser humano.

- Hipnoterapia, sofronización. Conjunto de técnicas que permiten superar el estado de conciencia y así facilitar la relajación profunda, la reducción del dolor y el tratamiento de ciertos síntomas relacionados fundamentalmente con trastornos mentales o emocionales. También se ha utilizado para acceder a contenidos del subconsciente o de la memoria. La hipnosis en determinadas situaciones puede facilitar el cambio de comportamientos, actitudes y emociones.

Técnicas sobre la base de la energía

Las técnicas basadas en la energía usan campos de energía para influir en el estado de salud. Comprenden dos tipos: terapias del biocampo y terapias bioelectromagnéticas. Las llamadas terapias del biocampo pretenden afectar a los campos de energía que supuestamente rodean y penetran el cuerpo humano, cuya existencia no ha sido probada científicamente aún. Algunas de estas terapias pretenden modificar los biocampos mediante la aplicación de presión o la colocación de las manos en o a través de estos campos. Así, se incluyen el Qi-Gong, el Reiki que tiene como objetivo curar el espíritu y, por ende, el cuerpo, el toque terapéutico mediante el cual los profesionales pasan sus manos sobre el cuerpo de una persona para usar su propia energía que se percibe como sanadora, a fin de identificar los desequilibrios de energía y promover su salud y la terapia floral mediante la intervención energética de las esencias. Las terapias bioelectromagnéticas (Terapia biomagnética o con campos magnéticos) implican el uso no convencional de campos electromagnéticos, que son líneas invisibles de fuerza que rodean todos los dispositivos eléctricos (imanes, dispositivos electromagnéticos, etc.).

- Qi-Gong o Chi-Kung. Comprende una gran diversidad de técnicas habitualmente relacionadas con la medicina tradicional china y el yoga, que incluyen ejercicios respiratorios y ejercicios físicos. Se practica, generalmente, con objetivos orientados al mantenimiento de la salud, pero también se puede prescribir con objetivos terapéuticos (reducción del estrés, mejorar la circulación sanguínea o la inmunidad, tratar distintas alteraciones). Este sistema de ejercicios persigue el equilibrio del flujo de la energía vital (Qi) a través de los meridianos de la acupuntura. Así, el Qi-Gong es un componente de la medicina china tradicional que combina el movimiento, la meditación y la regulación de la respiración para ampliar el flujo de Qi en el cuerpo, mejorar la circulación sanguínea y afianzar la función inmune.

- Reiki. Es un método de transferencia de energía para facilitar el bienestar físico, emocional y espiritual de las personas, reequilibrando a todos los niveles. Es una

aproximación a la autocuración natural. Utiliza el concepto de energía vital universal (Reiki) que, adecuadamente dirigida por un profesional, ya sea a distancia o colocando sus manos sobre una persona o cerca de ésta, tiene como objetivo mejorar el espíritu y, en consecuencia, el cuerpo. Las manos del terapeuta pueden transmitir energía vital al paciente con el fin de tratar problemas mentales y emocionales, así como paliar o eliminar síntomas, molestias y curar enfermedades agudas o crónicas.

- Terapia floral. La terapia floral entiende la enfermedad como una disarmonía entre los 5 planos de los que se compone el ser humano (físico, emocional, mental, social y espiritual). Busca, mediante la intervención energética de las esencias, la armonización entre estos diferentes planos. Las propiedades de estas esencias fueron descubiertas entre 1928 y 1935 por el Dr. Edward Bach, médico bacteriólogo y homeópata inglés. Puede considerarse de tipo energético o vibracional, ya que su acción terapéutica no se basa en un principio activo farmacológico o fitoterapéutico. Las Flores de Bach constan de 38 esencias florales elaboradas a partir de flores de plantas, árboles y arbustos. El proceso de preparación por solarización o ebullición culmina con una segunda dilución.

- Terapia biomagnética o con campos magnéticos. Comprende el uso de imanes, dispositivos electromagnéticos y generadores de campos magnéticos para el tratamiento de una gran variedad de alteraciones físicas y emocionales, que se ha extendido a problemas circulatorios, artritis, dolor crónico de columna vertebral y de articulaciones periféricas, alteraciones del sueño, estrés. Muchos dispositivos son autoadministrados (pulseras, collares, cintas, cinturones). Se basa en que la Tierra también produce campos electromagnéticos, los cuales se generan cuando hay actividad de tormenta eléctrica. Se considera que los campos magnéticos son producidos por corrientes eléctricas que fluyen en el centro de la Tierra, tales como campos de impulsos, campos magnéticos o campos de corriente alterna o directa.

2 Objetivos

- Describir el estado de la investigación y la evidencia científica de las terapias alternativas y complementarias y su empleo en el paciente crónico y lo paliativo.
- Analizar el grado de implantación de las terapias alternativas y complementarias en la formación enfermera y su empleo en los cuidados a pacientes con enfermedades crónicas.

- Identificar las diferentes técnicas de las terapias aplicables a los pacientes paliativos.

3 Metodología

Por un lado se realizó un estudio de revisión bibliográfica sistemática cualitativa del periodo 2011-2016. La información se obtuvo de artículos científicos y estudios publicados, mediante distintas bases de datos. El objeto de estudio fue la producción científica nacional e internacional entre los años 2011-2016, relacionada con las terapias complementarias y alternativas del paciente oncológico. Se emplearon los buscadores para acceder a bases de datos como Science direct, Dialnet y Web of Science. Las palabras clave utilizadas fueron: Terapias alternativas y complementarias, paciente oncológico. El idioma del artículo encontrado fue: castellano.

El procedimiento empleado para la recopilación de los artículos fue una búsqueda sistemática cualitativa durante los meses de mayo de 2016 a agosto de 2016, para la obtención de la bibliografía necesaria. El día doce de mayo de 2016 comenzó la estrategia de búsqueda a través Science Direct, con el objetivo de localizar la mayoría de los estudios relacionados las terapias alternativas y complementarias en los pacientes oncológicos. Se localizaron un total de 146 artículos, tras la revisión de los mismos, se seleccionaron 3, el resto fueron desechados por no tener relación con el tema de estudio. De la misma manera se repitió la búsqueda a través de Web of Science, obteniendo un resultado de 13 artículos, de los cuales se seleccionaron y añadieron 2. Mediante el buscador Dialnet, se obtuvieron únicamente dos artículos, los cuales fueron añadidos por no estar duplicados en anteriores búsquedas.

Mediante las palabras claves “Terapias alternativas y complementarias”, y sumando las tres búsquedas realizadas se obtuvieron un total de 261 artículos de los cuales fueron revisados 7 artículos.

4 Resultados

Tras aplicar la metodología se obtuvieron los siguientes resultados:

Science direct:

- Formación y aplicación de las terapias complementarias en los cuidados de enfermería al paciente oncológico.

- El yoga como un instrumento de enfermería en los cuidados al paciente oncológico con ansiedad.
- Medicina integrativa en el paciente oncológico. Estrategias de la OMS y estado actual.
- Situación actual de las terapias complementarias en España en el Grado de enfermería.

Dialnet:

- Musicoterapia en el paciente oncológico.
- Uso de las plantas medicinales por pacientes oncológicos y familias en un centro de radioterapia.

Web of Science:

- Utilización de terapias complementarias y alternativas en niños con cáncer.
- Uso de terapias alternativas: desafío actual en el manejo del dolor.

Clasificación según el año de publicación

En referencia al año de publicación nuestra búsqueda se centra en los años 2011-2016, siendo 2011 el año en el que se obtuvo un mayor número de publicaciones (3), seguido de 2013 y 2015 con dos artículos y por último 2014 con un artículo.

Años Frecuencia Porcentaje Porcentaje acumulado

2011 3 37,50% 37,50%

2013 2 25% 62,50%

2014 1 12,5% 75%

2015 2 25% 100%

Clasificación según la revista publicada

Con respecto a las revistas en las que se publicaron este tipo de trabajos podemos decir que hay una gran variedad. Los artículos fueron hallados en las siguientes revistas: Nursing, Medicina naturista, Revista médica de homeopatía, Enfermagem, Cultura de los cuidados, Enfermería Global, Revista Salud Pública, Revista Sociedad Española del Dolor.

Revistas Frecuencia Porcentaje Porcentaje acumulado

Nursing 1 12,50% 12,50%

Medicina naturista 1 12,50% 25%

Revista médica de Homeopatía 1 12,50% 37,50%

Cultura de los cuidados 1 12,50% 50%

Enfermagem 1 12,50% 62,50%

Enfermería Global 1 12,50% 75%

Revista de Salud pública 1 12,50% 87,50%

Revista de Sociedad Española del Dolor 1 12,50% 100%

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica llevada a cabo y según la bibliografía consultada y seleccionada podemos concluir las siguientes afirmaciones.

Llama la atención que a medida que avanzamos en el tiempo, los estudios sobre este tema van en aumento, y tienen como objetivo lograr resultados que den a estas terapias una evidencia científica que demuestre la eficacia necesaria para formar parte de la medicina convencional.

Esto nos hace pensar que las estrategias establecidas por la OMS sobre las terapias complementarias y alternativas que se vienen realizando en los últimos años, fomentan la salud utilizando un tipo de terapias que no están contempladas por la medicina convencional.

Las terapias complementarias y alternativas demuestran ser eficaces a la hora de realizar los cuidados y controlar la sintomatología, entre ellas el dolor, en pacientes no solo con problemas oncológicos y si no también en enfermedades crónicas que puedan requerir cuidados de tipo paliativo, y así se demuestra en las numerosas investigaciones analizadas.

Otro de sus beneficios es el coste económico que suponen estos tipos de tratamientos, su bajo coste hace que puedan llevarse a cabo en países subdesarrollados como primera alternativa. Por otro lado en países desarrollados como España, EEUU, o Gran Bretaña, su utilización comienza a introducirse en los sistemas nacionales de salud, considerándose como un avance para aumentar las posibilidades de los pacientes y sus valores.

Las terapias complementarias y alternativas son utilizadas por los profesionales de enfermería dentro de la medicina convencional, aunque en numerosas ocasiones no se contemplan como tales.

La relación con los pacientes, la comunicación son elementos imprescindibles que se fomentan ya desde la universidad. El cuidado de la mente, las emociones son elementos clave en el progreso y bienestar de los pacientes no solo en pacientes oncológicos si no ante cualquier patología.

Los profesionales de enfermería estamos preparados para ofertar unos cuidados de forma holística considerando al paciente como una persona bio-psico-social. Aun así debería fomentarse la formación del personal en este ámbito para que adquieran unos conocimientos y habilidades suficientes para proporcionar los mejores cuidados.

Por último, sería importante fomentar la investigación en este ámbito para alcanzar una mayor claridad en lo que a su fiabilidad respecta, aumentando de esta forma la aprobación social de las mismas, su enseñanza a los distintos profesionales sanitarios y su aplicación en pacientes cuya sintomatología no se reduce tras la aplicación de la medicina tradicional.

6 Bibliografía

1. Fadare JO, Obimakinde AM, Olaogun DO, Afolayan JM, Olatunya O, Ogundipe KO. Perception of Nurses about Palliative Care: Experience from South-West Nigeria. *Ann Med Health Sci Res* [Internet]. 2014
2. Asociación Española de Enfermería en Urología. Las Terapias Naturales en la Enfermería. Aplicación en los procesos urológicos. *Enfuro*
3. Duarte MB. Medicina occidental y otras alternativas: ¿Es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2003
4. Yoga artículo
5. American Cancer Society. La ansiedad, el miedo y la depresión.
6. “Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional”. Texto disponible en la página web de la Organización Mundial de la Salud.
7. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Texto disponible en la página web de la Organización Mundial de la Salud.
8. NCCAM
9. Las cifras del Cáncer en España 2016. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
10. ARTÍCULO SCIENCE DIRECT 1
11. Comissió de teràpies naturals del COIB. Proposta per a l’obtenció de diplomes d’acreditació (DAC) en instruments complementaris de les cures infermeres: Teràpies naturals. Barcelona; 2008.

Capítulo 170

DEPRESIÓN Y FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS.

MAURO SANTAMARÍA SUÁREZ

ALBERTO LAVIANA SUÁREZ

NOELIA SANCHEZ VALLES

ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La depresión es una patología frecuente, que se asocia a una amplia variedad de síntomas emocionales y físicos. Estos síntomas pueden tener un impacto importante en la vida diaria. Las personas con depresión no pueden controlar su humor o sus sentimientos y suelen tener un bajo estado de ánimo casi siempre. Por consiguiente, pueden tener problemas para conservar el puesto de trabajo, continuar los estudios o mantener la vida familiar y las relaciones sociales.

Es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años .

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

2 Objetivos

Los objetivos principales de este trabajo son:

- Definir la depresión y su conocer su epidemiología.
- Clasificar los tipos de depresión.
- Conocer y clasificar los distintos tipos de fármacos antidepresivos y sus indicaciones.
- Explicar sus distintos efectos.
- Conocer al tipo de pacientes y población a los que van dirigidos.

3 Metodología

El trabajo se realizará mediante la revisión bibliográfica de tipo descriptivo de información recopilada de diferentes fuentes bibliográficas. Se realizará mediante una búsqueda bibliográfica de documentos y artículos relacionados con la temática del trabajo. Para la revisión se han utilizado las siguientes estrategias de búsqueda:

- Bases de datos: Dialnet, Pubmed, Google Académico.
- Publicaciones científicas y oficiales relacionadas con la depresión y los fármacos antidepresivos.
- Páginas web de diferentes entidades científicas de origen nacional y europeo.

La bibliografía utilizada será revisada de manera manual y se adaptará correctamente a los objetivos que se marcaron desde el inicio de la revisión. La búsqueda se realizará mediante el uso de palabras clave que permitirán realizar una selección la bibliografía, evitando aquellos artículos que no eran de interés para el trabajo.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (2).

A nivel epidemiológico cabe destacar que en algún momento de su vida, casi un 20% de las personas residentes en España ha presentado algún trastorno mental según los criterios del DSM-IV. El episodio depresivo mayor es el más usual, con una prevalencia de 3.9%, siendo para las mujeres más del doble que para los hombres, 5.62% frente a un 2.15% .

Por tanto, la probabilidad de que una persona sufra depresión a lo largo de su vida es superior a la de otros trastornos mentales como los de ansiedad o consumo de sustancias, realidad que debe ser tenida en cuenta para evitar que las personas que padecen depresión en alguna de sus formas puedan no ser reconocidas o recibir un tratamiento inadecuado. Además, los trastornos de tipo depresivo usualmente se dan en adición a otros tipos de desórdenes mentales y conductas que ponen en peligro la vida del paciente, como el intento de suicidio, cuyo riesgo es tres veces superior en pacientes diagnosticados de depresión mayor en comparación con la población general (3). Estas cifras de prevalencia, sumado a las consecuencias que la depresión origina en la sociedad, ha supuesto que la depresión sea objetivo trascendental en las políticas de salud pública.

Los principales factores de riesgo son:

- Sexo: la relación hombre/mujer es de 1:2-3 entre los 12 y 55 años, igualándose fuera de este intervalo de edad.
- Genéticos: los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo .
- Factores sociales: son aquellos que incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos como las experiencias de privación psicosensoresial o de abusos y explotación extremas, que a menudo se dan durante la infancia en situaciones de desestructuración social o familiar.

- Acontecimientos: son eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo. Experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. Las emociones de tipo negativo que acompañan al estrés –ansiedad y depresión varían de acuerdo con las circunstancias del individuo, de la situación y de la agudeza o cronicidad del estrés. Ante el estrés agudo se tiende a experimentar ansiedad/miedo. Cuando el estrés se cronifica predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo. Su existencia no es necesaria ni puede ser considerada una causa suficiente para la puesta en marcha del cuadro.
- Psicológicos: desarrollo, que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores. Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable o la falta de reforzadores positivos.

Respecto a la clasificación de la depresión, actualmente existen dos sistemas de clasificación utilizados para diagnosticar los casos de depresión:

- DSM-5 o Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA).
- CIE-10 o Clasificación Internacional de Enfermedades (International Classification of Diseases), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para realizar un diagnóstico correcto de la depresión es necesario destacar las diferencias entre los sistemas de clasificación anteriores así como de la multiplicidad de los distintos trastornos depresivos, atendiendo a la variabilidad del origen, curso y evolución de los trastornos.

DSM-5 o Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: se ha de destacar que en anteriores versiones del DSM, los trastornos depresivos y los bipolares se enmarcaban dentro de la categoría de los llamados Trastornos del estado de ánimo. Actualmente en el DSM-5 se han separado los capítulos en los que se encontraban los trastornos bipolares y los depresivos, considerándolos ahora como capítulos independientes y eliminando la categoría de Trastornos del estado de ánimo.

Se clasifican de la siguiente manera:

- Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo: En los niños, este trastorno del estado de ánimo comprende irritabilidad y enojo crónicos y graves con berrinches desmesurados y frecuentes. Por lo general, este trastorno se transforma en trastorno depresivo o de ansiedad durante la adolescencia o la adultez

- Trastorno de depresión mayor: es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. Afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales (4).
- Trastorno depresivo persistente: Trastorno depresivo persistente, también llamado distimia, una forma de depresión continua y a largo plazo (crónica). Es posible que se pierda el interés en las actividades normales de la vida cotidiana, sentirse desesperanzado, improductivo y que se tenga baja autoestima y una sensación general de ineptitud. Estos sentimientos duran años y pueden afectar en gran medida las relaciones y al desempeño en la escuela, en el trabajo y en las actividades diarias (6).
- Trastorno disfórico premenstrual: es una prolongación grave, a veces discapacitante, del síndrome premenstrual (SPM). Aunque tanto el SPM como el TDPM tienen síntomas físicos y emocionales, el TDPM causa variaciones extremas del estado de ánimo que pueden desbaratar tu trabajo y perjudicar tus relaciones. En ambos (TDPM y SPM), los síntomas normalmente comienzan entre 7 y 10 días antes del período menstrual y continúan durante los primeros días del período (6).
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos: La característica esencial es una notable y persistente alteración del estado de ánimo, que se considera provocada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento, la exposición a un tóxico). Dependiendo de la naturaleza de la sustancia y del contexto en el que aparecen los síntomas, la alteración puede suponer que el estado de ánimo sea depresivo o con una notable pérdida de placer o interés por las cosas, o que sea un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable (7).
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica: un periodo importante y estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas las cosas. Se caracteriza porque existen pruebas a través de la historia clínica de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- Otro trastorno depresivo especificado: algunos ejemplos son: depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración y episodio depresivo con síntomas insuficientes.
- Trastorno depresivo no especificado: depende de determinados especificadores.

CIE-10 o Clasificación Internacional de Enfermedades. El CIE-10 es un sistema de clasificación de los trastornos mentales con ejes diagnósticos variables, entre ellos:

- Eje I : Síndromes psiquiátricos clínicos.
- Eje II: Trastornos específicos del desarrollo.
- Eje III: Nivel intelectual.
- Eje IV: Condiciones médicas.
- Eje V: Situaciones psicosociales.
- Eje VI: Evaluación global de la discapacidad.

Además, contiene 21 capítulos que cubren todo el espectro médico. La codificación de cada trastorno se realiza con la letra F seguida de un sistema numérico. Los trastornos mentales se describen en unas 100 categorías distribuidos en 10 grupos. Dentro del Eje V, (Situaciones psicosociales) letra F , en donde están todas las patologías psiquiátricas .

A la hora de clasificar la depresión la divide en 6 episodios:

- Episodio depresivo leve.
- Episodio depresivo moderado.
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Otros episodios depresivos.
- Episodio depresivo sin especificación.

Fármacos antidepresivos: la aparición de los primeros fármacos antidepresivos supuso una revolución en el tratamiento de la depresión y su uso, IMAOS y AD tricíclicos se mantuvo durante tres décadas hasta la aparición de los primeros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. La monoaminoxidasa es un enzima metabolizador de serotonina, noradrenalina y dopamina por lo que su inhibición provoca un incremento de estos neurotransmisores en el espacio sináptico. Los AD tricíclicos inhiben la recaptación de noradrenalina y serotonina, bloquean otros neuroreceptores (muscarínicos, adrenérgicos e histamínicos) y actúan sobre los canales de sodio. Estas dos últimas acciones son responsables de sus efectos adversos, sus contraindicaciones y el riesgo letal en caso de sobredosis. El uso de IMAOS irreversibles comporta importantes y molestas restricciones dietéticas y el riesgo de crisis hipertensivas potencialmente graves .

Los fármacos antidepresivos están indicados en las siguientes situaciones:

- Trastorno depresivo mayor.
- Fases depresivas del trastorno bipolar.
- Distimia.
- Trastornos depresivos asociados a trastornos obsesivo-compulsivos.

- Trastornos depresivos asociados a bulimia nerviosa.
- Comorbilidad entre trastornos depresivos y trastornos de angustia.
- Fobia social.
- Trastornos de la ansiedad.
- Trastorno de la personalidad.
- En algunos casos dolor crónico.
- Trastorno del pánico.

Los criterios de selección de los antidepresivos son los mismos que para cualquier otro grupo de fármacos (eficacia, seguridad y coste). Sin embargo, hay algunos aspectos concretos que hay que tener en cuenta :

- Gravedad de la depresión.
- Tipo de síntomas predominantes en el cuadro clínico.
- Antecedentes de respuesta favorable en episodios previos tanto personales, como en familiares de primer grado.
- Riesgo de suicidio.
- Riesgo de padecer un síndrome de retirada.
- Toxicidad en sobredosis.

Los antidepresivos se clasifican según sus características químicas y su mecanismo de acción en:

- Inhibidores de la monoaminoxidasa: IMAO
- Antidepresivos tricíclicos: ADT
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: ISRS
- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: IRSN

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) pueden clasificarse en (11):

- IMAO no selectivos: fenelzina, nialamida, trancilpromina.
- IMAO selectivo A reversible (RIMA): moclobemida.

Los antidepresivos de tipo IMAO inhiben a la enzima monoaminoxidasa (MAO) y como consecuencia, el metabolismo neuronal de las aminas biógenas. Esta enzima presenta dos subtipos, la MAO-A que cataboliza el metabolismo de la noradrenalina y la serotonina y la MAO-B preferentemente el de la dopamina.

Los IMAO clásicos o de primera generación, se unen tanto a la MAO A como a la MAO B. Son por tanto no selectivos, y la unión a la enzima es irreversible. Los IMAO de segunda generación son irreversibles pero selectivos, actuando preferentemente sobre la MAO A o la MAO B. Los IMAO de tercera generación son los inhibidores reversibles y selectivos de la MAO tipo A (RIMA). Para lograr el efecto antidepresivo es suficiente inhibir la MAO A quedando la MAO B libre

para metabolizar la tiramina de la dieta. La unión de los antidepresivos RIMA a la MAO A es de corta duración (12-24 horas); pudiendo ser desplazado el inhibidor cuando hay exceso de tiramina. Por lo tanto se minimizan las restricciones dietéticas y el peligro de crisis hipertensivas.

Los IMAO se introdujeron en terapéutica al mismo tiempo que los ADT, pero el potencial de interacciones con otros medicamentos y con alimentos ricos en tiramina los ha relegado al papel de medicamentos que se usan en los casos en que los ADT y afines no estén indicados o no sean eficaces. Su eficacia general es comparable a la de los ADT, pero hay pacientes que responden mejor como los que están diagnosticados de “depresión atípica” o los que presentan ansiedad intensa o fobias. Los IMAO tradicionales mantienen el efecto hasta que vuelve a generarse la enzima (unas dos semanas).

Los IMAOs pueden producir efectos secundarios sobre el sistema nervioso central: excitabilidad, insomnio, agitación e incluso cuadros confusionales que remedan una psicosis tóxica. También se han descrito aumentos de apetito y de peso. Sobre el sistema vegetativo inducen hipotensión ortostática. Pero el efecto secundario más importante y más grave es la hepatotoxicidad presente en todos ellos (quizá menor en la trianilcipromina), que hace imprescindible el control de la función hepática durante el tratamiento con estos fármacos.

Los IMAOs presentan dificultades en su manejo debido a sus numerosas interacciones y a la gravedad de las mismas. La más importante es la llamada “reacción tiramínica” que consiste en una crisis hipertensiva intensa con cefalea occipital, náuseas, vómitos, fiebre y riesgo grave de hemorragia cerebral. Este aumento peligroso de la presión sanguínea es debido a la capacidad de los IMAO para inhibir de manera irreversible y no selectiva la monoaminoxidasa favoreciendo la acumulación en el organismos de aminas vasopresoras exógenas. Esta interacción se presenta con muchos medicamentos y con alimentos ricos en tiramina (ciertos quesos, vino tinto, cerveza, jerez, licores, higos, hígado, salchichas, arenques o embutidos) Pueden interactuar con los IMAO los antidepresivos tricíclicos, levodopa, 5- hidroxitriptofano, anfetaminas, y simpaticomiméticos como efedrina y felinefrina. Con los inhibidores de la MAO-A selectivos no se han descrito reacciones de este tipo. Con selegilina (IMAO-B selectivo) la selectividad solo aparece a dosis menores a los 10 miligramos diarios. Una dosis mayor podría producir la reacción tiramínica.

Debe evitarse la administración de moclobemida (IMAO-A selectivo reversible) junto a cimetidina (aumento de la toxicidad de la moclobemida por inhibición

metabólica), clomipramina (riesgo de síndrome serotoninérgico), meperidina y dextrometorfano (riesgo de encefalopatía).

Antidepresivos tricíclicos: ADT. Pueden ser tricíclicos y tetracíclicos .

Los antidepresivos tricíclicos pueden presentar en la cadena lateral alifática la estructura de la amina terciaria (imipramina, amitriptilina, clomipramina) o la estructura de la amina secundaria (desipramina, nortriptilina). Ambos actúan, además sobre receptores muscarínicos, histaminérgicos y α -adrenérgicos, pero los antidepresivos tricíclicos de amina terciaria muestran cierta selectividad por la inhibición de la recaptación de serotonina y los de amina secundaria (derivados metabólicos de los antidepresivos tricíclicos terciarios) por la inhibición de noradrenalina.

Los antidepresivos tetracíclicos son: maprotilina, mianserina, mirtazapina y amoxapina.

Debido a las diferentes formas en que funcionan los antidepresivos cíclicos, los efectos secundarios varían un poco según el medicamento. Los efectos secundarios también dependen de la dosis; las dosis más elevadas a menudo provocan más efectos secundarios.

Algunos de los posibles efectos secundarios frecuentes comprenden:

- Visión borrosa.
- Estreñimiento.
- Sequedad de la boca.
- Somnolencia.
- Disminución de la presión arterial cuando pasas de estar sentado a ponerte de pie, lo que puede provocar aturdimiento.
- Retención de orina.

Otros efectos secundarios posibles son:

- Mayor apetito que provoca un aumento de peso.
- Adelgazamiento.
- Sudoración excesiva-
- Temblores.
- Problemas sexuales, como dificultad para tener una erección, retraso del orgasmo o poco deseo sexual.

En general:

La amitriptilina, la doxepina, la imipramina y la trimipraminason más propensas a causar sueño en comparación con otros antidepresivos tricíclicos. Tomar estos medicamentos a la hora de dormir podría ayudar. La amitriptilina, la doxepina e la

imipramina son más propensas a provocar aumento de peso en comparación con otros antidepresivos tricíclicos. La nortriptilina y la desipramina parecen tener efectos secundarios mejor tolerados en comparación con otros antidepresivos tricíclicos.

Los ATC son preferentemente metabolizados por el hígado. Por lo tanto, fármacos, que producen inducción o inhibición de las enzimas microsomales hepáticas, causaran alteraciones en las concentraciones plasmáticas de estos fármacos. Los compuestos amina secundarias son principalmente desaminados por CYP1A2, CYP2C19 y CYP3A3/4, mientras sus metabolitos son hidroxiladas por CYP2D6/14.

Por un mecanismo aun no dilucidado, los ATC potencian en forma importante los efectos centrales del alcohol, y se han registrado casos de muerte, en casos de ingestión abundante de alcohol y toma simultanea de ATC.

Su mecanismo de inhibición de la recaptación de aminas endógenas permite que se potencie la acción de estos compuestos. Bloquean la acción de compuestos que para ejercer su efecto deben entrar por el transportador a la terminal presináptica. Entre estos compuestos figuran la tiramina; guanetidina y la clonidina, para estos 2 casos la eficacia antihipertensiva estará disminuida. Su interacción más destacada es que potencian la acción de los IMAO, ejerciendo efectos tóxicos conjuntos.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina alivian la depresión aumentando los niveles de serotonina en el cerebro. La serotonina es uno de los mensajeros químicos (neurotransmisores) que transportan señales entre las neuronas cerebrales. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina bloquean la reabsorción (recaptación) de serotonina en el cerebro, lo que hace que haya más serotonina disponible. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se llaman «selectivos» porque parecen afectar principalmente la serotonina y no otros neurotransmisores.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina también se pueden utilizar para tratar afecciones no relacionadas con la depresión, como los trastornos de ansiedad.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para tratar la depresión son:

- Citalopram.
- Escitalopram.

- Fluoxetina.
- Paroxetina.
- Sertralina.
- Vilazodona.

Todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina funcionan de manera similar y generalmente pueden causar efectos secundarios similares, aunque algunas personas pueden no presentar ninguno. Muchos de los efectos secundarios pueden desaparecer después de las primeras semanas de tratamiento. Si no se puede tolerar un determinado inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, es posible que se pueda tolerar uno diferente, ya que estos difieren en las composiciones químicas.

Los posibles efectos secundarios de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden comprender, entre otros, los siguientes:

- Síndrome serotoninérgico.
- Náuseas.
- Diarrea.
- Nerviosismo, agitación o inquietud.
- Mareos.
- Problemas sexuales.
- Dolor de cabeza.
- Visión borrosa.
- Sangrados digestivos.
- Hiponatremia.

Interacciones (18): los ISRS pueden producir una inhibición de las enzimas de citocromo P-450. Destacan las interacciones de los ISRS con los antidepresivos tricíclicos por inhibición de diferentes enzimas (por ejemplo CYP2D6). Como ejemplo, la fluoxetina en dosis de 60 mg puede incrementar las concentraciones de desipramina por encima de 600%. Estas interacciones pueden desencadenar delirium, convulsiones, deterioro neurológico y alteraciones de la conducción cardíaca.

La paroxetina y la fluoxetina son más potentes inhibiendo el CYP2D6 que los restantes ISRS. Otros sustratos de esta enzima que pueden ocasionar notables complicaciones clínicas son fármacos antiarrítmicos (por ejemplo flecainida) y antipsicóticos (por ejemplo fenotiazinas, haloperidol), entre otros.

La fluvoxamina y la fluoxetina (mediante su metabolito norfluoxetina principal-

mente) son inhibidores del CYP3A4. Como consecuencia de esto, pueden incrementar las concentraciones de alprazolam y carbamacepina, entre otros. La fluvoxamina inhibe también potentemente el CYP1A2, pudiendo incrementar las concentraciones de warfarina. La fluoxetina, la paroxetina, y la sertralina parecen producir, en cambio, un efecto mínimo o nulo sobre las concentraciones de este anticoagulante. Otros sustratos del CYP1A2 y que por tanto se verían afectados por esta inhibición son clomipramina, imipramina, duloxetina, agomelatina, propranolol, cafeína, haloperidol, antipsicóticos atípicos y teofilina.

Con respecto a las interacciones farmacodinámicas de los ISRS, el problema más destacado es el síndrome serotoninérgico, caracterizado por taquicardia, escalofríos, hipertermia, agitación, mioclonias, hiperreflexia, rigidez muscular, diaforesis, diarrea y alucinaciones. Puede acompañarse de rabdomiólisis y más raramente de crisis convulsivas, hipotensión y coma profundo. Este síndrome es causado por una dosis elevada de ISRS y más frecuentemente por la interacción con fármacos que también incrementan las concentraciones sinápticas de serotonina como los IMAO, ADT, el triptófano y el litio.

Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: IRSN. Son un grupo químicamente distinto (feniletilaminas) cuyo representante es venlafaxina. Actúa a nivel sináptico como inhibidor de tres aminas: 5-HT, noradrenalina y dopamina. La acción sobre la recaptación de la serotonina es muy potente, sobre la noradrenalina ejerce asimismo una acción potente aunque menor que sobre la serotonina y sobre la dopamina tiene una acción moderada aunque significativa. Los principales inhibidores son:

- Duloxetina.
- Venlafaxina.
- Desvenlafaxina .

Por norma general este tipo de fármacos tiende a generar sedación, alteraciones gastrointestinales, náuseas y vómitos, sequedad en boca, cefalea y mareos, hiperhidrosis, alteraciones en la micción o excreción, problemas de sueño como el insomnio, alteraciones sexuales como inapetencia, disfunción eréctil, problemas eyaculatorios y para llegar al orgasmo.

Asimismo, en algunos casos más graves pueden producirse arritmias y alteraciones de la tensión arterial. También hay que tener en cuenta que pueden generar o facilitar la ideación suicida, especialmente al inicio del consumo, y en algunos casos convulsiones.

Interacciones (19). a similitud de la venlafaxina con los ISRS hace necesario no combinar este agente con los antidepresivos IMAO, con fenfluramina o dexfenfluramina por el riesgo a desarrollar un síndrome serotoninérgico. La combinación con zolpidem puede producir un síndrome confusional y alucinaciones.

El tratamiento antidepresivo ha ido evolucionando con los años, llegando a fármacos más selectivos y por tanto con menos efectos adversos que los primeros que se desarrollaron. Durante los últimos años se ha observado una disminución en el consumo de los antidepresivos de primera generación, evitando así efectos adversos que son mal tolerados por los pacientes y las interacciones importantes con otros fármacos o alimentos y dando por tanto más preferencia a otro tipo de antidepresivos con un espectro de efectos colaterales menor y que poseen una eficacia comparable.

También se ha observado en general un aumento del consumo de antidepresivos, debido al avance de las técnicas de diagnóstico y a la variedad de indicaciones aprobadas para este tipo de fármacos. Existe una controversia debido al aumento en la medicalización para sobrellevar situaciones que si bien son corrientes y cotidianas, nos resultan complicadas y cada vez manejamos con más dificultad.

En cuanto al desarrollo de la terapia antidepresiva, los estudios de las bases genéticas de las respuestas terapéuticas y de los efectos adversos así como estudios de neuroimágenes del cerebro podrían tener un importante papel en el tratamiento antidepresivo. La depresión es una enfermedad con una elevada prevalencia y que causa gran impacto en la calidad de vida del paciente, resultando una de las principales causas de discapacidad y que en muchos casos puede convertirse en un problema de salud serio, llegando en algunos casos al suicidio. Por todo esto la depresión sigue siendo un desafío para los sistemas de sanidad y por tanto, para la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico y farmacológico. Por tanto, el trabajo del personal de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. OMS [sede web] Organización Mundial de la Salud 2018 [actualizado el 22 de marzo de 2018 ; acceso 21 de julio de 2019]
- 2. OMS [sede web] Organización Mundial de la Salud: 2018[actualizado el 22 de marzo de 2018 ; acceso 21 de julio de 2019]
- 3. Antonio Cano Vindel , José Martín Salguero, Cristina Mae Wood, Esperanza Dongil y José Miguel Latorre. Prevalencia de la depresión en España. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* [sede web] 2015, Vol. 5, Nº 2 (Págs. 267-279) [acceso 21 de julio de 2019]
- 4. Alarcón Terroso Ricardo, Gea Serrano, Amor y Martínez Maurandi Juana M.ª. Guía de práctica clínica de trastornos depresivos [sede web] Servicio Murciano de Salud [acceso 22 de julio de 2019]
- 5. Copeland W, Angold A, Costello E. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo [sede web] *Journal of Psychiatry* 170(2): 173-179, Feb 2013 [acceso 22 de julio de 2019]
- 6. Sandhya Pruthi, M.D. [sede web] Mayo Clinic 2018 [actualizado el 20 junio de 2019 ; acceso 22 de julio de 2019]
- 7. Thomas Kosten Trastornos inducidos por sustancias [sede web] Manual MSD [actualizado en febrero de 2016 ; acceso 22 de julio de 2019]
- 8. Ortuño Sánchez. Lecciones de Psiquiatría [sede web] Madrid 2009 Ed. Médica Panamericana [acceso 22 de julio de 2019]
- 9. Antonio J. Sánchez. Psicofarmacología de la depresión [sede web] CM de Psicobioquímica, 2013 [acceso 23 de julio de 2019]
- 10. Inmaculada Fernández Esteban Almudena Aniño Alba Óscar Pinar López Criterios de utilización de antidepresivos en pacientes con depresión [sede web] Servicio Madrileño de Salud 2011 [acceso 23 de julio de 2019]
- 11. Pedro Grosso Antidepresivos [sede web] Escuela Universitaria de Tecnología Médica 2013 [acceso 24 de julio de 2019]
- 12. L.A. Malgor - M E. Valsecia Farmacología de las drogas antidepresivas [sede web] Capitulo 6 [acceso 24 de julio de 2019]
- 13. Amalia García, Delgado Morente Guia de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre depresión [sede web] Grupo de Investigación en Farmacología Experimental y Farmacoterapia (CTS-259). Universidad de Sevilla [acceso 24 de julio de 2019]
- 14. Lic. Idany Quintana Rodriguez, Lic. Yalenis Velazco Fajardo Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales [sede web] *Rev.Med.Electrón. Vol.40 no.2 Matanzas mar.-abr. 2018* [acceso 24 de julio de 2019]

2019]

- 15. Pilar Lalueza Broto, Lourdes Girona Brumós y Ramón Ribera Montaña Interacciones farmacológicas de fármacos con acción sobre el sistema nervioso central [sede web] Módulo 11 [acceso 24 de julio de 2019]
- 16. Enrique Chávez- León, Martha Patricia Ontiveros Uribe, Carlos Serrano Gómez Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina [sede web] Vol. 31, No. 4, julio-agosto 2008 [acceso 24 de julio de 2019]
- 17. Verónica Pérez Noelia Speranza Perfil de riesgo de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) [sede web]: Clínica Médica A. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Hospital de Clínicas [actualizado en Noviembre de 2018 ; acceso 22 de julio de 2019]
- 18. Dr. Javier. C. Waksman Intoxicaciones por Antidepresivos [sede web] Universidad de Colorado Centro de Ciencias de la Salud EE UU [acceso 24 julio de 2019]
- 19. E. Baca Baldomero, L. Iruela Cuadrado Terapéutica farmacológica (I). Antidepresivos [sede web] Tratado de psiquiatría [acceso 25 julio de 2019]

Capítulo 171

DIABETES MELLITUS EN LA ACTUALIDAD

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

NURIA GONZALEZ PULIDO

PAULA GUTIÉRREZ DIAZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica muy frecuente en nuestra sociedad; esta se origina cuando el páncreas no puede fabricar suficiente insulina ó cuando las células receptoras de este no la detectan adecuadamente.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de diabetes mellitus que existen y la repercusión de la enfermedad en la actualidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre la diabetes mellitus (DM). Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases

de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen diferentes tipos de diabetes mellitus, los más frecuentes son:

- DM tipo 1, es frecuente en pacientes jóvenes, aunque puede diagnosticarse a cualquier edad. Las células beta del páncreas producen poca o ninguna insulina.
- DM tipo 2, se suele diagnosticar en la cuarta o quinta década de vida. Se produce por una resistencia de las células a la acción de la insulina. Es la más frecuente.
- DM gestacional, se diagnostica durante el embarazo y puede desaparecer después del parto.

Esta enfermedad puede presentar complicaciones que se dividen:

- A corto plazo: se observa que suelen deberse a una descompensación aguda de la enfermedad. Por ejemplo, coma hipoglucémico, cetoacidosis diabética ó situaciones hiperosmolares.
- A largo plazo: son las que mayores problemas derivan a largo plazo, por la afectación del exceso de azúcar sobre los pequeños vasos (microangiopatias) ó los de mayor calibre (macroangiopatias)

En un estudio realizado en nuestro país en los años 2016 y 2017, se observa que:

- La incidencia de DM tipo 2 en la población adulta es de 11,58 casos por cada 1.000 personas al año.
- En base a esta incidencia, en un año 386.003 personas desarrollan la enfermedad metabólica en todo el país.
- La incidencia de diabetes es más alta en hombres que en mujeres.
- En los hombres aumenta con la edad desde los 18 años, con un máximo en los 75, mientras que en mujeres la incidencia crece de forma continua con la edad.
- Este estudio confirma la asociación entre diabetes, obesidad e hipertensión arterial, y la importancia de la actividad física para prevenirla.
- El 4% de la población desconoce que padece diabetes.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes mellitus es una enfermedad con alta prevalencia e incidencia en nuestro país. Un correcto manejo de la enfermedad, así como una vida saludable,

junto a una alimentación correcta disminuye sus complicaciones. Por lo que realizar una promoción de la salud en todos los pacientes con DM, fomentará un adecuado control de la enfermedad y una disminución de sus posibles complicaciones.

6 Bibliografía

- Estudio Di@bet.es, realizado por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), el Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación), en colaboración con la Sociedad Española de Diabetes (SED) y la Federación Española de Diabetes (FED).
- Soriguer F., Martín Rubio E., Valdés S., Corpas M.S., González-Romero S., Rojo-Martínez G., Prevención de la diabetes mellitus tipo 2 (en prensa). Med Clin. (Barc).

Carreras G, Pérez A. Modificaciones del metabolismo hidrocarbonado y lipídico mediante el ejercicio. En: Serra R, ed. Corazón y ejercicio físico en el niño y el adolescente. Barcelona: Masson, 2001

- Programa Nacional de Educación sobre la Diabetes (NDEP por sus siglas en inglés) (s/f)What is diabetes?. Obtenido el 9 de septiembre 2019.

Capítulo 172

INFECCIÓN URINARIA

LORENA GARCÍA ARIAS

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

1 Introducción

La infección de las vías urinarias es un problema frecuente que puede afectar a la uretra, la vejiga o los riñones. Las bacterias son las responsables de dichas infecciones. Éstas pueden llegar a la uretra a través de las relaciones sexuales, higiene inadecuada tras la evacuación intestinal en mujeres o uso de diafragma como anticonceptivos.

2 Objetivos

- Reconocer signos previos para una valoración y plan de cuidados adecuados al proceso.

3 Caso clínico

Mujer de 38 años con movilidad reducida (40% de incapacidad reconocida) que acude al centro de salud por dificultad en la emisión de orina acompañada de dolor. También refiere dolor a nivel de hipogastrio en reposo así como polaquiuria.

- Niega fiebre.
- No clínica a otro nivel.

- Tratamiento con antidepresivos. No otros tratamientos. No alergias.

Exploración y pruebas complementarias:

- Orina colúrica muy maloliente.
- No dolor la la palpación a nivel lumbar.
- Muestra de orina para tira rápida en la que se objetivan leucocitos (positivo), nitritos, hematuria y proteiuniria positivos.
- Se envía cultivo de orina para microbiología.

Plan de cuidados:

- Inicio del tratamiento de antibioterapia según pauta médica hasta resultado de microbiología (48h) que nos mostrará sensibilidad/resitencias al tratamiento.
- Aumento de ingesta hídrica a mínimo 1,5 litros al día.
- Adecuadas medidas de higiene de la zona íntima tras evacuación intestinal.
- Mantener la zona íntima seca evitando ropa de baño mojada.
- Uso de ropa interior no muy apretada y de algodón.

4 Resultados

Infección del tracto urinario/cistitis.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones del tracto urinario especialmente en las mujeres son muy frecuentes debido a la longitud de la uretra (más corta) y su cercanía a la zona anal. Una higiene adecuada de la zona en la evacuación intestinal ayudaría a evitarlos. Fomentar hábitos higiénicos- dietéticos adecuados y aumentar la ingesta hídrica para mantener la vejiga limpia podrían prevenir este tipo de problemas. Una evaluación precoz y un tratamiento adecuado es imprescindible para evitar complicaciones como pelinefritis.

6 Bibliografía

- Datos recopilados de la experiencia clínica en atención primaria y especializada.

Capítulo 173

PAPEL DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA Y CIRCULANTE

ESTEBAN PIQUERO FERNANDEZ

PAULA CASTAÑO RODRÍGUEZ

LUIS SANCHEZ NÚÑEZ

MONICA FERNANDEZ MARTINEZ

NOELIA NAVARRETE FERNANDEZ

1 Introducción

En este capítulo hablaremos de la labor de las enfermeras y enfermeros en el quirófano.

Enfermera/o instrumentista:

- Es la responsable de la zona estéril.
- Ayuda al cirujano y demás personal en lo necesario durante la intervención (antes, durante y después)
- Encargada de preparar la mesa de instrumental, material y accesorios y contabilizarlo antes, durante y después de la operación.

Enfermera/o circulante:

- Es la encargada de realizar los procedimientos generales
- Debe vigilar que todo el equipo tiene lo necesario para la operación.

- Estando pendiente de lo que el paciente pueda necesitar antes, durante y después de la operación.
- También debe conocer la intervención que se va a realizar así como el instrumental, el equipo, etc.
- No estéril.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del enfermero/a instrumentista y circulante en las diferentes fases de la intervención.
- Dar a conocer el trabajo que realizan ambas enfermeras, sus funciones antes, durante y después de las intervenciones (teniendo en cuenta que cada procedimiento requiere una preparación concreta) y la importancia de todas las partes para la correcta realización de las intervenciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Actividades/cuidados de la enfermera/o circulante/instrumentista en el tiempo intraoperatorio. Llegada del paciente a quirófano y durante la inducción a la anestesia:

- Circulante:
Realizará la recepción del paciente en el antequirófano, procederá a la identificación del paciente y le formulará algunas preguntas como si está en ayunas, como se encuentra, después verificará que en la historia clínica se encuentran todos los consentimientos firmados así como las pruebas necesarias como son la analítica, el electrocardiograma y las placas de tórax. Cuando el paciente este dentro del quirófano colocará al paciente en la mesa quirúrgica en la posición indicada para dicha cirugía, se encargará de la canalización de la vía venosa, así

como de la sonda nasogástrica y el sondaje vesical; se realizara una monitorización mínimamente invasiva del paciente(TA, ECG, pulxiosimetría, frecuencia respiratoria), colocación de la palca del bisturí. Ayudará al anestesista en todo lo que necesite para lograr la inducción a la anestesia general, proporcionándole todo el material necesario, también su ayuda para la colocación de tubo endotraqueal. También se encargara de proporcionarle a la enfermera instrumentista todo el material necesario para la intervención.

- Instrumentista:

Estará realizando el lavado quirúrgico, poniéndose la bata y los guantes estériles, preparando el instrumental, colocando el campo quirúrgico y ayudando a los cirujanos a ponerse los guantes y batas, incluso pintar la zona donde se va a realizar la intervención.

Actividades de la enfermera circulante e instrumentista en el tiempo de intervención:

- Instrumentista:

Realizar una técnica aséptica estricta. La mesa de instrumentación debe estar ordenada para que, en todo momento, sepamos donde se encuentra el instrumental y si, por cualquier motivo, tenemos que ser sustituidos, nuestro compañero podrá seguir el proceso sin ningún problema. Solicitar a la circulante el material que necesitemos. Comenzar la instrumentación.

Mantener el campo quirúrgico libre de instrumental y tener, en todo momento el material punzante controlado. Mantener la mesa de instrumentación y el campo quirúrgico secos, puesto que la humedad en contacto con la ropa interfiere en la esterilidad. Mantener los instrumentos lo más limpios posible.

La mesa de instrumentación debe estar ordenada para que, en todo momento, sepamos donde se encuentra el instrumental y si, por cualquier motivo, tenemos que ser sustituidos, nuestro compañero podrá seguir el proceso sin ningún problema. Llevar un seguimiento del proceso quirúrgico.

Anticiparse a las necesidades del cirujano y ayudantes y atender a sus demandas. Recoger muestras para anatomía patológica, microbiología, etc. entregándoselas lo antes posible a la circulante para que esta las clasifique y prepare, evitando así que se puedan extraer o deteriorar. Hacer un recuento final de agujas, instrumental, gasas y compresas. Conectar y cuidar los drenajes.

- Circulante:

Cumplimentar la distinta documentación que se maneja: hoja de actividad quirúrgica, check list... Preparar una batea con solución antiséptica. Abrir y entregar de forma aséptica todo el material estéril adicional que se necesite durante la intervención. Colaborar con la instrumentista en la preparación y manejo de materiales estériles, ayudar a vestir al equipo quirúrgico (instrumentistas, cirujanos y ayudantes) asistiéndolos durante toda la intervención, anticipándose a sus necesidades. Debe permanecer, en todo momento, en el quirófano, avisando cuando deba ausentarse. Mantener las condiciones ideales de asepsia (aire, temperatura y humedad), controlar que todo el personal que circula por quirófano vaya correctamente vestido y evitar circulaciones innecesarias. Recibir los extremos no estériles de las cánulas de aspiración, cables eléctricos, videocámara, de alimentación, electrobisturías y otros elementos que deben ser conectados a unidades no estériles. Ayudar a ajustar las luces de quirófano cuando sea necesario. Recoger muestras si se precisa para enviar a anatomía patológica, microbiología, etc. identificándolas y preparando la burocracia necesaria.

Dirigir y participar, junto con la instrumentista, en los recuentos de gasas, compresas e instrumentales.

5 Discusión-Conclusión

Cuidados/ actividades de enfermería circulante e instrumentista en el tiempo postoperatorio inmediato, en la extubación y traslado a la unidad de Reanimación / UCI.

- Instrumentista:

Realizar una desinfección de la herida quirúrgica con clorhexidina o povidona yodada. Colocar compresión en la herida quirúrgica con una gasa o compresa estéril doblada y colocar apósitos o vendajes con ayuda de la circulante. Colaborar en el traslado del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla, vigilando drenajes, sondas, Pleurevac, apósitos. Organizar y separar el instrumental por cajas antes de llevarlo a lavar para facilitar el trabajo de esterilización.

- Circulante:

Ayuda a poner apósitos y vendajes. Tras asistir al anesestesiólogo en final del acto anestésico, vuelve a colaborar en el traslado del paciente de la mesa quirúrgica a la camilla, teniendo especial cuidado con las vías, sondajes, drenajes y en caso de haber sido necesario la colocación del Pleurevac este se a los pies de la cama. Se desconecta al paciente de la mesa de anestesia y a una señal del anestesista, se

traslada suavemente a la cama. Se conecta al paciente y se comprueba si ventilan bien los dos pulmones del mismo. Se cubre al paciente con la sábana de la cama.

6 Bibliografía

- <https://es.scribd.com/document/380839086/>
- <https://www.monografias.com/docs/>
- <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/>
- <https://docs.google.com/presentation/>
- ROSA CONTY SERRANO. CUADERNO DE CAMPO DE LA ENFERMERIA EN QUIROFANO. MADRID. BELLISCO. 2015.

Capítulo 174

PREVENCION DE LAS ULCERAS POR PRESION EN EL PACIENTE ENCAMADO

PAULA DE LA FUENTE SANCHEZ

1 Introducción

Los pacientes que tienen limitada su movilidad y por ello deben de permanecer largos periodos encamados en los hospitales, residencias o en sus casas son los que corren más riesgos de padecer úlceras por presión (UPP).

Las UPP son lesiones de la piel y del tejido subcutáneo producido por la presión que se ejerce sobre la piel, esta presión reduce el aporte sanguíneo como consecuencia la piel muere, empezando por la capa superficial (epidermis). Fricción del roce de la cama o sábanas como consecuencia se desgasta la capa externa de la piel. Tracción o fuerzas de cizallamiento. Finalmente nos encontramos con dos coadyuvantes que aumentan el riesgo: la humedad y nutrición inadecuada.

Los primeros síntomas que padece el paciente son: zona de la piel enrojecida u oscura, dolor, picor local o escozor, herida que no se cura, necrosis o zona de piel muerta. Las UPP se clasifican en estadios que nos indican la gravedad de la lesión del tejido blando:

Estadio I: se manifiesta como un eritema cutáneo que no palidece al presionar. El paciente puede tener dolor, prurito, variación en la temperatura de la piel.

Estadio II: pérdida de la continuidad de la piel, que afecta a la capa superficial o a la dermis. Se manifiesta como una ampolla o abrasión.

Estadio III: lesión o necrosis del tejido subcutáneo.

Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con afectación del músculo, hueso y afectación de estructuras de sostén.

2 Objetivos

- Evidenciar la importancia de las escalas en la prevención de las úlceras por presión, especificando la escala más efectiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves: úlceras por presión, escalas, prevención.

4 Resultados

- En la práctica clínica a veces no se puede clasificar una úlcera debido a que se encuentra cubierta de una capa de detritos o por una costra superficial gruesa. En la práctica clínica disponemos de herramientas que nos van a ser de gran utilidad en la prevención de aparición de las úlceras por presión, llamadas escalas las características que deben cumplir son: alta sensibilidad y especificidad, buen valor predictivo, fácil uso y que sean aplicable en varios contextos. Las más utilizadas son la escala Norton, Braden y Emina.

Escala Norton: evalúa el estado mental, estado general, actividad, movilidad e incontinencia, con puntuación de 4 en cada apartado a 1. Si sale un valor después de cumplimentarla de 12 puntos o menos, hay un riesgo muy alto de desarrollar úlceras.

Escala Braden: evalúa la percepción sensorial, la exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones. Siendo un valor de 12 puntos o menos paciente de altos riesgo en desarrolla úlceras por presión.

Escala Emina: evalúa estado mental, movilidad, humedad relacionado con incontinencia, nutrición y actividad. Siendo un riesgo bajo de 8 a 15 puntos.

Escala Waterlow: esta escala fue desarrollada debido a las limitaciones de la escala Norton para clasificar a un grupo de pacientes con riesgo, esta escala incorpora: peso/talla/edad/sexo.

- Las escalas mas utilizadas son la Braden y Emina ya que nos permiten identificar de forma precoz, rápida y fácil a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión, además de proporcionar un criterio objetivo para la aplicación de medidas preventivas.

5 Discusión-Conclusión

La correcta utilización de las escalas de valoración es fundamental en el ejercicio de la profesión, tenemos a nuestra disposición un abanico de escalas, las cuales todas evalúan, la situación de riesgo del paciente. Por lo que enfermería tiene que concienciarse en la buena utilización de las mismas, ya que la mejor intervención es la prevención.

6 Bibliografía

- Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia.
- Úlceras decúbito, Trastornos de la piel. Manual MSD para el público general.
- Clasificación- estadiaje de las úlceras por presión.
- Úlceras por presión. Úlceras.net
- Documento técnico GNEAUPP N^o11-2008.

Capítulo 175

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN EL ASMA.

NOEMI GARCIA SANCHEZ

SILVIA PEREZ TABOADA

CONCEPCION FERNÁNDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación terapéutica como el conjunto de actividades educativas esenciales del manejo de enfermedades, por profesionales de la salud formados en el campo de la educación.

El asma es una afección crónica o prolongada que inflama y estrecha de manera intermitente las vías respiratorias en los pulmones. La inflamación hace que las vías respiratorias se hinchen. El asma causa períodos de respiración sibilante, opresión en el pecho, dificultad para respirar y tos.

La educación terapéutica es un componente esencial en el tratamiento del asma. Debe formar parte de un programa integral de atención al niño y adolescente asmático con seguimiento y valoraciones periódicas.

2 Objetivos

- Mejorar el manejo del asma gracias a la educación terapéutica efectiva.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Componentes de los programas de educación sobre asma :

- Educación, conocimientos de asma.
- Adquisición de habilidades: monitorizar los síntomas de asma, monitorizar los valores con el medidor de pico-flujo.
- Revisiones periódicas por parte del médico o la enfermera, evaluación de asma y revisión del tratamiento.
- Plan de acción escrito individualizado: autocontrol, ajuste de medicación por el propio paciente en caso de exacerbación / empeoramiento de asma

El contenido de la educación del paciente asmático es:

- Comprender la enfermedad (explicar qué es el asma, objetivos del tratamiento)
- Identificar factores desencadenantes (alergenos, contaminación, infecciones respiratorias, humo de tabaco, interrupción de tratamiento de fondo, esfuerzo físico).
- Conocer medios de prevención de las crisis y signos de gravedad
- Comprender las modalidades de tratamiento y su papel (crisis y tratamiento de fondo).
- Diferenciar inflamación de los bronquios y broncoespasmo.
- Conocer la seguridad de los corticoides.
- Conocer la ausencia de contraindicación absoluta para realizar ejercicio (salvo submarinismo).
- Contenido de habilidades.
- Técnicas de inhalación y del medidor de pico flujo.
- Enseñar respiración en situaciones como deporte, episodio de estrés, etc.
- Contenido de aptitudes, ser capaz de: Interpretar los valores de FEM, reconocer síntomas.

- Adaptar el tratamiento según el plan de acción (en niños con o sin ayuda de su entorno).
- Solicitar ayuda de sus cuidadores según el grado de urgencia (médico, hospital o 112).
- Adoptar su tratamiento en función de los riesgos del entorno personal y social (ej. ejercicio, humo)
- Cuidar su enfermedad en armonía con sus actividades y proyectos.
- Reconocer el efecto nocivo del tabaco y solicitar ayuda para dejarlo.
- Desarrollar comportamientos de prevención de exacerbaciones de asma en situaciones de exposición a factores desencadenantes.
- Explicar a su entorno la enfermedad y la conducta a seguir en caso de crisis.
- Seleccionar información útil sobre su enfermedad (revistas, internet).
- Realizar ejercicio físico en función de su tolerancia al esfuerzo

La monitorización de la enfermedad por el propio paciente puede permitir una detección temprana de las exacerbaciones y su posible tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La educación se ha mostrado esencial, pero no es un componente suficiente para un programa educativo. Los programas de educación limitada para el asma que sólo proporcionan información han mostrado que no reducen los ingresos, las visitas al médico o el uso de medicación para el asma, pero que pueden ser importantes para mejorar la percepción de los síntomas por parte de los pacientes.

6 Bibliografía

- Base de datos del Instituto Nacional de Estadística.
- Abramson et al. (2001). Are asthma medications and management related to deaths from asthma? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163(1), 12-18.
- Baren, J., et al. (2001). A randomized, controlled trial of a simple emergency department intervention to improve the rate of primary care follow-up for patients with acute asthma exacerbations. *Annals of Emergency Medicine*, 38(2), 115-122.

Capítulo 176

MANEJO DE LA CONVULSION FEBRIL

SILVIA PEREZ TABOADA

NOEMI GARCIA SANCHEZ

CONCEPCION FERNÁNDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Existen múltiples definiciones de la convulsión febril. La definición más completa, es la que la define como una convulsión que ocurre en la infancia después de 1 mes de edad asociada con enfermedad febril no causada por una infección del Sistema Nervioso Central, sin convulsiones neonatales previas o convulsión no provocada, y que no cumple criterios para englobarla en otra causa de convulsión sintomática”

Las convulsiones febriles entre otras causas, se deben a una respuesta del cerebro ante un aumento brusco de la temperatura corporal en los niños de menos de 5 años, normalmente por infecciones en niños sanos sin problema neurológico alguno, sin infección del Sistema Nervioso Central o desequilibrio electrolítico. Generalmente, se consideran crisis o episodios inofensivos sin repercutir en un problema grave aparente.

La convulsión febril es un proceso benigno de la infancia limitado en el tiempo que afecta a un pequeño porcentaje de niños. La mayoría solo la padecen una vez en su vida, pero causa una gran preocupación en la familia del paciente. Entre un 2 y un 5 % de los niños sanos sufren al menos una convulsión febril a lo largo de su vida. Entre el 20-25% de los casos entre los 0 y 1 año y entre el 6-15% después

de los 4 años. Se considera un proceso benigno que ocurre en niños generalmente sanos y constituyen el trastorno más frecuente en la infancia, existiendo fuerte predisposición genética que va asociada a otros factores ambientales. Presentando mayor predisposición los niños que las niñas.

La convulsión febril en niños causa en la mayoría de las familias que las presencian escenas de gran nerviosismo y preocupación por lo que es labor de enfermería y medicina (pediatra) facilitar la información necesaria para que los padres estén tranquilos y sepan actuar en el caso de presenciar crisis o convulsiones.

2 Objetivos

- Exponer los signos de la convulsión febril, así como las recomendaciones en su manejo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las Manifestaciones clínicas suelen durar menos de 5 min. El niño puede: Mantener una postura corporal rígida, contraer una parte del cuerpo, comenzar con sacudidas, quedarse completamente flácido, quedarse con la boca fuertemente cerrada y morada, perder la conciencia de forma brusca, presentar mirada perdida y pérdida de conciencia.

Los pasos a seguir en la actuación durante las convulsiones son los siguientes:

- En primer lugar, mantener la calma en la medida de lo posible. Se deberá tumbar al niño de lado durante el tiempo que dure la crisis.
- Asegurar la zona de objetos con los que pueda golpearse.
- No meterle nada en la boca.
- Administrar antitérmico via rectal si no se ha administrado en las últimas 2h.

- Acudir al médico(centro de salud u hospital más cercano).

Consideraciones:

- Tras la convulsión el niño quedará en estado postcritico y volverá paulatina-mente a su estado normal.
- Pueden ser provocadas por cualquier infección , ya sea de tipo respiratorio o gastroenteritis entre otros.
- Tras la primera crisis, es probable que se vuelva a repetir.
- El tratamiento de elección para las convulsiones febriles son los antitérmicos habituales.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del personal de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Pozo Lauzán Desiderio Rafael. Crisis febriles. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2018 Dic [citado 2020 Ene 02] ; 90(4): e682 . Convulsión Febril. Procedimiento de trabajo. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. [revisado 02 de enero de 2020].
- Molina JC, De la Torre M. Convulsiones. Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. AEPED. [Acceso 03/01/2020].
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 177

LA VACUNACIÓN GRIPAL EN LOS PACIENTES ASMÁTICOS

NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA

M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL

RAQUEL MUÑIZ PERERA

1 Introducción

El asma es una enfermedad que provoca que las vías respiratorias se inflamen y se estrechen. Esto hace que se presenten sibilancias, dificultad para respirar, opresión en el pecho y tos. Es causada por una inflamación (hinchazón) de las vías respiratorias.

Cuando se presenta un ataque de asma, los músculos que rodean las vías respiratorias se tensionan y su revestimiento se inflama. Esto reduce la cantidad de aire que puede pasar por éstas.

En las personas con vías respiratorias sensibles, los síntomas de asma pueden desencadenarse por la inhalación de sustancias llamadas alérgenos o desencadenantes. La vacunación gripal se recomienda para los pacientes asmáticos en muchos países debido a que los estudios observacionales han revelado que la infecciones gripales pueden asociarse con exacerbaciones del asma.

Las personas con asma tienen alto riesgo de presentar complicaciones graves por la influenza, incluso si su asma es leve o los síntomas están bien controlados

con medicamentos. Esto se debe a que las vías respiratorias de las personas con asma son delicadas y se mantienen inflamadas, y la influenza puede agravar la inflamación de las vías respiratorias y los pulmones.

La infección por el virus de la influenza en los pulmones puede desencadenar ataques de asma y puede empeorar los síntomas del asma. También puede conducir a una neumonía u otras enfermedades respiratorias graves. De hecho, los adultos y niños con asma son más propensos a desarrollar neumonía después de contraer la influenza que las personas que no tienen asma. El asma es la afección más común entre niños hospitalizados por la influenza y una de las afecciones médicas más comunes entre adultos hospitalizados.

Existe cierta controversia a pesar de las recomendaciones y de los estudios en cuanto a administrar la vacuna de la gripe a los pacientes asmáticos, ya que en muchas ocasiones es la propia vacuna la que ocasiona una crisis asmática.

2 Objetivos

- Conocer las complicaciones tanto de poner como de no poner la vacuna a pacientes con problemas asmáticos y su manejo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- La vacunación en pacientes asmáticos no sólo del virus de la influenza sino de otros muchos virus y afecciones resulta importante en la prevención primaria de estos pacientes, aunque en ciertos casos al ser vacunas de virus atenuados puede que la propia vacuna desencadene una crisis asmática.
- Dos ensayos incluyeron a 1.526 adultos y 712 niños que recibieron la vacunación

inactivada contra la gripe y examinaron los efectos perjudiciales causados inmediatamente después de la inyección. Estos estudios descartaron la probabilidad de que no más de cuatro de cada 100 pacientes tengan como resultado una crisis asmática en las dos primeras semanas después de la inyección contra la gripe, con lo que no existe suficiente información para comparar los diferentes tipos de vacunación.

5 Discusión-Conclusión

Hay cierta incertidumbre sobre el grado de protección contra las exacerbaciones del asma relacionadas con la infección por influenza que proporciona la vacunación. Las pruebas de los ensayos recientemente publicados indican que no hay aumento significativo de las exacerbaciones del asma inmediatamente después de la vacunación (al menos con las vacunas inactivadas contra la influenza). Existen dudas sobre el posible aumento de las sibilancias y los ingresos hospitalarios de los recién nacidos que reciben la vacunación intranasal viva.

6 Bibliografía

- Cates CJ, Jefferson TO, Rowe BH. Vacunas para la prevención de la gripe en pacientes asmáticos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- Christopher J Cates, Brian H Rowe. “Vacunas para la prevención de la gripe en pacientes asmáticos”. 28 Febrero 2013. Revisión cochrane.

Capítulo 178

ALTERNATIVA A LAS SUTURAS, LAS TIRAS ADHESIVAS DE APROXIMACIÓN.

CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Comparación y principales usos de las suturas con tiras adhesivas de aproximación.

2 Objetivos

- Conocer los usos, ventajas e inconvenientes de las tiras adhesivas frente a otras suturas.

3 Metodología

Revisión sistemática de publicaciones científicas actuales (últimos 5 años) en buscadores Dialnet, Cinhal, Medline, Pubmed, revista abierta DOAG y en la AEDV. Descriptores: suturas, tiras, adhesivas, aproximación. Criterios: estudios dermatológicos, no comerciales, de acceso completo y en español o inglés. Resultados: 165 de los que se seleccionaron 10.

4 Resultados

Están descritos usos similares desde hace muchos años ante la ausencia de suturas con seda, donde se utilizaba simple cinta adhesiva o esparadrapo para unir ambos bordes de una herida y frenar la hemorragia.

Actualmente, existen en el mercado una amplia gama de tamaños, características y tipo de adhesivo, teniendo incluso algunas la posibilidad de aplicar pegamento especial para heridas.

Su uso está indicado en heridas superficiales, no muy extensas, con bordes limpios, rectos e íntegros, en donde una aproximación simple crea un sello entre ambos bordes de la herida.

La técnica es básicamente indolora, y tras la limpieza y desinfección previa, y usando preferiblemente una técnica estéril sin contacto, se aplica la mitad de la superficie de una tira (previamente seleccionada por su tamaño y características para la herida específica), y una vez aplicada en esa mitad, se realiza tensión hacia el otro extremo, realizando un cierre mecánico de los bordes de la herida. Sin retirar dicha presión, se adhiere la otra mitad de la tira al otro borde, quedando los bordes de la herida unidos por presión mecánica.

La tira debe disponerse de forma perpendicular al trazado de la herida para su mejor efectividad y se pueden colocar varias tiras, dependiendo de la longitud de la misma. Se recomienda, al menos, 20mm de tira adhesiva desde cada extremo de la herida para asegurar una mayor eficacia, pero los investigadores recomiendan utilizar el largo de la tira que tiene de fábrica y no recortarlo salvo que anatómicamente no sea posible.

El cuidado de dicha sutura adhesiva es muy simple. Obviamente, al ser un objeto adhesivo, no se puede lavar, pero si se puede aplicar una solución antiséptica tipo Povidona Yodada justo sobre la línea de la herida una vez al día, para limitar el riesgo de infección. También es recomendable mantener tapada la sutura durante las primeras 48 horas al menos. Normalmente, y si no se manipula, la herida suele desaparecer al cabo de 5 a 7 días y las tiras adhesivas se suelen desprender solas al cabo de ese tiempo.

También destaca su uso en intervenciones quirúrgicas que requieren uso de sutura con seda, como coadyuvante en las zonas más distales de la herida, para reforzar la sutura en su conjunto.

5 Discusión-Conclusión

La sutura clásica con seda era la más usada en la última década, pero últimamente está en auge las técnicas no invasivas o mínimamente invasivas, por lo que la sutura con puntos adhesivos de aproximación está totalmente instaurada en todos los servicios sanitarios, para las heridas apropiadas a este método.

Con una aplicación correcta, un cuidado apropiado y una educación al paciente suficiente, es uno de los métodos de elección para heridas no profundas y no complicadas, normalmente en heridas suturadas por primera intención, sin bordes irregulares, ni alto riesgo de infección.

6 Bibliografía

- López López, L.; Janeiro Arocas, J.M.; Alonso Tajés, F; Calleja Sanz. J.; Bouzas Vivero, M.C.; Cirugía ungueal. Técnica de Winograd; El Peu 2002.
- Pérez San Martín, A.; Sabido Septien, A.; Mir Gil, J.; Modificación de la técnica de sutura en el procedimiento de Winograd; Rev Esp Podol 2011.
- ALTABLE DE LA TORRE. Manual de Cirugía Menor para médicos de atención primaria. 4ª Ed. Edita IM&C S.A. Madrid, 1997
- DOMÍNGUEZ ROMERO, M.; GALIANA MARTÍNEZ, J.A.; PÉREZ VEGA, F.J. Manual de cirugía menor. Aran Ediciones S.L. Madrid, 2002. Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. Capítulo 10: "Infecciones Cutáneas". SemFyC. 2010.
- PORRERO, J.L. Cirugía Mayor ambulatoria. Manual práctico.Ed. Doyma. Madrid, 1999.
- SCHNIEDMAN, L. Manual de procedimientos de enfermería. Ed. Interamericana. 1993.
- Achauer, B., Erikson, E., et al. Plastic Surgery: indications, operations an outcomes. 2000.
- Robson, M. Cicatrización de heridas y reparacion de tejidos.
- Fundacion Alberto J. Roemmers. Buenos Aires,1 998.
- Rodríguez, C. De y Bernal, P. Primeros auxilios. Editorial Concepto y Producto.

Capítulo 179

CONSEJO BREVE ANTITABÁQUICO EN MUJERES MENOPÁUSICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El tabaquismo es el principal factor de riesgo para patologías cardíacas y respiratorias puesto que aumenta la mortalidad. En la mujer menopáusica se añade como factor de riesgo también la osteoporosis. Por ello, los consejos antitabáquicos son importantes abordarlos desde la consulta de atención primaria.

2 Objetivos

- Analizar el impacto del consejo breve antitabaco en la mujer climatérica.

3 Caso clínico

Se valoró a todas las mujeres menopáusicas que acudían por decisión propia a la consulta sobre el hábito tabáquico. Se incluyó en la investigación a las mujeres fumadoras, como mínimo con dependencia moderada y en fase precontemplativa. Finalmente tres mujeres se incluyeron en el estudio. En la segunda consulta se relacionó tabaquismo y osteoporosis y se les dio el consejo breve. Se volvió a citar

a las mujeres en tres meses, haciendo coincidir la cita con las visitas programadas del climaterio en las que además se trataron dieta y ejercicio.

4 Resultados

Después de la intervención, dos mujeres dejaron el hábito de fumar, eliminando ese factor de riesgo en la edad climatérica. La tercera mujer no dejó de fumar pero al valorar de nuevo el proceso de deshabitación, se encontraba en fase contemplativa. Por lo tanto, el consejo breve de salud es efectivo en la consulta de la mujer climatérica.

5 Discusión-Conclusión

El consejo breve antitabaco se puede dar en cualquier tipo de consulta, pero en la consulta de atención primaria durante el periodo climatérico adquiere mayor relevancia. Las mujeres son más receptivas en ese periodo y se muestran motivadas para abandonar el hábito.

6 Bibliografía

- González-Enríquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolas A, De las Heras A, Musin A, Fernández E, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tabaquismo en España.. *Gac Sanit*, 16 (2002), pp. 308-17
- Comas A, Suárez R, López ML Cueto A.. Efectividad a largo plazo del consejo antitabaco en atención primaria: el proceso de recaída. *Rev Esp Salud Pública*, 70 (1996), pp. 283-93

Capítulo 180

LAS LIPODISTROFIAS EN LOS INSULINODEPENDIENTES

RAQUEL MUÑIZ PERERA

NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA

M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

Palabras clave: lipodistrofia, diabetes mellitus tipo 1, insulina.

La lipodistrofia (lipohipertrofia, lipoatrofia) es una complicación dada por la técnica inadecuada de inyección subcutánea de insulina. Es común en pacientes insulino-dependientes que precisan de inyecciones subcutáneas diarias de insulina, lo que unido a una mala técnica de inyección y a la escasa rotación de la zona de punción produce alteraciones en el tejido conocidas como lipodistrofias.

Básicamente se reconocen bien por ser prominencias del tejido celular subcutáneo, provocan problemas de estética y principalmente de absorción de la insulina.

La lipodistrofia es una complicación frecuente por inyección subcutánea de insulina que puede presentarse como lipohipertrofia (LH) o como lipoatrofia. La LH se ha reportado hasta en el 50% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y se da a cualquier edad, en cualquier sitio de inyección y sin importar el tiempo

de tratamiento; el tamaño de los cambios subcutáneos varía mucho y es más fácil palparlos que verlos.

La técnica de la inyección es importante para el éxito del tratamiento. Se debe administrar en la profundidad del tejido celular subcutáneo mediante un amplio pliegue que asegure que la inyección es subcutánea y no intramuscular, excepto en los glúteos, donde la profundidad del tejido subcutáneo en general es superior a la máxima longitud de las agujas comercializadas. El pliegue se ha de dejar una vez inyectada la insulina; siendo importante no sacar inmediatamente la aguja una vez acabada la inyección, para evitar el rebosamiento de la insulina.

La formación de las lipohipertrófias es muy lenta, en general, se necesitan años antes de que aparezcan, pero una vez formadas su desaparición es también paulatina, por lo que se debería evitar inyectar insulina en la zona afectada durante largos períodos, incluso años, dependiendo del tamaño y la amplitud de la zona hipertrófica.

2 Objetivos

- Definir qué son las lipodistrofias y por qué se producen.
- Describir el manejo y educación del paciente diabético.
- Destacar la importancia de la educación diabetológica como pilar fundamental de la prevención.

3 Metodología

Búsqueda de bibliografía en bases de datos oficiales científicas para encontrar artículos principalmente en castellano, no más antiguos del 2008 mediante el uso de términos descriptores de la salud.

4 Resultados

Se encontró en varios estudios lipohipertrfia insulínica en la mayoría de los pacientes, siendo los brazos los de mayor número de lesiones, a pesar que todos usaban insulinas humanas, la mayoría de las insulinas regulares y un pequeño grupo análogos de insulina, debiendo ser menos común la aparición de estas lesiones.

Todos los pacientes tenían tratamiento de múltiples dosis de insulina, no rotaban adecuadamente los sitios de inyección y reutilizaban las agujas, lo que favorece la aparición de lipohipertrofias, constatándose deficiencias en los conocimientos y habilidades de la técnica de inyección

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales causas es la pobre educación diabetológica, cuya consecuencia empeora la evolución del paciente y de la enfermedad. Es la buena educación diabetológica la que proporciona la base para un tratamiento exitoso, pues aumenta la seguridad del tratamiento, mejora la calidad del control metabólico, incrementa el bienestar psicosocial, previene las complicaciones y reduce los costos del manejo de la enfermedad, educación que comienza principalmente por el personal de enfermería tanto en el medio hospitalario como principalmente en las consultas de atención primaria.

Personas con diabetes y/o familiares:

- Adecuada rotación.
- Recambio de agujas o catéteres.
- Autoevaluación.

Profesionales:

- Individualizar técnica.
- Valoración de la técnica periódicamente.
- Educar y motivar al paciente y/o familia.

6 Bibliografía

- Volkova NI, Davidenko IY. Lypohypertrophy in patients receiving insulin therapy: state of the art. *Diabetes mellitus*. 2011;14(2):86-9.
- Pinilla AE, Barrera MP, Rubio C, Devia D. Actividades de prevención y factores de riesgo en diabetes y pie diabético. *Acta Med Colomb*. 2014;39(3):250-7
- Frid A, Hirsch L, Gaspar R, Hicks D, Kreugel G, Liersch J, et al. TITAN. Nuevas Recomendaciones en Técnicas de Inyección para pacientes con diabetes. Madrid: BD Medical - Diabetes care; 2008.
- Isla P, López C, Valls R. Diabetes mellitus. Expectativas de futuro en la educación sanitaria. *ROL*. 1997 [citado 10 Jul 2014];224:51-3

Capítulo 181

GUÍA PARA LA CORRECTA AUTOMEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN DOMICILIO (AMPA)

SILVIA GOMEZ GONZALEZ

REBECA IVARS NULES

1 Introducción

La Hipertensión Arterial (HTA) es el primer factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular y en España su prevalencia en adultos mayores de 18 años es de aproximadamente un 38% y del 68% en los mayores de 65 años, siendo responsable de unas 40.000 muertes/año. Según la OMS se considera hipertensión cuando la TAS > 140 y/o > 90 mmHg. A parte de la medición en la consulta, el médico de familia o la enfermera pueden necesitar de más información para su diagnóstico como es el uso de la AMPA (AutoMedición de la Presión Arterial).

La AMPA es útil para el diagnóstico de HTA de la bata blanca y de la HTA enmascarada. La HTA de la bata blanca es aquella HTA que se determina en la consulta pero que no es confirmada ambulatoriamente. Es frecuente en mujeres, personas mayores y no fumadoras. Se debe sospechar si se determina en consulta:

- HTA grado 1 (TAS 140-159 y/o TAD 90-99 mmHg).
- En aquellos pacientes sin daño orgánico, asintomáticos y con bajo riesgo cardiovascular.

La HTA enmascarada es aquella cuyos valores fuera de la consulta son mayores que en la consulta. Es frecuente en hombres, jóvenes, fumadores, consumo alco-

hol, obesidad, ansiedad, estrés, enfermedad renal crónica, historia familiar con riesgo cardiovascular elevado. La AMPA también es útil para valorar el efecto de los fármacos o valorar nuevas estrategias antihipertensivas, involucrar más al paciente en el control de su dolencia y dilatar el tiempo entre visitas en la consulta.

¿A qué pacientes se debe recomendar AMPA? Pacientes a los que se puede recomendar AMPA.

- Con visión y audición suficiente.
- Con capacidad intelectual suficiente.
- Con motivación para su autocontrol.
- Con buen cumplimiento de las prescripciones.
- Cuando exista un cuidador que se responsabilice de las medidas si no se dan las circunstancias previas.

Pacientes a los que no se debe recomendar AMPA.

- Con déficits físicos y/o psíquicos que dificulten la práctica de la técnica, salvo que exista un cuidador responsable y fiable.
- Con personalidad obsesivo-compulsiva.
- Sin motivación para su autocontrol.
- Con sospecha de manipulación de las lecturas.
- Con tendencia a la automedicación según los resultados.
- Con arritmias y temblor importante.
- Los afectos de pseudohipertensión con rigidez arterial extrema.

Recomendaciones para una correcta automedición en el domicilio.

- No se recomiendan dispositivos de muñeca.
- Manguito: Adecuado al tamaño del brazo; la cámara debe cubrir un 80% del perímetro. El velcro o sistema de cierre debe sujetar con firmeza. Todos los aparatos deben revisarse al menos una vez al año. Existe un listado de los tensiómetros que están validados.
- Realizar 2 tomas diarias (mañana y noche).
- Es preferible realizar durante 7 días seguidos.

Circunstancias a evitar:

1. Consumo de caféina o tabaco en los 15 minutos previos.
 2. Administración reciente de fármacos con efecto sobre la PA (incluyendo los antihipertensivos).
- Debe tomarse en un ambiente tranquilo, sentado, con la espalda y el brazo apoyados, piernas sin cruzar, con la vejiga vacía y tras 5 minutos de reposo.

- Realizar 2 mediciones cada vez, separadas por 3 minutos.
- Anotar en un diario inmediatamente.
- Se debe calcular la media tanto de la TAS como de la TAD, es decir, se suman los 14 valores anotados de la TAS y se divide entre 14, el resultado será la media.

Realizar la misma operación con los valores de la TAD. El diagnóstico de HTA de “bata blanca” debe ser confirmada por MAPA de 24 horas. La MAPA es el método de referencia para la medición fuera de la consulta

2 Objetivos

Analizar y detallar la correcta automedición de la tensión arterial a nivel domiciliario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Este método dispone de ventajas e inconvenientes:

Ventajas:

- Es una técnica sencilla, segura y de bajo coste.
- Proporciona más información sobre las repercusiones orgánicas de la hipertensión arterial que la presión arterial clínica.
- Permite conocer el efecto del fármaco sobre los valores de presión arterial a diferentes horas del día.
- Evita el fenómeno de la “bata blanca”.
- Puede ser realizada por la propia persona en el domicilio.
- Fomenta la adherencia terapéutica, el control y conocimiento del paciente sobre su enfermedad.
- Contribuye a la reducción de costes en el seguimiento de la HTA.
- Su coste es menor que el de la MAPA.

Inconvenientes:

- Se necesita un entrenamiento previo de la persona para realizar correctamente las mediciones, registrar e interpretar los valores.
- No todas las personas son candidatas a realizar esta técnica. La persona no debe tener limitaciones físicas, y debe poseer un nivel cognitivo e intelectual adecuado o disponer de una persona que colabore en las medidas.
- Se precisa de un tensiómetro validado y correctamente calibrado.
- No se recomienda en personas con personalidad obsesiva o neurótica, por el riesgo a sobreutilizar la técnica.
- Puede inducir al paciente a tomar decisiones sobre su tratamiento.
- No permite efectuar tomas durante las horas de sueño.
- Coste de los aparatos de AMPA.

5 Discusión-Conclusión

El profesional de enfermería de atención primaria debe ejercer su función educadora formando a aquellos pacientes en la correcta automedición de la TA así como, reconocer aquellos pacientes que pueden realizar correctamente dicha medición para obtener información importante para un mejor control de sus valores tensionales y saber si necesitan o no de un cambio de tratamiento farmacológico.

6 Bibliografía

- Bonet Plá A., Dalfó i Baqué A., Domínguez Sardina M. et al. Automedida de la presión arterial (AMPA) en atención primaria (II) Revista atención primaria Vol. 31. Núm. 9. Páginas 606-612 (Mayo 2003).
- Coca A., Bertomeu V., Dalfó A., et al. Automedida de la presión arterial. Documento de Consenso Español. Nefrología, 27 (2007), pp. 139-153.
- Fernández Arquisola C., Vicente Carrasco E., Sánchez García N. et al. Nueva infografía: Automonitorización de la Presión Arterial (AMPA).
- Grupo de Trabajo de la SEC para la guía ESC ESH 2018 sobre la hipertensión arterial, revisores expertos para la guía ESC ESH 2018 sobre la hipertensión arterial.
- Comentarios a la guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Española de Cardiología. Vol. 72. Núm. 2. páginas 104-108 (Febrero 2019).

- División Garrote, JA. (2015). Medidas domiciliarias de presión arterial. Documento de consenso. SEH-LELHA 2014. Hipertensión y Riesgo Vascular, 32(1), 27–39.
- Menéndez, E; Delgado, E; Fernández-Vega, F; Prieto, M. A; Bordiú, E; Calle, A; Soriguer, F. (2016). Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. Revista Española de Cardiología, 69(6), 572–578.

Capítulo 182

AFRONTAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

NATALIA TAMÉS RIESGO

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

ROSANA VALDÉS

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud en el año 2020, declaró el síndrome de Burnout o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo, como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida, pudiendo originar en muchas ocasiones de momentos de estrés y cansancio. Sus rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. El síndrome del Burnout se caracteriza por ser un proceso multicausal, donde existen muchas variantes involucradas, como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional.

Es un síndrome relacionado con el personal sanitario, el cual impide cumplir las expectativas propuestas, en la mayoría de los casos por la sobrecarga de trabajo.

Existen diferentes pautas, tanto a nivel individual (técnicas de relajación, auto-control), como a nivel de equipo de trabajo (formación adecuada, rotación de tareas, reuniones de equipo). Actualmente el síndrome del Burnout está considerado como una enfermedad profesional, por lo que es muy importante entenderlo para poder prevenirlo y tratarlo. Es de gran importancia la detección temprana para evitar que suponga un estado de agotamiento en el profesional, lo cual puede provocar una enfermedad crónica.

2 Objetivos

Identificar el síndrome del burnout, así como las pautas para su afrontamiento.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Scielo. Utilizando como descriptores de Ciencias de la salud: Cansancio, estrés, Burnout y fatiga. Se han seleccionado artículos publicados en idioma español e inglés.

4 Bibliografía

- Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11, 4, 305-309.
- M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología, 10, 117-125.
- 5. Korczak, D., Huber, B. & Kister, C. (2010). Diferencial.

Capítulo 183

EL ESTRÉS EN EL PROFESIONAL SANITARIO

NATALIA TAMÉS RIESGO

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

1 Introducción

A lo largo del siglo XX los riesgos psicosociales se han convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, vinculado al trabajo y a la actividad laboral.

Tradicionalmente los servicios de prevención de riesgos laborales abordaban temas relacionados con la seguridad e higiene, mientras que hasta no hace mucho, los factores psicosociales no eran considerados como una prioridad.

Actualmente el estrés se ha convertido en uno de los principales problemas para la salud de los profesionales sanitarios, repercutiendo en su calidad de vida.

La OMS define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y contractuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades. Por tanto, el estrés laboral es uno de los riesgos psicosociales más importantes en nuestra sociedad y entre los principales retos relacionados con su estudio, deberán encaminarse hacia la identificación de nuevos estresores presentes en el entorno laboral y a la necesidad de atender simultáneamente el bienestar del empleado y de la organización.

Las profesiones sanitarias son consideradas como uno de los sectores profesionales más expuestos niveles elevados de estrés.

2 Objetivos

Conocer el estado actual del estrés en el personal hospitalario e identificar los principales métodos de evaluación del estrés.

3 Metodología

Se han seleccionado artículos publicados en idioma español e inglés. Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Scielo.

Utilizando como descriptores de Ciencias de la salud: estrés, fatiga, personal del hospital y estrés psicológico.

4 Bibliografía

- Mingote Adán C y Antón A. El Estrés del médico. Ed. Díaz de Santos. 1999. ISBN: 84-7989-407-5.
- Mingote Adán C, Moreno B y Galvez M. El desgaste del médico. Ed. Díaz de Santos. 2009. ISBN: 978-84- 7978-919-

Capítulo 184

LA TETANALGESIA COMO MÉTODO DE DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO EN LA REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE ENFERMERÍA.

ANA MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ

LEYRE IBERO PEMAN

CRISTINA HUARTE USTARROZ

CARMELA TROYAS VISUS

1 Introducción

En la actualidad, los recién nacidos son sometidos, desde casi el nacimiento, a técnicas de enfermería como son: la prueba de talón, la vacunación, extracción de sangre, etc. que generan dolor. Los temas relacionados con el dolor en niños pequeños han tenido poca atención, seguramente por la concepción errónea debido a la creencia de que su inmadurez biológica les hacía percibirlo de manera más tenue o incluso ni sentirlo. Todo ello nos ha llevado a desatender el dolor en las diferentes técnicas de enfermería.

La administración de vacunas es el procedimiento doloroso que con más frecuencia se realiza a los neonatos. La falta de un manejo inadecuado del dolor provoca en ellos un sufrimiento innecesario.

La tetanalgesia es un término creado para designar uno de los efectos de la lactancia y su aplicación como medida de analgesia no farmacológica. Consiste en aprovechar el efecto de alivio del dolor y de consuelo que tiene el amamantamiento cuando se realizan pruebas o maniobras médicas dolorosas en los bebés, como las pruebas de talón en los recién nacidos, vacunaciones, extracciones de sangre, etc.

2 Objetivos

-Hacer de estos procedimientos de enfermería unos momentos menos estresantes y más humanos mediante maniobras no farmacológicas, como es el amamantamiento, a la vez que involucramos a los padres en su cuidado y consuelo.

3 Metodología

Se denomina analgesia no farmacológica a una serie de medidas profilácticas y complementarias que tienen como objetivo la disminución del dolor sin la administración de medicación.

Hace más de 30 años se pensaba que los neonatos eran incapaces de sentir dolor, por lo que no era un motivo de preocupación de los profesionales que cuidaban del los recién nacidos. Muchos ensayos se interesaron en la década de los 90 por la analgesia no farmacológica en neonatos y lactantes durante los procedimientos dolorosos, pero es a la llegada del siglo XXI cuando se empieza a considerar la importancia de implantar la analgesia no farmacológica en las unidades neonatológicas y en los Centros de Atención Primaria.

Hoy en día existen numerosas pruebas que demuestran que los neonatos son capaces de sentir el dolor, se ha demostrado una respuesta fisiológica y hormonal al dolor similar e incluso exagerada al de niños mayores y adultos.

Actualmente, todo el mundo sabe y es comprobado científicamente que la lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, además del aspecto de apego y cariño que permite transmitirse entre el bebé y la madre.

Pero también tiene otro beneficio que no se conoce tanto, se trata de la tetanalgesia, la cual consiste en un utilizar el amamantamiento para aliviar el dolor que producen las técnicas dolorosas o molestas al bebé.

Amamantar se considera una técnica analgésica combinada, pues reúne distracción por la succión, liberación de opioides endógenos debido al sabor dulce, con-

tacto piel con piel y efecto antiestrés por la liberación de oxitocina y, posiblemente, de melatonina. Consiste en aprovechar el efecto analgésico del amamantamiento mientras se realizan procedimientos dolorosos. En lactantes de corta edad (hasta 12 meses) es el método no farmacológico más idóneo, ya que tiene coste cero, no precisa formación de los padres y, además, la leche materna es la ideal para los bebés y, a la vez, el amamantamiento fomenta la participación activa de los padres.

4 Resultados

En España ha habido dos documentos muy importantes para el impulso de la implantación de estos procedimientos en nuestro país: la publicación por el Ministerio de Sanidad y política social del libro-CD Cuidados desde el nacimiento Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas, y la publicación de la técnica de amamantamiento cuando se realizan maniobras dolorosas.

El comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-EAP) vio la necesidad de crear un equipo multidisciplinar que elaborara una guía o conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia para el control del dolor durante la vacunación infantil. Los objetivos fueron: hacer del acto de vacunación un momento menos estresante, humanizar el acto de vacunación, conseguir mayor adherencia a los calendarios vacunales y disminuir las secuelas psicológicas.

Además, un estudio realizado en un hospital materno-infantil de Toronto Canadá pone de manifiesto que, a los padres que se les dio información sobre las medidas de analgesia no farmacológica antes del alta, usaron con más frecuencia métodos para reducir el dolor en los niños en las vacunaciones. Por ello, sería importante que estas recomendaciones fueran añadidas a la información que se da a las familias.

También se realizó una revisión en la cual se usaron 10 ensayos clínicos, un total de 1066 lactantes, y se demostró que a los que se les dio pecho lloraron una media de 38 segundos menos y tuvieron puntuaciones más bajas en escalas de dolor que los bebés que no lo tomaron.

Recientemente, la OMS publicó un artículo de apoyo donde recomienda dar el pecho al bebé durante, o inmediatamente después, para disminuir el dolor.

Muchas publicaciones abordan esta materia, pero en las unidades de pediatría no

siempre se realizan, por desconocimiento o por creencias erróneas. La difusión de estas técnicas y la enseñanza tanto a los padres como a los profesionales ha conducido a un mayor uso de las mismas, un incremento en la satisfacción de los profesionales y las familias.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación del dolor en niños de cualquier edad debe considerarse un derecho humano esencial. La tetanalgesia consiste en aprovechar el efecto analgésico y de consuelo que proporciona el amamantamiento cuando se realizan técnicas y procedimientos dolorosos por parte del profesional de enfermería, pudiendo aprovechar no sólo su capacidad nutritiva, sino también su poder de reconfortar al neonato. Además la lactancia materna no necesita ninguna preparación previa, ni equipo, ni coste adicional, y tampoco supone un gasto extra al sistema sanitario. Se trata de un método sencillo que tanto para el recién nacido como para la madre producen efectos beneficiosos. Para el profesional de enfermería utilizando este método dejamos de ser unos simples ejecutores de la técnica, sino que adoptamos un rol de excelencia ya que ofrecemos unos cuidados de calidad basados en las últimas evidencias científicas.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría. Tetanalgesia: quitar el dolor dando pecho.2013.
2. S. Cañamanero de León. Tetanalgesia para gestionar el dolor en bebés. 2018.
3. Grupo de expertos en asesoramiento estratégico inmunización (SAGE). Por una vacunación más agradable. 2015.
4. FJ. Soriano. Analgesia no farmacológica: necesidad de implantar esta práctica en nuestra atención a recién nacidos y lactantes ante procedimientos dolorosos. *Evid Pediatr.* 2010;6:72
5. N. García Sánchez, M. Merino Moína, C. García Vera, I. Lacarta García, L. Carbonell Muñoz, B. Pina Marqués et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité asesor de vacunas de la AEP. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015;17:317-27
6. MG. Opazo. Lactancia: ¿Sabes qué es la tetanalgesia? Instituto de Políticas Pública en Salud. Universidad de San Sebastián.
7. AM. Benito Herreros. Dar el pecho durante la vacunación reduce el llanto de los bebés. *Evid Pediatr.* 2018;14:30

8. CL. Lobato Miranda, M. Bernal Sánchez-Arjona, J. De las Heras Moreno, E. Delgado Begines. Ensayo clínico aleatorizado sobre tetanalgesia durante la vacunación de lactantes en atención primaria. Biblioteca Lascasas. 2016;12(1).
9. J. Ruiz-Canela Cáceres, GB. Fraile Astorga. El uso de técnicas de analgesia durante la vacunación aumenta tras una intervención educacional. Evid Pediatr. 2019;15:12
10. E. París. Las cinco "S" para que el bebé no llore con las vacunas. 2012.
11. D. De La Rosa Hernández, EJ. Gómez Cabezas. Impacto de la lactancia materna en la vacunación infantil. Revista cubana de pediatría. 2013;85(1):76-88

Capítulo 185

CUIDADOS AL CUIDADOR INFORMAL DE PERSONAS DEPENDIENTES

NATALIA TAMÉS RIESGO

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

1 Introducción

El consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda a asistencia importante para los actividades de la vida cotidiana”. El cuidado de una persona dependiente puede poner en peligro la estabilidad familiar, afectando principalmente al cuidador principal, quien soporta una mayor sobrecarga derivada del cuidado. El cuidado de una persona dependiente genera cambios en la vida de los cuidadores, apareciendo en muchas ocasiones una sobrecarga física y emocional que se conoce como el “síndrome del cuidador”. Dentro de las repercusiones físicas destacan las cefaleas, insomnio y alteraciones del sueño.

El estrés al que está sometido el cuidador debido a la sobrecarga da lugar a alteraciones psicológicas como la ansiedad, irritabilidad y temor a la enfermedad. El cuidador no profesional necesita una gran atención sanitaria debido al deterioro que puede aparecer en su salud. La sobrecarga derivada de cuidar a una persona dependiente produce en el cuidador informal consecuencias a nivel físico, psicológico, social, laboral y económico. Las políticas públicas deben de ofrecer a los cuidadores los recursos sociales y sanitarios para que la sobrecarga del cuidado no influya en su calidad de vida.

2 Objetivos

- Detallar el impacto del cuidado informal en la salud y en la calidad de vida del cuidador familiar.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica en los siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Lilacs, utilizando como descriptores de Ciencias de la salud: cuidadores, dependencia, calidad de vida. Se han seleccionado artículos publicados en idioma español e inglés.

4 Bibliografía

- Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y Hombres ante el Cuidado Informal: diferencias en los significados y las estrategias. *RevFacNac Salud Pública* 2009; 27(1): 50- 55.
- Orueta-Sánchez R, Gómez-Calcerrada RM, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, López-Gil MJ, Toledano-Sierra P. -
- Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. *Aten Primaria*.

Capítulo 186

TRATAMIENTO CON ANTIDEPRESIVOS Y EFECTOS SECUNDARIOS

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

MARIA ELENA VILLAR OLIVAR

1 Introducción

Según la OMS, las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad y, junto con los trastornos neurológicos y por consumo de sustancias representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres. (1)

Los primeros resultados del estudio epidemiológico ESEMeD-España, sobre los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta de nuestro país, mostraron que una de cada cinco personas entrevistadas presentó un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos más frecuentes son el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol, con una prevalencia-vida que oscila entre el 10,5 y el 3,5%. En cuanto a la prevalencia-año, casi un 8,5% de la población había presentado algún trastorno mental en el último año, siendo los más frecuentes nuevamente la depresión mayor y la fobia específica.(2)

En atención primaria (AP) se estima que un 20% de la población consultante, por cualquier motivo, podría presentar un trastorno depresivo y que un 30% de las consultas psiquiátricas de AP son secundarias a cuadros de ansiedad generalizada.(4)

Se han encontrado diversos estudios que estiman las graves repercusiones sociales, económicas y sanitarias de este tipo de trastornos (5):

- Las enfermedades mentales suponen actualmente el 40% de todas las enfermedades crónicas (3).
- El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida de las personas es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias (3).
- Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en los países desarrollados (3).
- El 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental (3).
- El coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al 4% del PNB de la Unión Europea, sobre los 182.000 millones de euros (3).
- En los países europeos, el presupuesto para salud mental supone el 5,8% del presupuesto total en salud. (3)

Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros; según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios(AEMPS) entre 2000 y 2007 el consumo de ansiolíticos es de un 37% superior a la media europea con tendencia creciente, al igual que el consumo de antipsicóticos; el consumo de AD es similar a la media europea y el consumo de hipnóticos y sedantes es de un 28% inferior al promedio europea con tendencia creciente (6).

En muchos países europeos, las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral, lo que supone un gasto económico extra para las empresas (3).

Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento, no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado (3).

Durante las últimas décadas, el envejecimiento demográfico, la tendencia creciente en la morbilidad en las enfermedades crónicas y, por tanto, los cuidados

continuados que se requieren están contribuyendo al gasto sanitario (7). Un estudio realizado en el año 2010 confirmó que los pacientes con trastorno depresivo mayor que no respondieron al tratamiento utilizaron más recursos sanitarios contribuyendo a aumentar el gasto económico. (8)

Los psicofármacos son fármacos eficaces para el tratamiento de diversas situaciones clínicas aunque deben ser administrados con cautela, debido a que tienen una gran variabilidad farmacodinámica individual e interindividual, y un estrecho intervalo terapéutico. Estas dos características producen un impacto significativo, tanto en la probabilidad de obtener una respuesta clínica satisfactoria de los pacientes que siguen este tratamiento, como en la posibilidad de aparición de efectos adversos notables, sobre todos en aquellos individuos con mayor predisposición. (9)

Dentro de este amplio grupo de fármacos, en los últimos años se ha descrito en España un incremento del consumo de antidepresivos (AD), sobre todo a expensas de los ISRS. Los factores implicados en este hecho podrían ser (4):

Una infrautilización de los AD clásicos relacionada con la elevada incidencia de efectos secundarios y su potencial letalidad en caso de sobredosificación. Se han publicado diversos metaanálisis para evaluar las diferencias entre los diferentes grupos de antidepresivos, objetivándose que el porcentaje de abandonos y de retiradas por efectos indeseados con los antidepresivos tricíclicos (ADT) es superior al de los ISRS, sobre todo cuando se comparan con los ADT clásicos (10) (11).

El mejor perfil de seguridad de los ISRS. (10) (11).

Una ampliación de las indicaciones de los AD, así como una utilización de este grupo de medicamentos para el tratamiento de cuadros mal definidos. (10) Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son un problema clínico importante del que conocemos su impacto en los enfermos españoles. (12)

A pesar de que habitualmente se produce un fenómeno de tolerancia a estos efectos colaterales menores, para atenuarlos y conseguir un mejor cumplimiento terapéutico, se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis baja y continuar con un aumento gradual de la posología. (9)

En todas las enfermedades crónicas que requieren un tratamiento prolongado, se requiere un compromiso considerable por parte de los pacientes en tomar la medicación prescrita. (13)

Sin embargo, el no cumplimiento del tratamiento prescrito constituye un problema de gran magnitud que tiende a aumentar. Según el informe publicado por la OMS, “Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action” (15), la depresión registra tasas de incumplimiento con la medicación pautaada que van del 40-70%, en función del grado de desarrollo del país en estudio. El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los psicofármacos pueden proporcionar a los pacientes, ya que reducen la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos y aumentan la demanda de recursos asistenciales. (12)

Los estudios sobre la continuidad del tratamiento con psicofármacos y la repercusión en su eficacia, plantean problemas relacionados con el mantenimiento de la medicación por periodos de tiempo largos, ya que uno de los aspectos menos estudiados es la percepción de la enfermedad y su tratamiento desde la perspectiva de los pacientes. (12)

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de efectos secundarios que tienen los pacientes a tratamiento con fármacos antidepresivos.
- Estudiar la frecuencia de aparición de los efectos secundarios.
- Conocer la clasificación de los fármacos antidepresivos.
- Estudiar los mecanismos de acción de estos fármacos.
- Repasar conceptos farmacológicos respecto a estos fármacos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre efectos secundarios del tratamiento con antidepresivos, prevalencia de estos efectos, clasificación de los fármacos, y farmacología. Se han consultado las bases de datos de Scielo, Cuiden, Pubmed y la editorial Elsevier, utilizando como descriptores en términos DeCS : “antidepresivos”, “efecto secundario”, “cumplimiento y adherencia al tratamiento”, “farmacocinética”, “farmacología”.

En la búsqueda hemos priorizado los artículos publicados en los últimos 10 años y se escogieron los que estaban publicados en los idiomas inglés y español.

4 Resultados

Según el Estudio APEAS, cuyo objetivo es estudiar la magnitud, trascendencia e impacto de los efectos adversos (EA), y el análisis de las características de los pacientes y la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables, publicado en el año 2008, con una muestra compuesta por 452 profesionales (n=452) la prevalencia de EA a nivel general fue de 18,63% (IC95%: 17,78 - 19,49). Estudiando el origen de estos EA, se encontraron que el 73,5% ocurrieron en un Centro de Salud de Atención Primaria, el 25,8% en Atención Hospitalaria y el 0,7% restante tuvieron lugar en las oficinas de Farmacia. (13)

El 37% de los efectos adversos más graves están relacionados con la medicación. (13).

Se consideraron EA completamente inevitables el 6,7%, poco evitables el 23,1%, y claramente evitables el 70,2% de los casos. (14).

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) había definido a una RAM como la respuesta a un medicamento, que sea perjudicial y no deseada, la cual se presenta a las dosis empleadas en el hombre, definición básica que sigue siendo considerada a pesar de las modificaciones subsecuentes. La denominación de eventos adversos empleado por la Food and Drug Administration (FDA) es amplia, e incorpora a las reacciones adversas.(16),(17),(18),(19),(20).

Rawlins y Thompson hicieron una clasificación de las reacciones adversas (21):

- Tipo A: aquellas que son originadas por exageración del efecto de un fármaco. Son predecibles o al menos esperables. La intensidad se relaciona con la dosis administrada y su tratamiento requiere ajuste de dosis.
- Tipo B: tienen una posible base farmacogenética. Dentro de esta se incluyen las reacciones de hipersensibilidad y de idiosincrasia. No son predecibles a priori y no hay relación entre la dosis y la intensidad de la respuesta.
- Tipo C: son los efectos indeseados asociados a tratamientos prolongados.
- Tipo D: son las retardadas, es decir aquellas que aparecen meses o años después de retirado el fármaco.

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad

mundial, que algunos autores no han dudado en señalar esta como la era de la depresión.(22).

Su expansión e incidencia son crecientes en todos los grupos de edades, especialmente entre los más jóvenes y los de mayor edad. Es por eso que los trastornos depresivos hoy en día figuran como uno de los principales problemas de salud, constituye una enfermedad frecuente en el contexto de la atención primaria, donde se posiciona como el tercer motivo de consulta mundial, y en especial en nuestro país.(23),(24).

El consumo de medicamentos antidepresivos ha ido en aumento y por ende la probabilidad de aparición de efectos no deseados o reacciones adversas. Es de vital importancia el conocimiento de los prescriptores para su indicación. (21).

La acción antidepresiva se relaciona con el bloqueo de la recaptación de determinados neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) y con el aumento de la concentración y tiempo de acción de estos en el espacio sináptico. Los efectos secundarios son consecuencia del bloqueo de receptores muscarínicos, histaminérgicos, alfa-adrenérgicos y serotoninérgicos, por lo que a menor afinidad en el bloqueo de estos receptores, menores reacciones adversas producirá el fármaco. (21).

Es necesario distinguir entre la toxicidad del fármaco y los síntomas depresivos (astenia, ansiedad, alteraciones del sueño). El uso de dosis infraterapéuticas del fármaco expone a los efectos adversos sin tratar de forma adecuada la depresión(15). La prevalencia de EA de los fármacos antidepresivos es elevada, según el estudio ya mencionado APEAS (13). Otros estudios sobre prevalencia, concluyen que los efectos secundarios de los antidepresivos, aparecen en un 15% de los pacientes, pero sólo en un 5% obligan a suspender la medicación.(15).

En un estudio de casos y controles anidado en una cohorte de casi 166 000 pacientes, se concluyó que el uso de antidepresivos durante más de 2 años, a dosis moderadas o altas, se asociaba con un aumento del riesgo de desarrollar diabetes. A nivel individual, este incremento de riesgo se observó con amitriptilina, fluvoxamina, paroxetina y venlafaxina y no con otros ISRS o ATC, mirtazapina, trazodona o reboxetina. (25),(26).

En dos revisiones sistemáticas, se pueden observar diferencias en la incidencia de cada reacción adversa entre los distintos antidepresivos de segunda generación.(27),(28).

En un metanálisis diseñado para investigar el efecto del tratamiento de la depresión en adultos con diabetes, se observó un efecto favorable del tratamiento antidepresivo a corto plazo en el control glucémico, además de una mejora de la depresión. La mayoría de los estudios incluyeron pacientes tratados con ISRS. (28).

Las principales clases de antidepresivos incluyen los tricíclicos, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

Todos presentan similar eficacia para tratar la depresión, por lo que la elección de uno u otro dependen de cada paciente en particular, la presencia de enfermedades asociadas, el riesgo de suicidio y la respuesta previa a determinado antidepresivo utilizado antes.

Los antidepresivos tricíclicos constituyen el patrón tanto para evaluar la eficacia antidepresiva como para la tolerancia. Los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos en dosis terapéuticas pueden causar alteraciones cardiovasculares (hipotensión ortostática, arritmias, alteraciones electrocardiográficas), alteraciones de la motilidad intestinal (estreñimiento, íleo paralítico), retención urinaria, dilatación pupilar, sequedad de boca y temblor. Los efectos anticolinérgicos centrales pueden producir trastornos de memoria, sedación y confusión (sobre todo en sobredosis).

Los IMAO clásicos prácticamente se encuentran fuera del mercado. La moclobemida, como RIMA, es el único de interés, ya que presenta menos efectos secundarios anticolinérgicos que los antidepresivos tricíclicos y no tiene acción excitatoria sobre el SNC.

Los efectos adversos más frecuentes de los ISRS son los gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas), aunque también pueden producir un cuadro de excitación del SNC (insomnio, ansiedad, intraquietud, temblor, vértigos, cefaleas); los principales efectos vegetativos son la sequedad de boca y la sudación. Entre los diferentes antidepresivos del grupo, el perfil de efectos secundarios parece más desfavorable para la fluvoxamina y más favorable para el citalopram.

La mirtazapina puede provocar sedación, aumento de peso y, excepcionalmente, se han descrito discrasias sanguíneas, pero en general no presenta efectos secundarios serotoninérgicos, y los anticolinérgicos son menores que los de los antidepresivos tricíclicos.

La nefazodona puede producir efectos adversos, como somnolencia, vértigo, sequedad de boca, náuseas, estreñimiento, cefaleas, hipotensión y ambliopía. Pero en menor intensidad que los ISRS y los antidepresivos tricíclicos.

La venlafaxina puede provocar nerviosismo, insomnio, sudación, náuseas, sequedad de boca, disfunción sexual e hipertensión. Efectos secundarios inferiores a los antidepresivos tricíclicos y similares a los ISRS, con un porcentaje ligeramente mayor de efectos gastrointestinales.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Mayo de 2013.
2. Haro JM et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126 (12): 445-51.
3. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008-2012. [Acceso: 12 de junio de 2013]
4. C. Vedia Urgell, S. Bonet Monne, Forcada Vega, C; Parellada Esquiús, N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Atención Primaria*. 2005; 36 (5):239-47.
5. De la Gándara Martín, JJ. Manejo de depresión y ansiedad en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1997; 20:389-94. - vol.20 núm 7.
6. Miñana Simó J. Utilización de medicamentos en España y en Europa. *Aten Primaria*. 2012; 44(6):335-347.
7. Catalá López, F.; García Altés, A.; Álvarez Martín, E.; Génova Maleras, R.; Morant Ginestar, C. Evaluación económica sobre enfermedades neurológicas y mentales en España: Revisión sistemática y análisis comparativo. *Rev. Neurol*. 2011; 52(2): 65-71.
8. Russell L. Knoth, R; Susan C. Bolge; Edward Kim, MD; and Quynh-Van Tran. Effect of Inadequate Response to Treatment in Patients With Depression. VOL. 16, NO. 8. Agosto 2010.
9. Tolosa Vilella, C; Duñó Ambròs, R; Escoté Llobet, S. Antidepresivos tricíclicos: efectos adversos y ventajas de la monitorización terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2002; 119(16):620-6.
10. Riu Subirana S. Coordinador. Guía práctica clínica en el mayor desde la Atención Primaria. Depresión en el Mayor. Manejo y prevención de la depresión en el mayor. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

11. Travé Rodríguez, A.L.; Reneses Sacristán, A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Sistema Nacional de Salud*. Vol-26 N°1. 2002.
12. Mahtani-Chugania, V; Sanz-Alvarez, E; Carlos de las Cuevas-Castresana, C. Estrategias de manejo de los antidepresivos desde la perspectiva de los pacientes: luchando interna y externamente. *Aten Primaria*. 2012; 44(8):463-470.
13. Sicras-Mainar, A; Mauriño, J; Cordero, L; Blanca-Tamayo, M; Navarro-Artieda, R. Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. *Aten Primaria*. 2012; 44(11):667-675.
14. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Informes, estudios e investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
15. Colonna L. Antidépresseurs. En: Ginestet D, Kapsambelis V, editors. *Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte*. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion. Antidépresseurs. En: Ginestet D, Kapsambelis V, editors. *Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte*. Paris: Médecine-Sciences, Flammarion, (1996), pp. 29-41
16. Hardman JG. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 9na ed [Internet]. Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana Editores S.A; 1996 [citado 23 abr 2016].
17. Clavijo R, D'Avila I, Garcia MJ . Síndrome de Stevens-Johnson: una forma grave de las reacciones adversas a medicamentos. *BIOMEDICINA* [Internet] 2011 [citado 23 abr 2016];6(3):26-34.
- 18 . Alfonso Orta I, Jiménez López G, Chao Cardeso A, et al. La metoclopramida y sus reacciones adversas sobre el sistema nervioso central. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. Abr-Jun 2011 [citado 23 Abr 2016];27(2):197-206.
19. Machado Alba JE, Giraldo Giraldo C. Farmacovigilancia de interacciones medicamentosas en pacientes afiliados al sistema de salud de Colombia. *Investigandina* [Internet]. 2011 Apr
20. Bernal F, Vásquez P, Giadallah C, et al. Incidence of adverse drug reactions in patients initiating or changing antiretroviral therapy. *Rev chil infectol* [Internet]. Oct 2013 [citado 23 Abr 2016];30(5):507-512.
21. Quintana Rodríguez I, Velasco Fajardo Y. Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: fecha de acceso];40(2).
22. Ramírez Vázquez H. La depresión no es solo una enfermedad mental [Internet]. La Habana: Infomed; 2015 [citado 23 Abr 2016].
23. Tucsca Molina R, Navarro Lechuga E. Factores de riesgo asociados al suicidio

- e intento de suicidio. Rev Científica Salud Uninorte [Internet]. 2003 [citado 23 Abr 2016]
24. Wurtman RJ. Genes, stress, and depression. *Metabolism*.2005;54(Suppl1):16-9. Citado en PubMed; PMID: 15877307.
25. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 2 Abril 2016].
26. Pérez Guirola Y. ¿Son útiles los opioides y adyuvantes en el dolor agudo? *Revcuba anestesiología reanimación* [Internet]. 2012 Abr [citado 24 Abr 2016];11(1):48-56.
27. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management [Internet]. London:
28. Kirsch I, Moore TJ, Scoboria A, et al. The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment* [Internet]. 2002 [citado 24 Abr 2016];5(23):1-11.

Capítulo 187

ASÍ ES LA LACTANCIA MATERNA

SILVIA TORRE FERNANDEZ

1 Introducción

La LM es un tipo de alimento producido exclusivamente por una mujer para su hijo. Se considera el alimento ideal a la hora del desarrollo del recién nacido en los primeros meses de su vida, tanto a nivel físico, como psíquico, ya que, además de tener propiedades para su desarrollo, cuenta con factores de protección frente a muchas enfermedades infecciosas, jugando un papel muy importante en la salud infantil, así como ofrece beneficios en cuanto al vínculo materno-filial.

Aunque siempre se ha considerado el alimento fundamental durante los primeros meses de vida del ser humano, el índice de lactancia ha ido disminuyendo a nivel mundial, debido a diferentes factores.

Según la OMS, se considera el mejor alimento para el bebé durante los primeros 6 meses de vida. Pero como se ha comentado anteriormente, no solo ofrece grandes beneficios en el desarrollo del recién nacido, sino a nivel de la madre, ya que se producirá una involución del útero más rápidamente, pérdida de peso del embarazo, así como un menor sangrado postparto.

La mayor parte de las madres deciden antes de quedarse embarazadas como van a alimentar a su hijo, de esta manera, los cuidados en el postparto no deberán ir encaminados a convencerla sobre si darle leche materna o no, sino en que lo realicen adecuadamente las mujeres que si están decididas.

El personal sanitario de las plantas de maternidad de los hospitales, ejercen un papel fundamental en esta práctica, ya que la mayor parte de las mujeres desconocen cómo llevarlo a cabo, desencadenando una mala técnica por la falta de

conocimientos y no llevándose a cabo con éxito. Durante los primeros cinco días postparto, la mujer segrega el calostro, que es la primera sustancia previa antes de la leche madura.

Para una lactancia materna con éxito, las madres deberán vaciarse el pecho de leche cada cierto tiempo, así como el recién nacido deberá aprender a succionar y acoplarse al pecho para alimentarse.

2 Objetivos

- Enumerar los beneficios que la lactancia materna ofrecen tanto a la madre como a su hijo
- Analizar los factores que llevan al abandono de la lactancia materna
- Describir los problemas a los que se enfrentan las madres durante la lactancia materna para prevenirlos o tratarlos

3 Metodología

En primer lugar, para la realización de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, como han sido MEDLINE, Dialnet, Cuiden y Pubmed entre otras, utilizando palabras clave como “lactancia materna”, “recién nacido”, o “fisiología de la lactancia”.

Se han seleccionado los artículos publicados en los últimos 10 años.

Los idiomas utilizados para la búsqueda han sido, inglés y castellano.

La búsqueda se ha realizado desde el 6 de octubre de 2017 hasta el 10 de junio de 2019.

Se han obtenido 182 documentos. En una primera selección, se han excluido 62 por no cumplir los criterios de inclusión descritos para este trabajo y posteriormente, de los 120 restantes, se han seleccionado 59 que respondían a los objetivos descritos.

4 Resultados

Tras revisar los artículos seleccionados para este trabajo, se concluye que, el 75% de las mujeres eligen en un primer momento la lactancia materna para alimen-

tar a sus hijos, disminuyendo tal porcentaje a partir de las seis semanas tras el nacimiento.

En la mayor parte de los casos, la mujer abandonan de manera precoz la LM debido a las dificultades que perciben en ella. Los motivos mas frecuentes para su abandono son:

- Disminución de la leche en el madre, ya sea de una manera real o percibida.
- Incorporación de la mujer al mundo laboral.
- Dolor durante el amamantamiento o problemas con el agarre del pezón por parte del bebé.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los beneficios que ofrece la LM para el desarrollo del recién nacido, existen muchas mujeres que la abandonas de manera temprana por diferentes motivos. La mayor parte de las razones, se podrían solventar con una buena educación y apoyo a la mujer. El dolor que padece la mujer ante el amamantamiento, la incorporación al mundo laboral o el mal agarre del pezón del bebe, entre otras, hacen que la lactancia materna no se lleve a cabo con éxito y que se rechace.

Los profesionales sanitarios, deberán ofrecer a la mujer una buena educación y apoyo frente a la lactancia materna.

6 Bibliografía

1. González MA. Resumen de la hoja informativa para los usuarios de lactancia materna. *Rev Enfermería Clínica*. 2011; 21(5):297-9.
2. Borrero-Pachón MP, Olombrada-Valverde AE, Martínez de Alegría MI. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en una recién nacido pretérmino. *Rev Enfermería Clínica*. 2009; 20 (2):119-125
Gobierno de Aragón. Guía de lactancia materna. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo; 2007.
3. Oliver Roig, A. (2012). El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencias, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. (Tesis doctoral).Universidad de Alicante, Alicante.
4. Palomares Gimeno MJ, y cols. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13: 47-62.

Furnieles-Paterna E., et al. Estudio comparativo y aleatorizado de la visita puerperal en el domicilio de la madre y en el centro de salud. *Matronas Prof.*, 2011; 12(3):65-73.

Capítulo 188

COMO USAR EL SYMBICORT TURBUHALER

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

El symbicort turbuhaler es un inhalador compuesto de budesonida (corticoesteroide) y formoterol fumarato dihidrato (broncodilatador) y que se utiliza para el tratamiento del asma y del EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

2 Objetivos

- Presentar los conocimientos adecuados por parte de la enfermera/o para explicar a los pacientes cómo ha de administrarse correctamente.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de manuales y artículos académicos sobre el inhalador symbicort turbuhaler en Scielo, Cochrane y google académico.

Palabras clave: inhalador, tratamiento, asma, EPOC.

4 Resultados

Para una correcta administración han de seguirse los siguientes pasos:

Lavados de manos previo a su utilización.

Quitamos la tapa al inhalador y giramos la rosca roja primero hacia la derecha y luego hacia la izquierda hasta oír un click. Una vez hecho esto el paciente debe permanecer con la espalda recta, la cabeza vertical y ha de realizar una espiración profunda y lenta para vaciar los pulmones de aire lo mayor posible.

Tras esto, sujetamos el inhalador con nuestra cabeza en posición vertical y aspiramos hasta que nuestros pulmones se llenen. Los labios deben sellar bien la boquilla del inhalador para evitar fugas. Antes de expulsar el aire de manera lenta y por la nariz conviene mantener lo inhalado unos 10 segundos.

Al terminar se debe limpiar el inhalador y poner la tapa.

Es muy importante realizar un buen enjuague bucal tras su utilización.

5 Discusión-Conclusión

El symbicort turbuhaler se usa para poder respirar mejor previniendo la inflamación de los pulmones. Es una técnica fácil de realizar pero que si no se conoce puede llevar a un mal uso siendo inefectivo.

6 Bibliografía

- <https://www.aemps.gob.es/>

Capítulo 189

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

ESTHER GARCÍA MAZÓN

COVADONGA GARCÍA MAZÓN

NURIA IZQUIERDO MORENO

1 Introducción

EPOC es un grupo de enfermedades cuya principal característica es la obstrucción del aire espirado. Las principales enfermedades de este grupo son el enfisema, las bronquiectasias, el asma y la bronquitis crónica. Es una enfermedad de carácter crónico y progresivo con episodios de agudizaciones. Los factores de riesgo más importantes están en el sexo, la edad, la exposición medioambiental y el tabaco; siendo este último el factor desencadenante mayor.

La clasificación del EPOC depende del valor FEV1 (Volumen Espiratorio forzado el primer segundo) en una espirometría posbroncodilatador. Dependiendo de esto se divide en 4 niveles (leve, moderado, grave y muy grave).

El tratamiento de un paciente estable va desde unas medidas generales, un tratamiento farmacológico, oxigenoterapia, rehabilitación respiratoria, ventilación domiciliaria (dependiendo de la gravedad del EPOC).

Dentro de las medidas generales se encuentra el abandono del hábito tabáquico, realizar ejercicio físico y la vacunación antigripal y antineumocócica. El tratamiento con fármacos se basa en el uso de broncodilatadores de acción corta o prolongada y glucocorticoides inhalados. La oxigenoterapia hace que la supervivencia aumente en pacientes EPOC graves. La rehabilitación respiratoria mejora la calidad de vida y disminuye los ingresos hospitalarios. Consiste en estimular el ejercicio físico incluyendo ejercicios tanto de extremidades superiores e inferiores, que se ha demostrado que son beneficiosos.

2 Objetivos

- Facilitar educación sanitaria al paciente con EPOC.
- Proporcionar una máxima calidad de vida en la medida de lo posible.
- Garantizar la adherencia terapéutica y prevenir la aparición de procesos secundarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo y Cochrane entre otras.

4 Resultados

La valoración de enfermería se ha de realizar en base a la historia clínica de paciente y la exploración física.

- En la historia de enfermería a de estar reflejado las alergias, el consumo de tabaco, infecciones, exposición medioambiental y los antecedentes familiares en enfermedades respiratorias.

- En la exploración física valoraremos:

Estado respiratorio: Trabajo respiratorio, presencia de disnea, frecuencia, tos, sibilancias...

Sistema cardiovascular: Alteraciones del electrocardiograma, frecuencia cardíaca...

Estado mental y emocional.

La radiografía de tórax, las pruebas de función pulmonar y las pruebas de laboratorio (gases arteriales) son las pruebas esenciales en la que se basa el diagnóstico del EPOC.

Las intervenciones de enfermería que surgen de estas pruebas son, entre otra, administración de medicación, monitorización de los signos vitales, obtención de muestra de sangre, ayuda en la exploración e interpretación de las pruebas de laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante es una buena educación sanitaria para que el paciente disfrute de una buena calidad de vida. Esta educación sanitaria se basa, entre otras cosas, en que el paciente y cuidadores aprendan técnicas respiratorias y de expectoración adecuadas, ingesta abundante de líquidos, la importancia de la adherencia al tratamiento prescrito y la correcta administración de broncodilatadores.

6 Bibliografía

1. MIRAVITLLES, Marc, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Archivos de Bronconeumología, 2012, vol. 48, no 7, p. 247-257.
2. PECES-BARBA, Germán, et al. Guía clínica SEPAR-ALAT de diagnóstico y tratamiento de la EPOC. Arch Bronconeumol, 2008, vol. 44, no 5, p. 271-81.
3. MIRAVITLLES, Marc, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Archivos de bronconeumología, 2014, vol. 50, p. 1-16.

Capítulo 190

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ

LAURA VALDÉS CONTRERAS

GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ

1 Introducción

Hasta un 25% de las personas que son víctimas de sucesos inusuales de forma brusca, pueden sufrir el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP). Siendo un 50-60% de las mismas mujeres víctimas de agresiones sexuales.

El TEP aparece descrito por vez primera en el DSM-III, como una categoría global, con inclusión de estresores genéricos.

Previamente existían entidades diagnósticas referidas a estresores específicos:

- Síndrome del trauma de la violación.
- Neurosis de guerra.
- Síndrome de supervivencia.
- Síndrome de los campos de concentración.

El DSM-III define el TEP como el "Conjunto de síntomas de ansiedad que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas, al enfrentarse a un acontecimiento psicológicamente traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco general de la experiencia humana".

El Trastorno de Estrés Postraumático aparece cuando la persona ha sufrido una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Se trata de un cuadro clínico que aparece en sujetos que han sido víctimas de catástrofes (inundaciones, terremotos, etc.), de accidentes (incendios, choques de trenes, etc.), o de agresiones causadas intencionadamente por otras personas (como en el caso de bombardeos, violaciones, torturas, secuestros, asesinatos de seres queridos, etc.).

Algunos de estos factores ocasionan el trastorno con mucha mayor frecuencia (la tortura, los secuestros o las agresiones sexuales), mientras que otros lo producen sólo ocasionalmente (los desastres naturales o los accidentes de coche). Cabe destacar que el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y meramente accidentales.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático.
- Definir qué tipos de Trastorno de Estrés Postraumático existen.
- Conocer los cuidados de enfermería más apropiados para los pacientes que sufren de Trastorno de Estrés Postraumático.

3 Metodología

Se ha desarrollado una revisión bibliográfica entre los meses de noviembre y diciembre de 2019, con una posterior síntesis de la literatura disponible. La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en bases de datos y buscadores específicos en ciencias de la salud y sedes web de organismos oficiales, seleccionando posteriormente los documentos más relevantes para el abordaje del tema en cuestión. También se han obtenido varios documentos a través de la revisión de la bibliografía expuesta en diferentes artículos y guías de práctica clínica, técnica denominada “bola de nieve”.

Las bases de datos y buscadores específicos en ciencias de la salud empleados han sido CINHALL, ClinicalKey y PubMed. El acceso a los mismos se ha realizado a

través de la Biblioteca Virtual para la Gestión del Conocimiento en Salud (BVgc-Salud) del Portal de Salud del Principado de Asturias.

Se han empleado tanto palabras clave de lenguaje natural como descriptores de lenguaje controlado, en función de los requisitos de cada buscador y/o base de datos consultada.

En la búsqueda bibliográfica con lenguaje controlado se han empleado tanto Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) como Medical Subject Headings (MeSH).

Asimismo, se ha utilizado el booleano AND para incrementar la eficacia de la búsqueda bibliográfica.

- DeCS: estrés psicológico, atención de enfermería, trauma psicológico.
- MeSH: psychological stress, stress disorders, nursing care.

Posteriormente, se han limitado las búsquedas en función del año (documentos publicados en los últimos 5 años), el idioma (documentos en español o inglés) y el tipo de documento (artículos a texto completo, libros). Del resultado de la selección se escogieron aquellos artículos que presentasen una mayor adecuación al tema elegido. Se han rechazado aquellos artículos publicados en un plazo superior a 5 años, exceptuando algún trabajo con contenido de gran interés y/o que aportara información detallada acerca del tema tratado.

4 Resultados

Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático:

La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que concurren las siguientes circunstancias:

- La persona ha experimentado, ha sido testigo o se han enfrentado a unos sucesos que implican la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas.
- La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror.

El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:

- Recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, que provoca malestar y que incluyen imágenes, pensamiento o percepciones.
- Sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso.

- Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo
- Malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
- Reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto de acontecimiento traumático.

Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se ponen de manifiesto en tres de los siguientes fenómenos:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma.
- Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.
- Disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas.
- Sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás.
- Limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad para enamorarse).
- Sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, no confía en realizar una carrera, casarse; tener hijos o vivir una vida larga).

Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, dos de los siguientes fenómenos:

- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Irritabilidad o explosiones de ira.
- Dificultades de concentración.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de alarma exagerada.

La duración del trastorno descrito es superior a un mes.

El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.

El estrés postraumático puede afectar al 1 o 2% de la población adulta. Este cuadro clínico se ha estudiado especialmente en excombatientes, sobre todo de la guerra del Vietnam, y en víctimas de agresiones sexuales.

La probabilidad de experimentar este trastorno es mayor en las mujeres agredidas que en los excombatientes porque el suceso traumático se produce con frecuencia

en un ambiente seguro de la víctima.

En la situación de maltrato doméstico están presentes algunos factores que suelen ser predictores de este cuadro clínico:

- La larga duración del abuso.
- Las lesiones y amenazas a la vida de la mujer y/o de los hijos.
- Las graves consecuencias del trauma.
- El bajo apoyo social.
- Los problemas económicos.

El TEP presenta características diferenciales según el agente inductor:

Agresiones sexuales:

- Aumento significativo de la activación: funciona como una respuesta adaptativa ante el temor de experimentar una nueva agresión.
- Pesadillas ocupan un lugar secundario.

Excombatientes:

- Apatía y gran número de pesadillas.
- Amnesias selectivas.
- Fenómenos disociativos: atribución de los síntomas a circunstancias ajenas al trauma.
- Complicaciones asociadas: depresión, alcoholismo, drogadicción.

Más allá de las reacciones inmediatas, que remiten en pocas semanas, las víctimas pueden experimentar:

- Depresión y pérdida de autoestima.
- Sentimientos de culpa: puede dañar seriamente la autoestima y dificultar la readaptación posterior.
- Conductas evitativas en las reacciones interpersonales: déficit de captación y expresión de sentimientos.
- Reducción de la actividad social y lúdica.

El curso del trastorno es crónico y de larga duración. No remite espontáneamente. No todas las víctimas experimentan el TEP ni lo experimentan con la misma intensidad.

La reacción psicológica ante la situación vivida depende de:

- Intensidad del trauma.
- Circunstancias del suceso.
- Edad.
- Historial de agresiones previas.

- Recursos psicológicos previos.
- Autoestima
- Apoyo social.
- Relaciones afectivas actuales.

El trastorno de estrés postraumático puede causar problemas como:

- Flashbacks o el sentimiento de que el evento está sucediendo nuevamente
- Dificultad para dormir o pesadillas
- Sentimiento de soledad
- Explosiones de ira
- Sentimientos de preocupación, culpa o tristeza

El TEP no ha sido objeto de estudio en la infancia. No obstante, se han descrito tres factores diferenciales:

- Combinación de evitación y de pensamientos intrusivos.
- Miedo y ansiedad generalizada.
- Dificultades de concentración y alteraciones en el sueño, con pesadillas frecuentes.

El trastorno de estrés postraumático participa de muchas características de la ansiedad generalizada como:

- Algunas dimensiones de personalidad.
- La existencia de un nivel alto de ansiedad global.
- La presencia de una hiperactivación psicofisiológica.

De hecho, hay un cierto solapamiento entre el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada. En los pacientes aquejados de trastorno de estrés postraumático crónico suelen estar presentes fenómenos disociativos. La disociación impide la expresión emocional del suceso traumático, que tiene un efecto protector sobre la aparición de ciertos síntomas psicopatológicos.

Tipos de trastorno de estrés postraumático:

El TEP puede presentarse principalmente de las siguientes formas:

- Aguda. Cuando la manifestación de los síntomas se produce en un período de entre uno y tres meses.
- Crónica. Cuando se continúan presentando los síntomas durante más de tres meses.
- El TEP de tipo latente o con un comienzo diferido. Caracterizado porque los síntomas comienzan a desencadenarse bastante tiempo después de haber tenido

lugar el trauma. Aunque los síntomas de este cuadro clínico parecen estar presentes desde el principio, se pueden dar algunas situaciones nuevas que pueden actuar como sucesos desencadenantes que reactivan el trastorno de estrés post-traumático latente. En otras ocasiones, este comienzo diferido puede tratarse simplemente de un síndrome subclínico que se identifica de forma tardía.

Además existe una clasificación que depende del cuadro sintomático del paciente.

- Revivir continuamente el acontecimiento traumático. Se producen recuerdos del suceso que se repiten constantemente, y que además se mezclan con las pesadillas. Provoca reacciones molestas del paciente ante situaciones que le recuerdan al hecho sucedido.
- Evasión. La persona muestra una insensibilidad emocional y se muestra indiferente a las actividades cotidianas. Además huye de lugares o de pensamientos que le hagan recordar el suceso.
- Hiperexcitación. La persona analiza lo que le rodea para encontrar signos de peligro, y esto impide que se concentre y le provoca sobresaltos continuamente. Puede desencadenar irritación o ataques de ira.
- Afrontar el acontecimiento con pensamientos y estados de ánimo negativos. Provoca síntomas de culpabilidad o tendencia a culpar a los demás por lo ocurrido. Se pierde interés por las actividades cotidianas.

Comorbilidad:

El trastorno de estrés posttraumático presenta una comorbilidad bastante alta. Puede tener unos límites poco precisos y relacionarse con categorías psicopatológicas muy diversas. Existe una alta comorbilidad de este trastorno con la depresión, puesto que en él se encuentran presentes síntomas como la pérdida de interés o de participación en actividades significativas, o como las alteraciones del sueño. Frecuentemente suele darse un solapamiento en síntomas como la hiperactivación fisiológica con el trastorno de ansiedad generalizada y con la fobia social.

Etiología. Modelos de condicionamiento.

En este caso el acontecimiento amenazante funciona de la misma manera que si se diera una situación de condicionamiento clásico. Las vivencias que la víctima experimenta serían el Estímulo Incondicional (EI) que producen una Respuesta Incondicional (RI) de ansiedad y de terror. Cuantos más estímulos condicionados se presentan en el trauma, mayor es la magnitud del miedo producido. Ej: Víctimas de agresiones sexuales.

- Una exposición repetida a una agresión sexual aumenta la magnitud del miedo.

- Las conductas sexuales generarán en la víctima un grado de ansiedad muy alto.
- Una ansiedad anticipatoria va a propiciar que se lleven a cabo conductas de evitación ante situaciones de relación interpersonal. La desaparición del miedo provoca un reforzamiento positivo, pero si la víctima reduce sus relaciones sociales, de ocio y de ternura, este reforzamiento disminuirá.
- En dos de cada tres víctimas la violación se trata además de una primera experiencia sexual, lo que supondrá grandes dificultades de adaptación afectivo-erótica a posteriori.

Teoría de la indefensión aprendida.

Esta teoría explica por qué hay víctimas que se muestran paralizadas, pasivas e incluso culpables tras vivir el suceso traumático. Tras verse expuestas a situaciones que perciben como incontrolables y en las que no encuentran efectividad en ninguna de las conductas que lleven a cabo, se desarrollan numerosos síntomas depresivos. Los esquemas cognitivos pueden llevar a la víctima a que se perciba tanto a sí misma, como a su entorno y su futuro como algo negativo, y a que se desarrollen pensamientos irracionales relacionados con lo que ha ocurrido. Ej: Víctimas de agresiones sexuales. Suelen responsabilizarse de lo ocurrido y pensar que están castigadas por algo que han llevado a cabo en el pasado.

Teoría del procesamiento de la información.

Trata de explicar por qué hay víctimas que vuelven a experimentar el suceso traumático. Según esta teoría, el cuadro clínico surge porque los sucesos aversivos incontrolables no han sido procesados emocionalmente de la forma correcta e interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas.

Cuando la víctima presenta un llamado “miedo patológico” percibe una amenaza, pero en realidad esa amenaza ya no existe. Ej: víctimas de agresiones sexuales. Tienen una mayor probabilidad de desarrollar el TEP, puesto que los estímulos y las respuestas seguras que presentaban antes de ser agredidas desaparecen en el momento en que ocurre el suceso. Por ejemplo una persona que sea violada por un conocido en su propia casa. El miedo intenso refuerza el TEP, porque impide que la víctima se enfrente durante un tiempo prolongado a las situaciones que le recuerden al trauma.

Intervención enfermería trastorno por estrés post-traumático.

Diagnósticos de enfermería: para elaborar alguno de los siguientes juicios clínicos enfermeros es necesario considerar, en primer lugar, que hay seguridad de

que la ansiedad no es una manifestación de otro problema o diagnóstico.

Algunos de los Diagnósticos de enfermería que se pueden emitir en la urgencia son:

- Ansiedad.
- Temor.
- Impotencia.
- Desesperanza.
- Afrontamiento ineficaz.
- Deterioro de la adaptación.
- Patrón respiratorio ineficaz.

Cada uno de los diagnósticos puede tener una o varias de las manifestaciones clínicas siguientes:

- Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
- Expresión de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda.
- Conducta destructiva hacia sí mismo o hacia los demás.
- Expresiones fisiológicas o conductuales de ansiedad.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Abuso de agentes químicos.
- Informe de aprensión, terror, pánico, etc.
- Conductas de evitación o ataque.
- Relaciones interpersonales conflictivas.
- Ideación suicida.
- Lenguaje verbal o corporal amenazante.

Objetivos terapéuticos del plan de cuidados.

Su finalidad última es que el sujeto que padece el trastorno:

- Podrá identificar factores (ambientales, fisiológicos o psicológicos) que le ocasionan ansiedad o estrés.
- Informará de los principales síntomas secundarios a las situaciones de ansiedad.
- Reconocerá sus propios síntomas o manifestaciones de estrés y las posibles causas.
- Aumentará el sentimiento de control sobre los problemas o situaciones estresantes.

Actividades de enfermería.

Se apoyará en las técnicas de afrontamiento que hayan sido útiles en alguna ocasión o se intentará con aquellas que no se hayan empleado. En todo caso se marcarán objetivos fácilmente alcanzables para ir reforzando los logros.

- En caso de riesgo de autolesión o suicidio, extremar la vigilancia, atención a sus mensajes tanto verbales como no verbales, supervisar la toma de tratamiento pautado, etc.
- Identificar los desencadenantes de esta situación.
- Utilizar las técnicas apropiadas tanto para las manifestaciones de ansiedad y temor, como para la adquisición de habilidades para afrontar los desencadenantes.
- Canalizar la tensión hacia los ejercicios de relajación, técnicas de respiración, etc.
- Según el origen de la ansiedad aplicar los métodos apropiados en colaboración con otros miembros del equipo.

Intervenciones según la taxonomía NIC.

- Disminución de la ansiedad (5820).
- Aumentar la seguridad (5380).
- Técnicas para calmar (5880).
- Apoyo emocional (5270).
- Reestructuración cognitiva (4700).
- Terapia de relajación simple (6040).
- Control de la conducta (4350).
- Control de la conducta: autolesión (4354).

Tratamiento farmacológico. Entre ellos destacan:

- Inhibidores selectivos recaptación de Serotonina (ISRS). Terapia de primera línea, destacando en este grupo la Paroxetina y Sertralina. Valor en el tratamiento a largo plazo.
- Inhibidores selectivos recaptación de Noradrenalina (ISRN). Venlafaxina.
- Antidepresivos tricíclicos (ATC).
- Inhibidores de la monoaminoxidasa.
- Estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivantes.
- Antipsicóticos atípicos.
- Agentes adrenérgicos.

Tratamiento psicológico.

El tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático siempre ha sido difícil y complejo, arrojando en ocasiones datos contradictorios. Por ello, se estableció la idea de un tratamiento por objetivos, tratando de intervenir sobre el síntoma predominante con la técnica más adecuada para este.

Técnicas recomendadas para cada síntoma o manifestación (Foa et al., 1999).

Los tratamientos que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento específico del estrés postraumático son los basados en procedimientos cognitivo-conductuales, si bien es un ámbito en el que se requiere mucha más investigación. Se ha de tener en cuenta, no obstante, que el tratamiento puede presentar diferencias ostensibles de un caso a otro, no sólo, como es natural, en función de las características de las personas, sino también en función de los hechos traumáticos desencadenantes: no produce los mismos efectos una agresión sexual, que una catástrofe natural.

Disposición de recursos de contención, que lleven al paciente a sentirse atendido y entendido, expresarse libremente, o poder depositar, y en cierto modo descargarse, sus miedos o inquietudes.

- EMDR: La Desensibilización y Reproceso por el Movimiento de los Ojos. La aplicación de esta técnica parte de la premisa, para el Trastorno de Estrés Posttraumático (PTSD), de que la ansiedad se debe a que la información acerca del evento traumático permanece sin haber sido procesada, manteniendo bloqueados las cogniciones, conductas y sentimientos acerca del evento. La EMDR facilitaría el reprocesamiento del recuerdo traumático, mediante la reconstrucción cognitiva del evento, asociada a la inducción en el paciente de movimientos oculares sacádicos, y otras formas de estimulación bilateral.

- Información al paciente sobre la naturaleza del estrés postraumático
Mecanismos básicos, funcionalidad y disfuncionalidad, explicación sobre los síntomas y su alcance, relaciones entre pensamiento, emoción y acción.

- Medicación: normalmente en combinación y como apoyo del tratamiento psicológico. Los medicamentos que hasta la fecha han demostrado una mayor eficacia, tanto en el periodo inicial de estrés agudo, como posteriormente, son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los antagonistas de receptores 5-HT₂ (nefazodona). El tratamiento farmacológico ha de estar siempre prescrito y supervisado por el médico.) Esto se nombra solo si hay tiempo porque no le gusta mucho la idea.

- Identificación y neutralización de los procedimientos contraproducentes.
Utilizados por el paciente para regular su problema, pero que, en realidad, contribuyen, no a la solución, sino al mantenimiento del problema. Para más información sobre estos procedimientos puede consultarse el apartado Ir de mal en peor del menú de la izquierda.

- Entrenamiento en relajación. Respiración diafragmática lenta y relajación muscular progresiva.

- Exposición controlada y progresiva a situaciones temidas. Normalmente de forma imaginaria. La exposición en un primer momento activa el miedo presente en los recuerdos traumáticos, después permite al paciente tener una experiencia correctora en ausencia de consecuencias aversivas.
- Técnicas cognitivas. Reestructuración interpretaciones catastróficas, control pensamientos automáticos, manejo de la culpabilidad, sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho negativo. Para favorecer estos cambios es frecuente utilizar ejercicios estructurados, "experimentos conductuales", cuestionamiento de hipótesis mediante "diálogo socrático" o contrastes con la evidencia, etc.
- Optimización de los apoyos sociales y afectivos. Comunicación de los hechos y vivencias traumáticas
- Desarrollo de habilidades de afrontamiento para situaciones específicas. Poner el acento en lo que se quiere que pase, más que en evitar lo que no se desea que ocurra, en una situación dada
- Grupos y o materiales de autoayuda, como complemento de la terapia.

Estos son algunos de los recursos terapéuticos más conocidos y probados en el tratamiento del estrés postraumático. Se ha de tener en cuenta, no obstante, que estos trastornos pueden venir asociados a otros problemas, que requieren también un abordaje, en el contexto de un tratamiento integrado y convenientemente articulado. El tratamiento, en rigor, no lo es del estrés postraumático, sino de la persona que lo padece, en relación, naturalmente, con la demanda que efectúa.

5 Discusión-Conclusión

1. El TEP afecta al 1-2% de la población adulta. Siendo mujeres víctimas de violencia de género quienes más lo sufren.
2. Existen varios criterios diagnósticos del TEP, en relación al tipo de acontecimiento vivido así como la respuesta ante el mismo por parte de la víctima.
3. El TEP se puede clasificar de diferentes formas según la duración del cuadro y según la sintomatología del paciente.
4. Existen diferentes teorías para determinar la etiología del TEP: los modelos de condicionamiento, la teoría de la indefensión aprendida y la teoría del procesamiento de la información.

5. Enfermería establece un plan de cuidados con el objetivo de que los pacientes que sufren TEP sean capaces de reconocer los síntomas del mismo para poder informar a los profesionales además de controlarlos.

6 Bibliografía

1. Bryant RA. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Curr Psychiatry Rep.*[Internet] 2018 [citado 15 Dic 2019]13;20(12):111.
2. Guay S, Sader J, Boyer R, Marchand A. Treatment of acute stress disorder for victims of violent crime. *J Affect Disord.* 2018 Dec 1;241:15-21.
3. Changwoo H, Minkyung P, Jun-Young L, Hee Yeon J, Su Mi P, Jung-Seok C. Dysfunctional information processing in individuals with acute exposure to sexual abuse. *Medicine (Baltimore).* 2018 Jun; 97(22)
4. Newman M, Jacobson N, Erickson T, Fisher A. Interpersonal Problems Predict Differential Response to Cognitive Versus Behavioral Treatment in a Randomized Controlled Trial. *Behav Ther.*[Internet] 2017 [citado 28 Dic 2019];48(1):56-68.
5. Luisa F, Mariana G, Luisa Z. Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: estudio de casos múltiples. *Cienc. Psicol.* [Internet] 2019 [citado 15 Dic 2019] 13 (2).

Capítulo 191

EL SISTEMA MOTOR

PAULA CASTAÑO RODRÍGUEZ

LUIS SANCHEZ NÚÑEZ

MONICA FERNANDEZ MARTINEZ

NOELIA NAVARRETE FERNANDEZ

ESTEBAN PIQUERO FERNANDEZ

1 Introducción

El origen de todo movimiento tanto voluntario como involuntario lo encontramos en el Sistema Nervioso central = Centro de control.

2 Objetivos

Conocer todos los factores involucrados en la etiología y funcionamiento del movimiento y comprender así una de las vías de expresión más importantes de las personas: la conducta motora.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La corteza cerebral

Localizada en el lóbulo frontal: Nivel superior

Se divide en:

- Primaria: Movimientos simples: Somatotópica

- Secundaria: Dividida en:

Premotora: Planificación del movimiento

Aprendizaje de secuencia de movimientos

- Suplementaria: Coordinación movimientos bilaterales

Motivación inicio movimiento

Movimiento en respuesta a estímulos del ambiente

- Corteza de asociación: Prefrontal + Parietal Posterior: Movimientos necesarios y apropiados

Prefrontal: Control de actos impulsivos

Parietal Posterior: Relación espacial

Tronco del encéfalo

- Hogar de los núcleos motores: Vías Supraespinales: Postura + Tono + Equilibrio + Patrones Rítmicos

- Formación reticular: Mantenimiento del tono: Flexores + Extensores

- Núcleo vestibular: Control postural cuello + Coordinación

- Núcleo rojo: Postura + Flexión distal extremidades

- Tubérculos cuadrigéminos superiores: Coordinación cabeza + cuello + ojos respuesta defensa/huida

Médula espinal

- Integra las actividades musculares: Comunica el impulso nervioso de la corteza motora al músculo efector

- Se encarga de los reflejos espinales.

- Aloja las segundas moto neuronas: Asta anterior sustancia gris.

- Tipo ALFA

- Tipo GAMMA

Ganglios basales

- Localizados en el centro del cerebro, bajo la corteza cerebral.
- Control de la postura corporal y coordinación de los movimientos finos.
- Aprendizaje de conductas automatizadas y en respuesta a recompensas.
- Inhibición conducta inapropiada.
- Recibe las vías cerebelosas: Coordinación conjunta.

Cerebelo

- Actúa de forma ipsilateral.
- Fundamental para el aprendizaje motor: Información senso-motora + Adecuación circunstancial.

Vías extrapiramidales

- Involuntarias: Origen en el tronco del encéfalo.
- Movimientos automáticos.
- Rubroespinal: Coordinación brazos + piernas + manos.
- Vestibuloespinal: Recibe información del oído interno: Postura + Equilibrio.
- Tectoespinal: Control movimientos cabeza + tronco y coordinación ocular.
- Retículoespinal: Tono + Respiración + Tos + Coordinación + Locomoción.

Vía piramidal

- Control voluntario del movimiento: Lóbulo Frontal
- Corticobulbar: Control movimientos cara+ lengua: No llega a la médula
- Corticoespinal:

Bulbo: Decusación 1ª Motoneurona

90% fibras cruza contralateral: Piramidal lateral a Cuello, Tronco y M. Proximales.

Postura + locomoción

Resto cruza a nivel de médula: Piramidal ventral a los M. Distales

Precisión

Determinado nivel: Sinapsis 2ª Motoneurona con la Placa motora

ALFA: Fibras extrahusales: Fuerza muscular

GAMMA: Fibras intrahusales: Ajustan tensión según longitud

Músculo esquelético

- 3 tipos músculos: Liso, cardíaco y esquelético
- Sistema motor:

Músculo esquelético/estriado: Adherido al esqueleto humano: 40-45% voluntario

- Constituido:

Sarcómeros unidos por Tinina: conjunto de miofibrillas.

Filamentos Gruesos: Miosina

Filamentos Finos: Actina

Tropomiosina: Bloquea unión miosina

Troponina: Inicia contracción: Unión Calcio

El sarcomero

Unidad funcional del músculo esquelético: Conjunto sarcómeros: Miofibrillas

Línea M: Unión de filamentos de miosina: Centro del sarcómero

Línea Z: Separa un sarcómero de otro

Banda A: Filamentos de Miosina y Actina

Banda I: Filamentos de Actina

Banda H: Filamentos de Miosina

La contracción

- La acetilcolina actúa sobre el receptor y produce la apertura del canal sodio-potasio lo que hace que entre sodio y salga potasio: Gradiente positivo
- Esto produce una despolarización de la membrana y genera el potencial de acción muscular.
- El potencial de acción se desplaza por los túbulos T hasta los receptores DHP conectados a los canales de calcio lo que causa su apertura.
- El calcio se une a la troponina y produce el desplazamiento de la tropomiosina, lo que permite que miosina y actina se unan y causen la contracción muscular.
- El desplazamiento de varias miofibrillas produce la contracción del sarcómero y esto a su vez causa la contracción total del músculo.

Tipos de movimientos

- Reflejos: Involuntarios + Estereotipados
- Monosinápticos: Neurona sensitiva hace sinapsis con la Neurona Motora. Incluye los movimientos de estiramiento y extensión.
- Polisinápticos: Neurona sensitiva sinapta 1° neurona asociación 2° neurona motora causando el movimiento de
- Retirada
- Rítmicos: Reflejos + Voluntarios
- Voluntarios: Aprendidos

5 Discusión-Conclusión

El sistema motor resulta fundamental para permitir el desplazamiento del individuo y su existencia.

Las estructuras participantes en la generación del movimiento son:

- Corteza cerebral: Intención y planificación del movimiento
- Tronco del encéfalo: Movimiento estereotipado + equilibrio + postura + tono
- Médula espinal: Coordinación + Reflejos
- Cerebelo: Equilibrio + postura + desarrollo del movimiento
- Ganglios basales: Conveniencia de movimientos + Postura

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.com>
- <https://ocw.unican.es>
- González VA. El movimiento humano. Universidad de Salamanca. 2012: 201-222
- <http://asemcantabria.org>
- <http://www.facmed.unam.mx/>
- <http://nutridepor.com/>
- <https://www.studocu.com/>

Capítulo 192

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS EN DOMICILIO

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

NURIA GONZALEZ PULIDO

PAULA GUTIÉRREZ DIAZ

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

1 Introducción

Según estudios revisados el 95% de las úlceras por presión (UPP) son prevenibles y por ello su presencia se debe considerar como un evento adverso.

Los pacientes paliativos poseen factores intrínsecos y extrínsecos que los predisponen con mayor frecuencia a presentar UPP y su prevención implica cuidados de enfermería dirigidos a evitar su aparición.

2 Objetivos

- Disminuir la aparición de UPP en aquellos pacientes paliativos encamados en sus domicilios.

3 Metodología

La profundización en el tema se llevó a cabo a través de bases de datos bibliográficas donde se localizó, recuperó y valoró toda la información existente relacionada con el tema a tratar para, finalmente, realizar una revisión bibliográfica narrativa.

El tipo de estudio ante el que estamos es una revisión narrativa. La base de datos utilizada fue Redalyc. Además se aplicaron las búsquedas en el motor de búsqueda Google Académico. Las palabras claves usadas fueron úlceras por presión, prevención, factores de riesgo, paliativo.

4 Resultados

Úlcera por presión: La UPP es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y en tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada y/o fricción entre dos planos duros.

Las UPP son lesiones de etiología multifactorial con varios elementos clave, como son las fuerzas de presión, fuerza de fricción y/o cizalla, junto con las condiciones de humedad y temperatura de la superficie de contacto sobre una piel con resistencia disminuida a estas fuerzas.

Estadios de UPP: Las UPP se clasifican en los siguientes grados

- Grado I: Epidermis íntegra sonrosada.
- Grado II: Úlceras de espesor parcial.
- Grado III: Pérdida total del grosor de la piel
- Grado IV: Pérdida total del espesor de los tejidos.

Recursos materiales para prevenir la aparición de úlceras por presión:

- Superficies especiales de manejo de presión.
- Cojines.
- Almohadas.
- Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO): Mepentol , Corpitol.
- Pomadas barrera: Óxido de Zinc, Aceite de Hígado de Bacalao: Carena, Conveen Protact.
- Apósitos de talón no adhesivos (taloneras).
- Equipamiento para movilización temprana de pacientes (sillones, camas articuladas...).

Factores predisponentes.

- Edad
- Incontinencia urinaria y/o fecal
- Disminución de la sensibilidad y/o movilidad
- Humedad
- Excreciones y/o secreciones
- Dolor
- Alteración del estado nutricional: obesidad y emaciación
- Tratamientos farmacológicos: sedantes, analgésicos, corticoides, citostáticos, vasopresores
- Patologías asociadas como: cáncer, diabetes, alteraciones vasculares.
- Fuerzas de cizallamiento: inmovilización, sujecciones.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. (CÓDIGO: 00047)

1. Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.

2. Criterios de resultados (NOC)

- Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.
- Indicadores : piel intacta, eritema, movilidad (CÓDIGO: 0208)
- Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.
- Indicadores: movimiento muscular, se mueve con facilidad, estado nutricional (CÓDIGO: 1004)
- Definición: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.
- Indicadores: ingestión alimenticia, ingestión de líquidos orales.

3. Intervenciones de enfermería (NIC)

Prevención de úlceras por presión.

- Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.
- Actividades: Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo. Registrar el estado de la piel periódicamente. Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda. Cambios

posturales. Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición. Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos. Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas. Y con pliegues para los dedos de los pies. Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda. Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño. Vigilar las fuentes de presión y de fricción. Usar protectores para los codos y los talones, según corresponda. Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal. Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente a desplazar el peso con frecuencia. Controlar la movilidad y la actividad del paciente. o Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.

[3590] Vigilancia de la piel

-Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.

-Actividades: Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas. Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda. Vigilar el color y la temperatura de la piel. Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. Observar si hay zonas de presión y fricción. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas. Documentar los cambios en la piel y las mucosas. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (por ejemplo colchón antiescaras, horario de cambios posturales).

[3500] Manejo de presiones

-Definición: Minimizar la presión sobre las partes corporales.

-Actividades: Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica. Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada. Administrar fricciones en la espalda/cuello, si está indicado. Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico. Facilitar pequeños cambios de la carga corporal. Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel. Comprobar la movilidad y actividad del paciente. Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama. Hacer la cama con pliegues para evitar la presión sobre los dedos de los pies. Aplicar protectores de talones, si lo precisa el caso. Vigilar el estado nutricional del paciente. Observar si hay fuentes de presión y fricción.

[1100] Manejo de la nutrición

-Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes

-Actividades: Preguntar al paciente si tiene alguna alergia alimentaria. Determinar preferencias de comida. Fomentar ingesta de proteínas, hierro, vitamina C si procede. Comprobar ingesta registrada para valorar contenido nutricional

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son prevenibles en un 95% por lo que es de suma importancia conocer cómo prevenirlas. Enfermería tiene un papel fundamental en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

El enfoque que se ha de seguir a la hora de realizar una correcta prevención de las úlceras por presión es un enfoque multidisciplinar en el que se vean involucrados todos los profesionales sanitarios. El paciente paliativo, por su situación, tiene más probabilidades de presentar úlceras por presión por lo que es necesario realizar un correcto seguimiento del estado de su piel así como llevar a cabo unas pautas para la prevención de las úlceras.

6 Bibliografía

- Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. I.S.B.N.: 978-84-690-9460-0.
- Protocolo para la detección y la prevención de las úlceras por presión. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2008.
- Protocolo Prevención de Úlceras por Presión Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2015.
- Pintado Juez Y, Peña Laguna C, Parra Moro M, Pardo Fernández M, Frías Rodríguez, M, Valverde Vaquero T, et all. Protocolo úlceras por presión (UPP) y heridas crónicas. Toledo: Complejo hospitalario de Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. 2011.
- Bujedo Collado J, Catalá Valiente A, Diéguez Esteban J, Erruz Villaplana M, García Fornieles M, Inat Carbonell J, et all. Manual de actuación para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Valencia: Hospital Clínico Universitario de Valencia. 2007

Capítulo 193

ABORDAJE ENFERMERO DEL TABAQUISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA

LAURA VALDÉS CONTRERAS

GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ

NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ

1 Introducción

El tabaco es el responsable de más de 56.000 muertes prematuras en España cada año. Es un factor de riesgo completamente modificable, por ello se ha buscado información sobre los programas de deshabituación tabáquica que, como profesionales de la salud, podemos y debemos llevar a cabo e intervenir en esta conducta de riesgo.

El consumo de tabaco es un problema de salud pública por la magnitud, trascendencia y la vulnerabilidad. Hay que prestar mayor atención en aquellos grupos que se consideran de riesgo: mayor prevalencia de fumadores, sujetos con trastornos mentales, adictos a alcohol y drogas, grupos desfavorecidos social y económicamente, etc.

El tabaco es el principal factor para los problemas de salud con una alta morbilidad y mortalidad. El 90% de las muertes por cáncer de pulmón en ambos sexos se deben al consumo de tabaco. Además, ha ido aumentando el consumo del mismo en mujeres.

Dejar de fumar trae consigo innumerables beneficios:

- Es la principal causa prevenible y prematura en países desarrollados.
- Los fumadores tienen mayor riesgo de enfermar que los no fumadores.
- Dejar de fumar reduce el riesgo de mortalidad prematura un 50% en los primeros 5 años después de dejarlo, siendo similar al de las personas que nunca han fumado a los 15 años de permanecer sin fumar.

Por ello desde atención primaria existen y son llevados a cabo programas de deshabitación tabáquica por profesionales de enfermería. Para llevar a cabo estos programas es importante conocer los diferentes estadios en los que se pueden encontrar los pacientes fumadores:

- Pre-contemplación: fumar no causa problemas, el fumador no considera que el tabaco sea un problema y no tiene intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- Contemplación: ha de hacer algo para dejar de fumar, el fumador empieza a contemplar su conducta como un problema, busca activamente información y se plantea dejar de fumar en los próximos seis meses.
- Preparación: intenta cambiar, ha tomado la decisión de dejar de fumar en los siguientes treinta días y ha hecho al menos un intento de abandono en el último año.
- Acción: el fumador ha dejado de fumar y se mantiene sin consumir cigarrillos al menos 24 horas.
- Mantenimiento: el exfumador lleva seis meses sin fumar.
- Finalización: lleva cinco años sin fumar y no tiene ningún deseo.

Existen varios tipos de tratamiento:

- Tratamiento psicológico: puede ser un consejo breve o una intervención mínima para hacer pensar al paciente en su situación actual, un tratamiento intensivo, una terapia grupal, o terapias de autoayuda.
- Tratamiento farmacológico: existen terapias de sustitución de nicotina, y fármacos como el bupropión y la vareniclina.

2 Objetivos

- Describir la situación y problemas que trae consigo el consumo de tabaco.
- Averiguar sobre los principales tratamientos y estrategias que debemos conocer y manejar las enfermeras y enfermeros para implantar programas de deshabitación tabáquica en el ámbito de atención primaria.

- Describir y averiguar el impacto de las técnicas y terapias más usadas para la deshabituación tabáquica en pacientes en el ámbito de atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, relacionada con la deshabituación tabáquica en atención primaria, en las principales bases de datos de ciencias de la salud y páginas web de organismos oficiales.

Se usaron bases de datos como Medical Subject Headings (MeSH), utilizando los descriptores como: "tobacco", "nursing care", "tobacco use cessation devices", "smoking cessation", "psychotherapy group" y combinando también para otras búsquedas lenguaje libre.

Para encontrar referencias bibliográficas que se adaptaran de forma precisa a los objetivos planteados, se combinaron las palabras clave con los booleanos "AND" y "OR" en la búsqueda. Así mismo, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión transversales para todas las bases de datos consultadas.

Criterios de inclusión:

- Artículos que se hayan publicado en fechas cercanas.
- Documentos que proporcionen información relevante sobre el papel de enfermería en la deshabituación tabáquica y tratamientos actuales.
- Población adulta.

Criterios de exclusión:

- Documentos que no proporcionen información relevante para el tema a tratar
- Artículos orientados a otros profesionales que no sea enfermería.
- Artículos con muchos años de antigüedad..

Se han seleccionado aquellos documentos que cumplen con los criterios descritos anteriormente y recogen información sobre el tratamiento psicológico y farmacológico que se lleva a cabo en los programas de deshabituación tabáquica, la efectividad y reproductibilidad de esos programas en el ámbito de la enfermería.

4 Resultados

El tabaquismo es una enfermedad crónica. Es la primera causa evitable de muerte en todo el mundo. Las enfermedades cardiovasculares, varios tipos de tumores y

enfermedades pulmonares se relacionan con el consumo de tabaco. En España, el consumo de tabaco causa 56.000 muertes cada año. Todos los profesionales de la salud, especialmente el personal de Atención Primaria, tienen un importante papel para controlar el consumo de tabaco y para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.

La intervención mínima (dar consejos para dejar de fumar) es un enfoque fundamental que todos los profesionales de Atención Primaria deben realizar ante aquellos pacientes fumadores. Aunque el paciente no quiera dejar de fumar, es importante intervenir con el objetivo de que avance en el proceso de cambio. Aquellos fumadores que quieren hacer un intento serio para dejar de fumar deben recibir asesoramiento personal y un tratamiento farmacológico, si precisan. Los medicamentos de primera línea para ayudar a los fumadores a dejar de fumar son los siguientes: la terapia sustitutiva con nicotina, bupropión y vareniclina. Hay nuevos medicamentos que están en estudio.

Cabría pensar en dos posibles líneas de tratamiento: psicológico y farmacológico:

- En el tratamiento psicológico podríamos incluir intervenciones breves, tratamientos intensivos, terapias grupales y terapias de autoayuda.
- En el tratamiento farmacológico podemos hablar de terapias de sustitución de la nicotina, bupropión y vareniclina. El tratamiento de sustitución con nicotina se define como la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo, por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos y en cantidad suficiente para disminuir el síndrome de abstinencia. Existen distintas formas de presentación: chicles de nicotina, parches transdérmicos de nicotina, spray nasal y comprimidos.

Debemos conocer aquellos mecanismos que mantienen la conducta de fumar para poder actuar sobre ellos.

- Dependencia física: efecto psicofarmacológico de la nicotina. Es la droga más adictiva, genera dependencia fisiológica relacionada con la velocidad a la que se absorbe.
- Dependencia psicológica: fenómeno de reforzamiento positivo (placer) o negativo (evitar el síndrome de abstinencia), y las múltiples señales ambientales asociadas a la conducta de fumar.
- Dependencia social: accesibilidad, disponibilidad de la sustancia, aceptabilidad, presión social...

Como profesionales debemos llevar a cabo 5 etapas para un buen seguimiento de aquellos pacientes fumadores: averiguar si fuman y registrarlo, aconsejar, apre-

ciar (valorar la disposición para el cambio), ayudar, acordar un seguimiento, entre otros. Debemos tener en cuenta los principales obstáculos que se encuentran estos pacientes a la hora de abandonar el consumo: efectos de la sustancia (la nicotina tiene efecto placentero y el fumador utiliza el cigarrillo para alcanzar el nivel de excitación que necesita en cada momento), síntomas de abstinencia (miedo a sufrir los síntomas de supresión del tabaco), fuerza del hábito (hábito arraigado y conducta funcionalmente autónoma), situaciones de riesgo y nivel de motivación.

El hábito de fumar está motivado por dos componentes: la adicción que crea la propia nicotina y un componente muy importante, y que, como profesionales, debemos abordar; el psicológico. Al tratarse de una conducta adictiva, para la intervención terapéutica debemos tener en cuenta tanto el individuo, como su demanda, tratamiento y posibles problemas asociados que puedan presentarse.

En cuanto a la deshabituación, el abandono tabáquico muestra un gradiente social en varones. Los varones con ocupación manual tienen mayor riesgo de fumar y menos posibilidades de dejarlo. Como consecuencia, su prevalencia actual de tabaquismo es mayor. En las mujeres, los datos son menos claros, pero también indican una mayor prevalencia actual.

Numerosos estudios muestran como los programas de deshabituación tabáquica en atención primaria tienen un gran porcentaje de éxito. Los programas multicomponente han demostrado ser eficaces tanto en formato individual como grupal. La terapia grupal ha adquirido una gran relevancia, hasta el punto de considerarse un tratamiento de primera elección por su eficiencia y efectividad.

Las enfermeras que lleven a cabo este tipo de terapias grupales han de estar formadas y entrenadas en este campo. Los criterios de inclusión en este tipo de programas suelen ser: ser mayor de 18 años, fumar 10 o más cigarrillos al día, no tener ninguna patología psiquiátrica y estar dispuesto o querer dejar de fumar. Las sesiones suelen ser de 1 hora a la semana durante 6/7 semanas. Los componentes de estos programas son: información sobre el tabaco, contrato conductual, autorregistro, representación gráfica del consumo, reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, control de estímulos, estrategias para controlar los síntomas de abstinencia, feedback fisiológico del consumo mediante la determinación semanal de CO y entrenamiento para la prevención de la recaída.

La determinación de CO se mide con un cooxímetro, monitor que permite medir el contenido de CO en aire espirado. El grado de dependencia se mide mediante el

test de Fagerström mediante la versión adaptada de Becoña. En cuanto a la motivación para el abandono del consumo de tabaco, es importante que sea mayor de 6 puntos (10 valor máximo de motivación) para el éxito de este tipo de programas.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento farmacológico es una ayuda, pero no es la solución al problema en muchos casos. La clase social, la edad y el sexo son condicionantes de la prevalencia y el abandono del tabaquismo.

La intervención mínima desde la atención primaria tiene un efecto modesto pero significativo en estimular el abandono del tabaquismo. En la realización de las terapias grupales los profesionales de enfermería deben estar correctamente formados y entrenados. Numerosos estudios demuestran que estas terapias son efectivas. Desde atención primaria se llevan a cabo este tipo de terapias grupales y se ha comprobado que las intervenciones grupales son mucho más efectivas.

Como enfermeras debemos aportar información y dar diferentes pautas, pero lo más efectivo es que los propios pacientes relaten sus experiencias y entre ellos se den cuenta de los errores y los mitos a los que la sociedad nos somete en este tipo de conductas.

Se ha podido percibir como este tipo de abordajes grupales es mucho más efectivo y como los pacientes se sirven mutuamente como apoyo. Es importante que, tras las terapias grupales, las enfermeras realicen un seguimiento de estos pacientes, sobre todo en los primeros meses, ya que la mayor parte de las personas recaen dentro de los 6 primeros meses. En ocasiones una intervención breve es suficiente para inducir un abandono tabáquico.

El mantenimiento de las abstinencias es un aspecto de gran interés y considero que se deberían realizar más estudios sobre este tema. Es importante evaluar estos talleres periódicamente para conocer su impacto e introducir medidas correctoras.

En definitiva, el abordaje grupal es una herramienta muy válida que como profesionales debemos utilizar, así mismo, la motivación de los pacientes es clave en este tipo de tratamiento. En aquellos pacientes que apenas refieran motivación, debemos realizar intervenciones mínimas en las diferentes conductas para promover conductas de cambio.

El consumo de tabaco es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en los países desarrollados, por ello es esencial que, como profesionales, realicemos un abordaje lo más integral posible de este.

6 Bibliografía

- Sheffer CE, Barone C, Anders ME. Training nurses in the treatment of tobacco use and dependence: pre-and post-training results. *Advanced Nursing*. 2010;67(1):176-183.
- Villalbí J, Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008;40(2):87-92.
- Garrido Elustondo S, Hurtado Riesgo V, Vicente María E, González Romo I, Serrano Fernández MC. Resultados de un programa de deshabituación tabáquica en Atención Primaria. *Medifam [Internet]*. 2003 [citado 12 dic 2019];13 (1): 31-36.
- Alonso Pérez F, Alonso Cardeñoso C, García González JV, Fraile Cobos JM, Lobo Llorente N, Secades Villa R. Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria. *Gac Sanit [Internet]*. 2014 [citado 20 dic 2019];28 (3):222-224.
- Basterretxea Oizartzabal J, García Parra JM, Bilbao Garmendia E, Noya Arrizabalaga A. Resultado de un programa intensivo de deshabituación tabáquica en atención primaria de salud. *Aten Primaria [Internet]*. 2006 [citado 12 nov 2019];38(4):240.
- Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*. 2004; 16(2):237-263.
- Díaz-Maroto Muñoz JL, Jiménez Ruiz CA, Alonso Fernández M, Alonso Moreno J, Iglesias Dorado PP, Bassa Massanas A. Recomendaciones de buena práctica clínica en tabaquismo. *Semergen [Internet]*. 2009 [citado 22 Dic 2019]; 35(1):29-38.
- González S, Bennasar M, Pericas J, Seguí P, De Pedro J. Spanish primary health care nurses who are smokers: this influence on the therapeutic relationship. *International Nursing Review [Internet]*. 2009 [citado 27 Dic 2019]; 56(3):381-386.
- Silla K, Beard E, Shahab L. Nicotine replacement therapy use among smokers and ex smokers: associated attitudes and beliefs: a qualitative study. *BCM Public Health [Internet]*. 2014 [citado 3 Dic 2019];14 :1-8.
- Camarelles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García-Aranda V et al. Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. *Rev Esp Salud Publica [Internet]*. 2009 [citado

12 Dic 2019]; 83 (2): 175-200.

- Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. Gac Sanit [Internet]. 2013 [15 Nov 2019];27(1):26-31.

Capítulo 194

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CESARÉAS URGENTES.

MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA

PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS

ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ

LAURA VERANO MENENDEZ

1 Introducción

Puede ocurrir que un parto que se preveía normal se complique y que la solución pase por una cesárea. Destacan por su frecuencia los 6 motivos siguientes:

1. Pérdida de bienestar fetal. Es el motivo del 10 al 15 por ciento de las cesáreas. Hay muchos motivos que puede desencadenar sufrimiento fetal y otras tantas técnicas para diagnosticarlo.
2. Desprendimiento de placenta incontrolado: una parte de la placenta se suelta antes o durante el trabajo de parto. Va acompañado de intenso dolor abdominal y una hemorragia. De no hacerse una cesárea muy urgente, la vida del bebé corre peligro.
3. Parto muy prematuro: entre las semanas 26 y 30, el bebé suele ser muy pequeño. Por su reducido tamaño, no aguantaría el trabajo de parto.
4. Prolapso del cordón umbilical: en este caso, el cordón aparece por la vagina antes que el bebé. Es motivo de cesárea urgente porque su cabeza puede presionar

sobre el cordón e impedir que le llegue oxígeno. Es poco frecuente. Se da sobre todo en partos prematuros o si el bebé nace con los pies por delante.

6. Eclampsia. Cuando la función renal de la embarazada se altera, la tensión arterial sube. Es un cuadro muy grave que puede llevar a practicar una cesárea de urgencia.

7. Prolongación excesiva del parto. El parto se estanca cuando la oxitocina no logra la dilatación en las 12 horas siguientes al inicio del parto o si esta no progresa adecuadamente. El estrés suele ser la causa principal de este problema. Una buena preparación al parto y el entrenamiento en las técnicas de relajación y respiración son medidas preventivas eficaces.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar cuales son las causas de la cesárea urgente.

Objetivos secundarios:

- Disminuir el número total de cesáreas.
- Evitar la realización de cesáreas innecesarias, permitiendo que un mayor número de gestantes puedan dar a luz mediante un parto normal, más fisiológico y gratificante y con menor morbilidad.
- Elaborar una guía de práctica clínica que ayude en la toma de decisiones sobre el modo de terminar un embarazo.

3 Caso clínico

Mujer 39 años, casada, un hijo. NAMC. No hábitos tóxicos conocidos. Embarazada 39 semanas de segundo hijo. Ella y su familia se encuentran en la pobreza, viven en una vivienda social, con una ayuda económica de una cuantía mínima. No acude a consultas de seguimiento de embarazo con su matrona. Llega a urgencias por parto inminente y durante el parto presenta complicaciones durante la fase de expulsivo, descienden la frecuencia cardíaca fetal a pesar de que el bebé se encuentra en posición cefálica.

4 Resultados

- Es necesario realizar cesárea de urgencia. Durante la intervención se comprueba que el bebé tenía el cordón umbilical alrededor del cuello, que le impedía avanzar por el canal de parto. Finalmente, se cierra la herida quirúrgica con agrafes y se coloca apósito.
- Al alta, seguimiento por su enfermera de atención primaria y matrona.
- Curas de la herida con clorhexidina y retirada de grapas en 7 días.

5 Discusión-Conclusión

La labor de enfermería con pacientes embarazadas es primordial. Un buen seguimiento del embarazo puede prevenir muchas de las complicaciones que surgen durante el mismo. Así pues, también es imprescindible el seguimiento del postparto, en este caso se debe vigilar la herida quirúrgica y así prevenir posibles infecciones. No podemos olvidar la importancia de la valoración integral de las pacientes, sobre todo si viven en situación de pobreza.

6 Bibliografía

1. Botero J. Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición 1990, 419.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), Estadística de Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. Organización Mundial de la Salud (1985), Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento.
4. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias (2018), Atención maternal y neonatal.

Capítulo 195

CUIDADOS EN EL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)

AIDA COLLADO CAYADO

DULCE MARÍA DÍAZ BUSTELO

NOELIA SUÁREZ MÉNDEZ

1 Introducción

La hipertensión arterial o HTA, tal y como lo define la OMS (Organización Mundial de la Salud) es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cuando el corazón late, bombea la sangre a todos los vasos del cuerpo, transportando la sangre. La tensión arterial sería la fuerza que esta hace sobre la pared de las arterias al ser movilizadas. Esto se traduce en que si hay niveles elevados de TA, más esfuerzo tendrá que realizar el corazón para bombear la sangre debido a una mayor resistencia de paso.

Los pacientes que la padecen como norma general no presentan ningún síntoma, aunque en ocasiones puede producir algunos tales como cefaleas, dolor torácico, palpitaciones, vértigo, dificultad respiratoria o incluso epistaxis.

Si esta enfermedad no se trata adecuadamente puede derivar en infarto de miocardio, ensanchamiento del corazón, y a largo plazo una insuficiencia cardíaca.

2 Objetivos

- Conocer y analizar los cuidados que necesitan los pacientes hipertensos para ayudarles a un mejor control de sus cifras tensionales traduciéndose así en una mejor calidad y esperanza de vida.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos tales como: Medline, Google Académico, Scielo y Cuiden Plus utilizando palabras claves, en nuestro caso: hipertensión arterial, enfermería, educación sanitaria.

4 Resultados

Está demostrado que unos buenos hábitos de vida ayudan mucho en el manejo de la HTA. Sin embargo, una gran parte de las personas que la padecen no cumplen el régimen terapéutico prescrito. Es por ello nuestra responsabilidad realizar un seguimiento de nuestros pacientes y formarnos para brindar la mejor educación sanitaria y consejos que ayuden en el control de la tensión arterial, como son el seguir una alimentación adecuada rica en alimentos con Omega 3, baja en sal, con consumo de frutas y verduras. Así como eliminando hábitos nocivos tales como el tabaco, el alcohol y fomentando otros beneficiosos (deporte, actividad física diaria). Por último, dar pautas para que el paciente siga la prescripción del tratamiento farmacológico.

5 Discusión-Conclusión

La realización de un seguimiento personalizado con cada uno de nuestros pacientes, los consejos nutricionales y las recomendaciones en cuanto a estilos de vida y ejercicio conseguirán una mejora notable de su salud y de su calidad de vida a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Estrada, D. ,Pujol, E., Jiménez,L., Salamero, M., de la Sierra, A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes

hipertensos de edad avanzada. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. 2012; 4(2): 62-66.

2. Fernández,A.,Manrique-Abril,F. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia. *Ciencia y enfermería*. 2010; 16(2): 83-97.

Capítulo 196

ITB PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA

JAIR MARTÍNEZ DÍAZ

GEMMA GARCÍA CANDÁS

1 Introducción

La arteriopatía periférica es muy frecuente en primaria, por lo que es importante que se tengan los conocimientos precisos. Dicha patología es una de las manifestaciones de la arterioesclerosis, en este caso de las EEII. Esta oclusión lo que provoca es un descenso en el flujo arterial dando lugar a una hipoxia local de las células musculares de las piernas. Los signos y síntomas de la AP son: claudicación intermitente (se manifiesta como un quemazón ante el ejercicio físico y desaparece con el reposo) y ausencia de pulsos en EEII. Una de las pruebas que realiza un diagnóstico concluyente es el cálculo del ITB. Se precisa una camilla, un doppler portátil, un esfigmomanómetro y un gel de ultrasonidos. Hay que realizar una división entre la PAS del tobillo y la braquial. Colocaremos al paciente en decúbito supino, el doppler hay que colocarlo a unos 45-90° y en sentido contrario al flujo sanguíneo. Se tomará la TA en ambos brazos y se escogerá la PAS de mayor valor. A continuación se toma la TA en ambas piernas a nivel de la arteria pedia y tibial posterior escogiendo la PAS de mayor de valor, después se hace lo mismo en el otro miembro. Finalmente se realizará la división con el valor de TAS escogida de ambas piernas dando un ITB de cada una.

2 Objetivos

- Conocer la técnica del cálculo de ITB, su finalidad e interpretación.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en diferentes fuentes de información como bases. Para ello se utilizaron descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH).

4 Resultados

ITB >1.20: Arteria incompresible, posible calcificación arterial.

1.2-0.9: Normal < o igual 0.9: Diagnóstico de arteriopatía periférica.

0.90-0.70: Estenosis moderada.

<0.40: Estenosis grave.

5 Discusión-Conclusión

Calcular el ITB es el mejor diagnóstico para Arteriopatía Periférica. Es sencilla, no produce dolor, no genera grandes gastos y tiene una gran reproducibilidad y sensibilidad. Con esta técnica se puede saber la severidad y valorar la evolución.

6 Bibliografía

1. Baena-Díez JM, Alzamora M.T, Forés R, Pera G, Torán P, Sorribes M. Revista Española de Cardiología. 2011; 64(3):186-192
2. LAHOZ C, MOSTAZA JM. Índice tobillo-brazo: una herramienta útil en la estratificación del riesgo cardiovascular. Rev Esp Cardiol 2006; 59: 647-9.
3. VICENTE I. Índice tobillo-brazo en pacientes con diabetes mellitus: prevalencia y factores de riesgo». Revista Clínica Española 2006; 206 (5): 225-229.

Capítulo 197

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA MUJER INMIGRANTE: UN DESAFIO PARA LA ENFERMERIA

ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA

LAURA CASTRILLÓN CHAMADOIRA

1 Introducción

Hoy en día la tendencia migratoria es una realidad que está presente en muchos países. En los movimientos migratorios la presencia de mujeres inmigrantes es casi equiparable a la de hombres y esto supone diferenciar la asistencia sanitaria. Mujeres y hombres afrontan muchos problemas de salud semejantes, pero las diferencias son de tal magnitud que la salud de las mujeres merece que se le preste una atención particular.

Las mujeres inmigrantes soportan una carga adicional de estrés porque, a la situación negativa que supone ser inmigrante, y que comparten con sus compañeros hombres, se suma la situación desfavorable de género que se produce tanto en su propio país como en el lugar de destino, destacando situaciones de especial vulnerabilidad y problemática como son la prostitución, violencia de género u otras de carácter cultural como la mutilación genital femenina. Además de esto, no hay que olvidar que la mujer juega un papel promotor de la salud en el contexto familiar y social. Por ello, la importancia de la salud de estas mujeres está no solo en su efecto a nivel personal, sino también en el impacto que va a tener sobre su familia más cercana en el país de destino y también en sus familiares que están lejos.

Es necesario tener en cuenta que las mujeres inmigrantes residentes en España mayoritariamente están en edad fértil y tienen unas necesidades específicas relacionadas en gran medida con la salud sexual y reproductiva.

Durante mucho tiempo el sexo ha sido un tema tabú en la sociedad y gradualmente ha ido cambiando hacia un reconocimiento como parte importante del bienestar global y de salud de una persona. La cultura influye con poder al determinar los valores y actitudes sexuales que desarrollarán las personas de acuerdo a sus reglas y normas.

En la actualidad y dependiendo de la cultura, la salud sexual y reproductiva tiene una relación directa con la desigualdad y la discriminación que sufren las mujeres en la sociedad. La perspectiva de género va a influir en las relaciones afectivo-sexuales entre hombres y mujeres y sobre cómo los roles y las atribuciones social y culturalmente definidas determinan el grado de desigualdad de género existente. Por eso, es necesario ser conscientes que la formulación de las necesidades en salud sexual y reproductiva se ha recogido en términos de derechos: derechos reproductivos y derechos sexuales.

Las enfermeras debemos por tanto proporcionar una respuesta de enfermería culturalmente competente, que implica considerar al individuo como un todo sin olvidar el entorno, el contexto en el cual se desarrolla, además de hacer un ejercicio de centrarse más en las similitudes que en las diferencias, y desarrollar por tanto, competencia cultural.

2 Objetivos

Conocer cómo debe abordar la enfermera el cuidado a la mujer de otra cultura en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

3 Metodología

El método ha consistido en realizar una revisión bibliográfica de artículos publicados preferentemente en los últimos diez años, en las bases de datos: Cuiden, Cinhal, Lilacs, Cuidatge, Scielo y Dialnet, donde pude obtener información acerca de cómo se está abordando el cuidado que las enfermeras proporcionan, teniendo en cuenta las consideraciones culturales. De igual modo, se han analizado otros documentos y publicaciones que hacen referencia a la salud sexual y reproductiva en el perfil de la mujer inmigrante. He incluido todos aquellos

artículos que centraban su contenido en la competencia cultural en la práctica y en la formación académica y excluido aquellos que no tuviesen base científica o no respondieran al objetivo del tema de revisión.

4 Resultados

Mujeres y hombres afrontan problemas de salud semejantes. Ambos somos de la misma especie, pero vivimos en mundos diferentes, con distintos valores que responden a normas divergentes. Estas diferencias radican en la evolución psicológica adaptada a las funciones diarias de mujeres y hombres desde el principio de la historia, y en la estructura del cerebro y la acción de las hormonas que determinan la forma de pensar y la conducta. Por tanto, estudiar el funcionamiento del cerebro ofrece respuestas genéricas que permiten afirmar que somos iguales en cuanto a derechos y oportunidades para desarrollar nuestras habilidades, sin embargo no idénticos en cuanto a capacidades innatas y necesidades. Por ello, teniendo en cuenta que las necesidades de las mujeres cambian con respecto a las de los hombres desde una visión psicológica, social y física, es preciso ofertar una asistencia sanitaria que cubra esta demanda y así aportar calidad a nuestro trabajo y el desarrollo de la sociedad, pues no hay que olvidar que la mujer juega un papel promotor de la salud en el contexto familiar y social. Por ello, la importancia de la salud de las mujeres está no solo en su efecto a nivel personal, sino también en el impacto que va a tener sobre su familia más cercana en el país de destino y también en sus familiares que están lejos.

De esta perspectiva nace la Salud Integral de la Mujer, abarcando aspectos como la construcción de este concepto, incorporando la sexualidad y reproducción, los derechos humanos y la idea de salud que cada mujer, en cada sociedad y cultura, establece para sí. Es importante y gratificante pensar, que esta idea es sustancialmente distinta según la zona o circunstancias en que cada mujer viva, pero igualmente valorada desde un punto de vista holístico, adaptado a cada situación y siempre teniendo presente que la mujer sea valorada como agente promotor de salud para la comunidad.

Las necesidades de las mujeres van mucho más allá de las cuestiones sexuales y reproductivas. Además, tienen necesidades en el ámbito psicológico, como consecuencia de la depresión, ansiedad o insomnio, originado en muchas ocasiones por procesos migratorios y la separación familiar y del entorno de origen, o por dificultad de adaptación a los cambios de la vida. También surgen necesidades sociales, derivadas de la soledad, aislamiento y rechazo por cuestiones de género.

Sumado a esto, las mujeres pueden presentar problemas de salud derivados de las conductas no saludables como el consumo de tabaco y alcohol, ambientes contaminantes y nutrición inadecuada, además de enfermedades cardiovasculares y neurológicas¹, por lo que cabe dejar claro que atender de manera holística la salud de las mujeres conlleva mucho más que centrar su atención únicamente en la esfera sexual y reproductiva. No obstante, el motivo de prestar interés en la atención del cuidado de enfermería a la salud de la mujer multicultural en el ámbito sexual y reproductivo es debido a que se trata de un aspecto que iguala a todas las mujeres, pero a la vez las diferencia de forma muy notoria a través de influencias como la cultura y la sociedad. El concepto de sexualidad y reproducción es entendido de manera muy diferente por las mujeres, hombres y la sociedad en general donde se desarrollen, de manera que las ideas que tengan al respecto condicionaran el modo en que se abordará esa atención sanitaria y si existen situaciones de desigualdad y discriminación.

Muchas mujeres de diversas culturas alcanzan el momento reproductivo a edades muy tempranas y en parte limitadas por estructuras familiares y sociales rígidas que les impiden plantearse o reflexionar sobre sus intereses personales. Todavía en muchas culturas y comunidades las mujeres son un colectivo frágil, sujeto a situaciones desfavorables como el maltrato doméstico, familiar, explotación y vulneración de sus derechos básicos en todas las esferas: personal, laboral, educativa y sanitaria, debido a la influencia muy arraigada del hombre en el grupo familiar como elemento principal necesario que permite la toma de decisiones a las mujeres, vulnerando su autonomía y libertad, y más especialmente en el área sexual, llevándose a cabo en algunos países prácticas culturales, como la mutilación genital femenina que pone en grave riesgo la salud y la vida de las mujeres.

Los movimientos migratorios cada vez más se caracterizan por la presencia de mujeres, que aunque inicialmente emigraban por causa de la reagrupación familiar, en la actualidad son protagonistas de migraciones en busca de mejoras laborales y sociales, destacando su presencia en trabajos domésticos y otros de menor cualificación y estatus más bajo que en el país de destino.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva como: una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué

frecuencia. Hombres y mujeres tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como el derecho de acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

Los principales motivos por los cuales las mujeres acuden a recibir asistencia sanitaria en relación a la sexualidad y reproducción son: el parto, problemas ginecológicos relacionados con la fertilidad, la anticoncepción y el aborto. Cabe destacar una mayor presencia de mujeres latinoamericanas y del este de Europa en relación a la demanda de métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo, mayor presencia de mujeres magrebíes consultando acerca de la fertilidad y una menor presencia, en general, de consulta por parte de mujeres subsaharianas y asiáticas, debido en gran medida a la influencia del hombre en estas sociedades y el control que representa para ellas.

Las mujeres y la sexualidad.

Aunque la mayoría de los motivos de consulta tienen relación directa con aspectos reproductivos de la mujer, no debemos dejar de lado las cuestiones que abarcan a la sexualidad como tal, integrándola en la entrevista clínica y realzando su importancia en las actividades humanas y como elemento de relación interpersonal. Es necesario ser consciente que abarcar este tema con mujeres de otras culturas puede ser una tarea difícil, por las connotaciones religiosas, ideológicas y culturales que pueda tener. Sin embargo, se debe atender sin prejuicios ni ideas estereotipadas, centrándose en los problemas que afectan a este colectivo y en su prevención. Dichos problemas surgen de un déficit en educación sexual o centrada en valores que desfavorecen a la mujer, mayor número de embarazos no deseados, de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS).

La salud sexual es una experiencia que conduce al bienestar físico, psicológico y sociocultural. Se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales, enriqueciendo la vida individual y social. No se trata simplemente de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Como enfermeras debemos ser conscientes que al abordar estos temas, muchos grupos étnicos siguen patrones arcaicos desde el punto de vista occidental, en los que existen muchos tabúes, el sometimiento del hombre y todavía se niega el derecho de la mujer al placer, con lo que ella perderá el control sobre su sexualidad y necesitará una educación e información sexual. El acercamiento cultural-

mente competente hacia esta realidad debe realizarse sin prejuicios y desde el entendimiento de otras formas de entender las relaciones sexuales.

De manera general, en las mujeres africanas la virginidad sigue siendo en los medios rurales una cualidad social considerada de vital importancia y de responsabilidad materna por preservar esa condición hasta el matrimonio, hecho que se considerara como un triunfo de la madre hacia su hija, por haber sabido educarla según los límites que su sociedad marca. Muchas veces, se demanda asistencia sanitaria para reparar el himen perforado, bien por relaciones apresuradas voluntarias o forzadas.

Las mujeres del Este de Europa en general manifiestan conductas sexuales de riesgo. En algunas ocasiones se ven conducidas a la prostitución. También, las mujeres latinoamericanas tienen una formación más liberal de entender las relaciones sexuales y en gran parte relatan haber iniciado las relaciones sexuales a edades muy tempranas sin protección. Por el contrario, las mujeres asiáticas tienen una jerarquía social desfavorecedora, muy condicionada por el hombre al que deben rendir obediencia. Se sabe poco acerca de las mujeres asiáticas, por su comportamiento silencioso y de poca demanda de asistencia. Se sabe que las relaciones sexuales las entienden como fin procreador y que es un tema que origina pudor y está completamente destinado a lo íntimo de la pareja donde tienen libertad para hablar de ello, pero no buscan información fuera de sus círculos habituales.

Las mujeres y la anticoncepción.

En el estudio realizado por el Proyecto MIAS, se observa que las mujeres latinoamericanas y las de Europa del Este son las más demandantes de información sobre anticoncepción. Según este estudio, son usuarias de métodos anticonceptivos el 53% de las mujeres latinoamericanas, el 47% de las mujeres de Europa de Este y 15% de asiáticas y subsaharianas.

En Latinoamérica se acude con facilidad a los centros de planificación familiar para demandar métodos anticonceptivos, se conocen pero se utilizan mal, sin continuidad en lo que respecta a la anticoncepción oral. El preservativo es menos aceptado por rechazo masculino y ocurre con frecuencia que la anticoncepción sea considerada una cuestión de mujeres. Esta situación refleja que es necesario un aumento de los programas de educación sexual en los centros escolares, para iniciar desde edades tempranas el sentido de la responsabilidad sobre la propia salud y la lucha frente a la inequidad de género, haciendo conscientes a los jóvenes que la sexualidad y los métodos anticonceptivos no entiende de asig-

nación a un género, sino que es un derecho y responsabilidad de todos, hombres y mujeres.

Por otro lado, las mujeres subsaharianas desconocen los métodos anticonceptivos. Existe una baja aceptación del DIU y la vasectomía y ligadura de trompas están prohibidas. A pesar del escaso uso de los métodos, el Islam los permite y en el Corán no existe ningún rechazo explícito a la anticoncepción. Casi todas las culturas y religiones suelen compartir la idea de mejorar la salud materno-infantil incluida como objetivo dentro de los programas de planificación familiar. Con esta idea aceptada en cada sociedad se realizarían avances en lo que respecta a una buena planificación familiar y acceso a los recursos anticonceptivos y de protección de ITS.

La enfermera culturalmente competente deberá entender el contexto cultural de la mujer y asesorar teniendo en cuenta todos los aspectos que cubran sus necesidades personales, personalizando la atención y los métodos aconsejados.

Las mujeres y las infecciones de transmisión sexual.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son aquellas que son adquiridas generalmente a través de las relaciones sexuales, aunque también pueden transmitirse en el embarazo, parto o a través de la leche materna. Las ITS provocan alta morbilidad y aparición de complicaciones y secuelas como esterilidad, cáncer de cérvix o embarazos ectópicos entre otros, por lo que detectarlas y tratarlas es de vital importancia. Las mujeres que más consultan por ITS son de la Europa del Este y las latinoamericanas, mientras que las magrebíes y, sobre todo, las asiáticas son las que menos demanda sanitaria realizan con respecto a este tema.

Según datos de la OMS, se calcula que al año se producen más de 340 millones de nuevos casos de ITS curables en el mundo (sífilis, gonorrea, infección por *Chlamydia trachomatis* y tricomoniasis). Las regiones con mayor número de casos son Asia, África subsahariana y América Latina.

En cuanto al VIH, se estima, según datos de ONUSIDA, que más de 33 millones de personas están actualmente infectadas, siendo la mitad de ellas mujeres. Uno de los objetivos de esta organización es reducir la transmisión sexual y vertical, así como aumentar el empoderamiento de la mujer y fomentar acciones en contra de la discriminación y contra las políticas represoras que impiden una respuesta efectiva frente al VIH. La infección por el VIH es un grave problema a nivel mundial, pero África subsahariana sigue siendo la región más castigada, donde

además viven dos terceras partes del total de personas infectadas por el VIH, así como la gran mayoría del total de mujeres VIH positivas.

Es necesario tener presente que las mujeres de otras culturas no deben encasillarse en patrones homogéneos de comportamiento y conocimientos, sino que presentan diferencias que deben ser consideradas. Es posible que muchas de ellas tengan información acerca del VIH, pero cabe indagar si la información es correcta y actualizada, y si son conscientes de los riesgos que ocasionan las ITS. La atención ante la diversidad en este aspecto empezará por respetar este principio e indagar acerca de las necesidades de cada mujer, observando, escuchando y preguntando todos aquellos datos que sean de interés y facilitar la confianza, huyendo de discursos moralistas. El objetivo debe ser siempre que estas mujeres accedan al sistema sanitario, fundamentalmente antes del problema con la prevención, y si no es posible, a los métodos de detección y tratamiento.

Las mujeres y la interrupción voluntaria del embarazo. Los embarazos no deseados son un problema de salud pública de primera magnitud y en muchos casos se asocia con la inmigración, debido a la falta de información o mal uso de los métodos anticonceptivos, la influencia de la religión, la negativa de los hombres al uso del preservativo (subsaharianos, magrebíes o latinoamericanos) y la falta de decisión y capacidad de las mujeres para negarse a mantener relaciones sexuales, llegando incluso a ser forzadas a su práctica.

Esta intervención se realiza en centros sanitarios acreditados para tal actividad y con garantías sanitarias. Las mujeres que con más frecuencia acuden son de origen latinoamericano. Sin embargo, las mujeres subsaharianas, magrebíes y de origen asiático suelen recurrir con frecuencia a la medicina tradicional con fines abortivos para controlar su fecundidad.

Esta realidad puede suponer un problema de salud serio, al realizarse dichas prácticas en ambientes domésticos y sin ningún control sanitario, ocurriendo en muchas circunstancias abundantes hemorragias que ocasionan un grave riesgo para la mujer. Es necesario aumentar la información en prevención de embarazos no deseados entre la población inmigrante. Se deben priorizar esas acciones de salud para no ver al aborto como un método anticonceptivo más, sino como una medida a la que se deba recurrir cuando realmente es necesario y está indicado.

Las mujeres y la fertilidad.

En algunas culturas, la mujer tiene como misión principal la reproducción, val-

orándose positivamente tener un elevado número de hijos. Las mujeres magrebíes son, de media, las que mayor porcentaje de consultas relacionadas con problemas de infertilidad o esterilidad realizan entre el colectivo de mujeres inmigrantes presente en nuestro país. En las mujeres subsaharianas el no tener hijos es considerado un drama, pues el peso de la esterilidad siempre recae sobre ellas. Son marcadas y se les niega el contacto con rituales de fertilidad ya que en algunas etnias son consideradas como poseedoras de malos espíritus.

Las mujeres y la maternidad: embarazo, parto y puerperio.

En lo que respecta a los cuidados de enfermería culturalmente competentes en este aspecto se debe intensificar el esfuerzo en promover una maternidad sin riesgo. Esto conlleva asegurar que la mujer reciba una atención segura y saludable durante el embarazo, parto y puerperio. El principal problema que existe en las mujeres inmigrantes embarazadas es su diagnóstico tardío, recurren en busca de atención prenatal durante la gestación de manera urgente, solo cuando son conscientes y sienten que existe un problema o ya en el momento del parto. Muchas de estas situaciones están favorecidas por las barreras económicas y culturales.

Durante la asistencia en el hospital, algunos problemas en la atención sanitaria derivan del no entendimiento de sus creencias y valores culturales. En el caso concreto del parto, existen diferencias que afectan a la vivencia del parto y a la interacción con el recién nacido. Por ejemplo, en algunas culturas africanas los enemas son un tabú muy fuerte y son muy mal recibidos, algunas piensan que pueden afectar al hijo. Es frecuente observar la ausencia del marido durante el parto sobre todo en las mujeres magrebíes y en las subsaharianas. Estas presentan un mayor rechazo al intervencionismo obstétrico. En las mujeres latinoamericanas, las prácticas en la atención del parto están muy relacionadas con sus creencias. Manifiestan que en su país, en su mayoría, son atendidas por la partera, con la que se puede garantizar una privacidad del parto que no es frecuente en los servicios de salud. Este es el motivo por el que en su lugar de origen, muchos partos son atendidos en el domicilio por la partera.

En lo que respecta al puerperio, la lactancia materna es más frecuente en las mujeres inmigrantes. Muchas la utilizan como método anticonceptivo además de como alimentación básica para sus hijos y la mantendrán durante un tiempo prolongado debido a motivos culturales, económicos y laborales. Las prácticas y creencias que las mujeres tienen para el cuidado de sí y de su hijo deben respetarse por la enfermera, siempre que no sean consideradas perjudiciales o de

riesgo para ambos.

Como en todos los aspectos de la sexualidad y reproducción de la mujer, es necesario establecer espacios de diálogo que permitan conocer a la mujer de otra cultura y establecer una relación de confianza, teniendo presente el papel activo que debe tener la mujer en el cuidado de sí misma, garantizando el cuidado congruente con la cultura a través del conocimiento de la misma y la reflexión y poniendo en práctica los mecanismos de acción de la teoría de Leininger: preservar, negociar o reestructurar. La mutilación genital femenina (MGF) como realidad cultural de especial vulnerabilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera mutilación genital a una variedad de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos o su alteración por motivos culturales u otras razones que no son de índole médica.

La OMS clasifica los tipos de MGF según la extensión de la extirpación. La MGF de tipo I, llamada cliteroidectomía consiste en la escisión del clítoris y del prepucio. La de tipo II en la eliminación parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin resección de los labios mayores. En la de tipo III, llamada infibulación, se cortan y cosen los labios menores y/o mayores produciendo una estenosis del orificio vaginal, con o sin eliminación del clítoris, y en la de tipo IV entran a formar parte otra clase de prácticas de diversa índole, tales como cauterización, raspado de orificios, cortes en vagina, introducción de sustancias corrosivas, etc. Para realizarla se utilizan cuchillos, tijeras o vidrio y la herida la limpian generalmente con alcohol, zumo de limón, cenizas, hierbas o excrementos de vaca y se realiza en niñas entre los 5 y 14 años.

La realización de esta práctica es una realidad en nuestro país como consecuencia de los flujos migratorios de población subsahariana en los últimos años. Aunque en España no se lleve a cabo, existe un riesgo en nuestra sociedad de que las hijas de estas mujeres mutiladas lo sean ellas también. Esta práctica constituye un atentado contra la seguridad, integridad y dignidad de las mujeres y niñas y una clara violación de la Declaración Universal de los Derechos humanos. No se realiza únicamente en la población subsahariana, sino también en varias zonas de Asia, América, Australia e incluso Europa, en países donde viven inmigrantes procedentes de zonas donde la MGF es una práctica tradicional. Se estima que entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres viven con las consecuencias de haber sido mutiladas.

Un hecho preocupante es que en los últimos años estas prácticas están siendo consideradas a nivel sanitario en esas regiones, llevándolas a la práctica profe-

sionales de la sanidad, con asepsia y anestesia, sobre todo en Egipto, Sudán y Kenia, con la intención de legitimar un acto violento contra la mujer.

Los motivos por los cuales se realiza responden a normas sociales, culturales y religiosas. Las comunidades que lo practican creen que las mujeres que han sido mutiladas acataran las normas de restricción de la actividad sexual, la feminidad y serán respetadas, al igual que consideradas limpias y puras. Esta violencia contra la mujer es definida como diferente a la mayoría, puesto que son mujeres, además de hombres, las personas involucradas en la perpetración de este acto, siendo parientes de la niña.

Resulta evidente que esta práctica entraña riesgos graves para la salud. El más inmediato es la hemorragia, el dolor intenso. Posteriormente, se pueden derivar infecciones y sepsis, lesiones del tejido y retención de orina. Su gravedad, unida a la escasez de servicios sanitarios o a la tardanza en recurrir a ellos, puede conducir a la muerte de la niña. Además, puede existir retención del flujo menstrual originando graves infecciones, producirse esterilidad e incluso fistulas, además de que las relaciones sexuales pueden ser muy dolorosas e incluso imposibles. Unido a las secuelas físicas están aquellas psicológicas y sociales, ya que negarse a la realización de esta práctica puede constituir un rechazo de la familia hacia la niña e incluso conducir a su aislamiento.

Un estudio descriptivo llevado a cabo sobre los conocimientos de los profesionales de salud en la Comunidad de Valencia con respecto a la MGF, concluye que los conocimientos no son suficientes, que se necesita formación al respecto ya que se atienden bastantes casos y que las opciones que los profesionales tomaron ante ellos fue la de ignorar la situación.

Las enfermeras al igual que otros profesionales de la salud, debemos preguntarnos cómo podemos hacer para acabar con la MGF. En el día a día, lo principal será detectar la existencia en mujeres de otras culturas susceptibles de haber sido mutiladas y alertar si fuera necesario a recursos sociales, educativos y sanitarios, pero siempre acompañado de un trabajo de sensibilización a la familia. De manera más global, numerosos estudios reflejan que es necesario establecer un diálogo con esas comunidades, reforzando los valores culturales positivos y buscar formas para hacerles ver que una niña se ha hecho adulta sin necesidad de la ablación. Los estudios también concluyen que las medidas locales se complementan con las medidas globales y respuestas nacionales frente a este problema, que generalmente cursan en forma de sanción legal.

5 Discusión-Conclusión

Se ha visto la importancia que tiene ofrecer cuidados culturales a la mujer, especialmente en el ámbito sexual y reproductivo, debido a que es un aspecto que iguala a todas las mujeres pero que sin embargo las diferencia por la influencia cultural y social. En la definición planteada de salud reproductiva se engloba de manera muy superficial la salud sexual como algo que está englobado en la reproducción y que todas las personas puedan tener de manera satisfactoria y segura. En muchos artículos se nombra la salud sexual y reproductiva como un todo indivisible, dando por hecho que si se garantizan los derechos reproductivos también se garantizaran los derechos sexuales. Esta concepción puede conducir a elaborar planes y proyectos de promoción y prevención que sean incompletos y erróneos y que para nada garanticen un estado óptimo de salud para la mujer, pues se corre el riesgo de desatender la salud sexual, por lo que al igual que se plantea en la Estrategia Nacional Española de Salud Sexual y Reproductiva, se debe hacer un planteamiento independiente y global de la salud sexual y otro de la salud reproductiva.

La enfermera culturalmente competente deberá entender el contexto cultural de la mujer y asesorar teniendo en cuenta todos los aspectos que cubran sus necesidades, personalizando la atención y los métodos aconsejados. Es cierto que adquirir competencia cultural pasa por unos principios de respeto, comprensión y sensibilidad de las diferentes culturas para obtener con ello un establecimiento de una relación terapéutica eficaz y competente que atiende a la diversidad. Sin embargo, como enfermeras debemos desarrollar en la adquisición de esa competencia espíritu crítico ante las prácticas y creencias que ponen de manifiesto un peligro o riesgo para la salud de las personas con las que nos relacionamos profesionalmente. Es por ello, que merece la pena tratar qué es la mutilación genital femenina como un ejemplo claro de esta circunstancia. Las enfermeras debemos conocer la existencia de esta práctica para darle su importancia como un hecho violento y no tener ideas confusas sobre la misma. Corremos el riesgo de ignorar o evitar hablar este tema con la mujer que lo padece si no somos conscientes de su magnitud. Por ello, como en todo, debemos crear ese vínculo de respeto y confianza, pero sobre todo de intimidad y confidencialidad ya que pueden mostrar recelo de hablar sobre ese tema.

En esta línea, estudiar el desarrollo evolutivo de la mujer en la comunidad resulta una herramienta útil para valorar sus necesidades de salud. Si entendemos que los hombres y mujeres son diferentes, aprenderemos a valorar sus necesidades

y a ofrecer una atención sanitaria de calidad. La mujer representa el agente promotor de salud, que transmitirá los cuidados y la educación sanitaria recibida, al resto de la familia y la comunidad, por lo que las políticas sanitarias de un país deben centrar sus objetivos en cuidar este colectivo y enriquecer con ello a la comunidad.

El concepto de sexualidad y reproducción es entendido de manera muy diferente por las mujeres, hombres y la sociedad en general donde se desarrollen, de manera que las ideas que tengan al respecto condicionaran el modo en que se abordará esa atención sanitaria y si existen situaciones de desigualdad y discriminación. Muchos grupos étnicos siguen patrones arcaicos desde el punto de vista occidental, en los que existen muchos tabúes, el sometimiento del hombre y todavía se niega el derecho de la mujer al placer, con lo que ella perderá el control sobre su sexualidad y necesitara una educación e información sexual, así como protección, sobre todo en lo que respecta a situaciones de violencia y prácticas culturales como la mutilación genital femenina que atentan contra su integridad física, psicológica y social. Con respecto a esta situación y otras derivadas del ejercicio de la profesión, las enfermeras deben conocer las leyes ya que reforzarán su pensamiento crítico y le protegerán de responsabilidades a la vez que preservaran los derechos de las personas que cuidan.

Por otro lado, es necesario indagar si la información que las mujeres de otra cultura tienen acerca de métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual es correcta y actualizada, para en caso contrario, concienciar acerca de los riesgos que ocasionan, así como aumentar la información en prevención de embarazos no deseados entre la población inmigrante, priorizando estas acciones de salud para no ver al aborto como un método anticonceptivo más, sino como una medida a la que se deba recurrir cuando realmente es necesario y está indicado.

En general, en el cuidado cultural a la mujer será necesario conocer su realidad, sus ideas y costumbres, preservar sus creencias con respecto a la salud cuando no constituyan un daño, negociar otros hábitos y reestructurar en caso de que constituyan un peligro.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Resumen analítico sobre las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana. Suiza: OMS; 2009.
2. Comité de Solidaridad de la SEGO. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria.

Zaragoza: SEGO; 2010.

3. Grande Gascón ML, Linares Abad M, Álvarez Nieto C, Pastor Moreno G. El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. *Cultura de los cuidados*. 2009; 15(30): 45-51.
4. Lafaurie MM. Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo. *Revista MED UIS*. 2009; 22(2):191 – 200.
5. Rodríguez Portilla NE, Martínez Rojo C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enfermería Global*. 2011; 23: 359-371.
6. Unión de Asociaciones familiares. Su sexualidad también es importante: claves para aproximarse a la sexualidad de las personas inmigrantes. Ministerio de Trabajo e inmigración y FEI; 2011.
7. Villar Martins V, García Penna LH, Boccara de Paula MA, Accioly Lima LM, Marques de Araujo L. Saúde sexual feminina no âmbito cultural. *Rev Pesqui cuid fundam*. 2013; 5(1): 3360 – 3374.
8. Casas M, Collazos F, Qureshi A. Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación. Obra social fundación “La Caixa”; 2009.
9. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA). Llegar a cero: estrategia del programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA 2011-2015; 2010.
10. Capilla Díaz C, López Sáez MA, Tirado Pedregosa G, Rodríguez Martín F, Correa Brenes A. Intervenciones para la mejora de la captación de mujeres inmigrantes embarazadas para la visita puerperal. *Index Enferm*. 2009; 3(7).
11. Brigitte M Prieto B, Ruiz CH. Significados durante el puerperio a partir de prácticas y creencias culturales. *Rev Aquichan*. 2013; 13(1): 7-16.
12. García Aguado S, Sánchez López MI. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. *Metas Enferm*. 2013; 16(7): 18-22.
13. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina. Washington DC: OPS. 2013.
14. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo MM, Pina Roche F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. *Rev Enferm Global*. 2012; 28: 396-410.

Capítulo 198

ADMINISTRACIÓN DE AEROSOLES DURANTE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PEDIATRÍA

ANA VAQUERO MARTÍN

MILAGROS ESTEFANI ORE PEREZ

TAMARA SANTANA PÉREZ

IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La terapia por inhalación de oxígeno de alto flujo consiste en aportar un flujo de oxígeno sólo o mezclado con aire por encima del flujo pico inspiratorio del paciente, a través de una cánula nasal. Este permite la administración de un flujo con aire termohumedificado y con una fracción inspiratoria de oxígeno variable según las necesidades del paciente.

La aerosolterapia es un método de tratamiento basado en la administración de sustancias, en forma de aerosol, por vía inhalatoria que ofrece la posibilidad de utilizar fármacos en dosis muy pequeñas y hacerlos llegar casi exclusivamente al lugar donde van a desarrollar su acción.

2 Objetivos

- Hidratar las secreciones secas y mejorar la función del escalador mucociliar.

- Aumentar el reflejo de la tos y aliviar la inflamación.
- Administrar sustancias como aerosoles.

3 Metodología

Búsqueda sistemática de numerosas bases de datos como Pubmed o Cochrane junto a la experiencia en el servicio hospitalario.

4 Resultados

Como resultado de la revisión bibliográfica además de las recomendaciones generales para la administración de aerosoles con la oxigenoterapia de alto flujo tendremos en cuenta que en casi todos los estudios se encontró que para la administración de aerosoles parece factible a bajas tasas de flujo < 3L/ min, que es un flujo mucho más bajo que el que utilizamos normalmente.

- En la bronquiolitis no retirar la oxigenoterapia de alto flujo, ha demostrado disminuir el número de ingresos en unidades de cuidados intensivos.
- En los broncoespasmos, en caso de necesitar el paciente nebulizaciones no retirar la oxigenoterapia de alto flujo, pero sí disminuir temporalmente el flujo a 3 L/ min. Volver a subir tras la nebulización.

5 Discusión-Conclusión

Concretar de forma clara y adecuada la forma de realizar las técnicas descritas para así evitar los fallos en la administración que con ello conllevaría un mal rendimiento terapéutico. De esta manera en pacientes pediátricos que necesiten la oxigenoterapia de alto flujo con administración de aerosoles no retirar el flujo de oxígeno pero sí disminuirlo temporalmente a 3 L/ min, mejora el rendimiento del mismo, permitiendo que las partículas del aerosol ser inhaladas y depositadas en las vías respiratorias bajas.

6 Bibliografía

- www.secip.com
- www.oximesa.es

Capítulo 199

DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE

MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA

MÓNICA DACUÑA LÓPEZ

ALMUDENA PANIZO LÓPEZ

CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La dinámica del sistema mundial se ha caracterizado en los últimos años por movimientos migratorios de población intensos dentro de los mismos países así como entre países que tienen unos niveles de riqueza similares. Estos movimientos migratorios se caracterizan por una búsqueda de calidad de vida, empleo y mayor estabilidad familiar.

En España el origen de los inmigrantes procede en un mayor número de países con niveles de renta bajas.

En los últimos años el perfil de la población de España cambió de manera considerable, pasando la población extranjera del 1,6% del total de la población en 1998 al 11,7% en 2013. Población que proviene prácticamente de todas partes del mundo, con algo menos de la mitad procedente de países europeos y un predominio de Rumania, Marruecos, Reino Unido, Ecuador y Colombia, como países de origen.

Una primera aproximación al estudio de los determinantes de la salud, parte del modelo de Dahlgren y Whitehead propuesto en 1991. En este modelo se identifican como determinantes de la salud factores que abarcan desde las características biológicas de los individuos y su estilo de vida, hasta el papel de las organizaciones comunitarias y de apoyo social, así como las condiciones del contexto cultural, económico y ambiental.

Siguiendo este modelo, pueden analizarse varios aspectos relacionados con la población inmigrante, desde la evidencia sobre las barreras y condicionantes a los servicios de salud hasta la priorización de estrategias que permitan reducir problemas de salud en la población inmigrante.

2 Objetivos

- Identificar los determinantes de la salud en la población inmigrante.
- Describir el estado de salud en la población inmigrante.
- Identificar los determinantes de acceso de los servicios de salud para la población inmigrante.

3 Metodología

Búsqueda en las siguientes bases de datos PubMed, Medline, Cuiden, la biblioteca Cochrane Plus, y, buscadores científicos como: Redalyc, Elsevier, ScienceDirect, Scielo o Google Académico.

Los criterios de inclusión han sido:

- Artículos de investigación, publicaciones, estudios o revisiones sobre determinantes de la salud en la población inmigrante que estén científicamente contrastados entre los años 2000-2019.
- Artículos que incluyen las palabras clave: Población inmigrante, determinantes de la salud.

Textos en idioma español o inglés.

- Artículos referentes al fenómeno migratorio y su situación en España.

Se revisan 30 artículos de los cuales se seleccionan 10 para realizar la revisión bibliográfica.

4 Resultados

En primer lugar, se ha estudiado que los cambios en los estilos de vida indican que los inmigrantes adquieren hábitos menos saludables como el consumo de tóxicos. Se observa también, malas condiciones de vivienda y hacinamiento, afectación por su situación laboral y económica que impide falta de acceso a trabajos normalizados y esto unido a su situación irregular y las deudas que acarrear en países de origen produce estrés que afecta a su estado de salud.

En cuanto a la cultura sanitaria, tienen un desconocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, factores como la falta de acceso a los servicios sanitarios por la falta de información, diferente concepto de salud y enfermedad, y la existencia de prácticas de medicina tradicional.

Los factores biológicos y el medio ambiente son otros dos determinantes importantes. El primero porque tienen una situación inmunitaria y una cobertura vacunal que a veces es incompleta en el país de origen y presentan enfermedades de base genética y el segundo ya que vienen de un clima diferente con ambientes más ruidosos, mas contaminación y polución ambiental.

Finalmente, si atendemos al contexto político, nos podemos encontrar con factores estructurales que afectan al sistema social y que pueden originar diferencias injustas y evitables en grupos vulnerables como la población inmigrante. Se identifican carencias en educación y acceso a la misma relacionado con el idioma y niveles de estudios más bajos.

Otro determinante que adquiere gran importancia es la salud y género, la mujer inmigrante en muchas culturas esta supeditada al hombre y tiene mas dificultades para integrarse en el país receptor ya que deben asumir normas y pautas de conducta que no son las suyas.

5 Discusión-Conclusión

Se observan importantes diferencias en la utilización de servicios entre la población autóctona y la inmigrante referentes a una mayor utilización de los servicios de atención urgente frente a los especializados por la población inmigrante. A menor nivel de estudios y situación administrativa irregular se asocia una búsqueda menor de atención sanitaria.

Entre sexos se observa un mayor uso de los servicios sanitarios por parte de la

mujer, ya que las mujeres tienen una salud auto percibida peor y desarrollan mayor número de enfermedades crónicas.

La atención primaria, la posesión de seguro médico privado y ser estudiante también se asocia a un menor uso.

Se encuentran barreras en el acceso por las dificultades de comunicación relacionadas con el idioma, no poseer tarjeta sanitaria por el miedo a registrarse al estar en situación administrativa irregular o no conocer los circuitos para hacerlo y condiciones laborales precarias que impiden que los horarios laborales les permitan acceder a las consultas.

6 Bibliografía

1. Castillo, S., Mazarrasa, L., & Sanz, B. (2001). Mujeres inmigrantes hablando de su salud. Utilización de sus discursos como estrategia para promocionar su salud. *Index de Enfermería*, 34, 9-14.
2. Acevedo-García D., Panb J., Juna H., et al. The effect of immigrant generation on smoking. *Soc Sci Med*. 2005; 61:1223-42.
3. Gradstein, M., & Schiff, M. (2006). The political economy of social exclusion, with implications for immigration policy. *Journal of Population Economics*, 19(2), 327- 344.
4. García-Calvente, M. M., & La Parra Casado, D. (2007) La investigación sobre cuidados informales de la salud desde una perspectiva de género. En A. M. García (Ed. Serie). 5a monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud. Cataluña: Sociedad Española de Epidemiología.
5. Rivera B, Casal B, Currais L. Estado de salud y frecuentación de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes. *Gac Sanit*. 2009; 23:53-6.
6. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23:4-11.
7. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2013.
8. Muñoz de Bustillo R, Antón Pérez JI. Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante latinoamericana en España. *Salud Publica Mex*. 2010; 52:357-63.
9. Daponte Codina A, Bolívar Muñoz J, García Calvente MM. Las desigualdades sociales en salud. 1a ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública;2008.

10. Mayberry RM, Mili F, Ofili E. Racial and ethnic differences in access to medical care. *Med Care Res.Rev.* 2000; 57:108-45.

Capítulo 200

ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN PACIENTE CON EPOC

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

LORENA GARCÍA ARIAS

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

1 Introducción

En 2016 un tercio de la población mundial mayor de 15 años es dependiente del tabaco considerando esta adicción como la gran epidemia silenciosa de siglo XX y siendo un de los mayores problemas de salud pública a escala mundial.

En España, dos tercios de las muertes se debe a cuatro causas, todas atribuibles al tabaquismo: Cáncer de pulmón (28,8%), EPOC (20%), Cardiopatía Isquémica (12,4%), y Enfermedad Cerebrovascular (8,9%). De ellas, un 25% son prematuras, antes de los 65 años.

En la última década ha disminuido la prevalencia entre los varones (40 a un 60%) e incrementándose entre las mujeres, básicamente entre las mujeres más jóvenes (17 a un 25%). Es importante destacar que más del 90% de los fumadores tenga menos de 16 años.

Resulta contradictorio que desde el siglo XIX la epidemiología moderna nos ha demostrado la evidencia de la asociación causal existente entre el habido de fumar tabaco y el cáncer de pulmón, y no haya conseguido modificar de forma más sustancial el consumo de tabaco.

2 Objetivos

- Proporcionar la información y ayuda necesaria con todos los medios y recursos que nos proporciona la Atención Primaria y las unidades antitabaco del servicio de NML hospitalario.

3 Caso clínico

Varón de 58 años diagnosticado de Carcinoma de pulmón estadio VI. Fumador de 20 cigarrillos diarios desde hace 30 años. Acude al SUH por dolor costal derecho con la tos, asociado a expectoración blanquecina. Astenia y pérdida de peso escasa, no cuantificada de semanas de evolución. Se da alta médica con cita preferente de Neumología ante los hallazgos en Rx torax, sugestivos de neoplasia pulmonar.

Tras pruebas complementarias se objetivan: metástasis hepáticas ambos lóbulos, que ocupan todo el parénquima. Metástasis pulmonares múltiples micronodulares derechas. En pocos días evoluciona rápidamente a un deterioro generalizado.

4 Resultados

Tras ingreso en unidad de hospitalización, recibe el alta habiendo recibido QT paliativa, mejorando el estado general. Se remite para seguimiento a la consulta de Oncología.

5 Discusión-Conclusión

En el momento en que un paciente entra en nuestra consulta, debemos conocer su actitud ante el tabaco. Tomando en cuenta que alrededor del 75% de la población acude a la consulta de los profesionales de Atención Primaria al menos una vez al año y los fumadores pueden hacerlo con más frecuencia que los que no fuman; es el momento de abordar cada paciente y personalizar el tratamiento para conseguir con éxito el abandono.

En conclusión, debemos tener en cuenta en nuestro día a día la importancia de la educación en nuestros pacientes sobre el tabaquismo, su grado de dependencia y su deseo de abandono.

Si el paciente no tiene intención de abandonar el hábito tabáquico lo más importante es la educación y la información para que progresivamente se mentalice del daño que el tabaco causa a su salud. Y en el supuesto caso de que el paciente quiera abandonar su dependencia es nuestra obligación será proporcionarle la ayuda necesaria con todos los medios y recursos que nos proporciona la Atención Primaria.

6 Bibliografía

1. Canga Armayor, N. "XIII JORNADA SOBRE CÁNCER EN NAVARRA. PREVENCIÓN DEL CÁNCER: ACTUALIZACIÓN PARA ENFERMERÍA 2011".
2. Alonso Viteri, S.; Díaz-Maroto Muñoz, J.L.; Almonacid Sánchez, C.; Cisneros Serrano, C.; Ramos Pinedo, A.; Jiménez Ruiz, C.A. Abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo desde atención primaria. *Senergen*. 2000; 26:399-407. Vol.26 núm. 08.

Capítulo 201

USO DE ANTIBIÓTICOS EN LA ACTUALIDAD, UN PROBLEMA DEL FUTURO.

TAMARA BELLOSO CUESTA

ALBA GONZÁLEZ DÍAZ

1 Introducción

Definición de antibiótico:

En 1928, Alexander Fleming descubrió casualmente la penicilina en una placa de Petri contaminada por hongos, iniciándose una nueva era de la medicina. Este compuesto natural producido por el hongo *Penicillium* demostró ser tóxico para las bacterias, pero seguro para el ser humano. Tras el descubrimiento de la penicilina se inició una búsqueda intensa de otros compuestos naturales o sintéticos que pudieran utilizarse para tratar otros microorganismos patógenos. Los antibióticos son sustancias químicas producidas por un ser vivo o derivado sintético, utilizados para prevenir y tratar las infecciones bacterianas. El antibiótico actúa por mecanismos diferentes en función de su naturaleza y su objetivo es bloquear la proliferación de las bacterias inhibiendo alguno de los pasos de su desarrollo.

Definición de resistencia:

La resistencia antibiótica es la capacidad de un microorganismo para resistir los efectos de un antibiótico. La resistencia se produce naturalmente por selección natural a través de mutaciones producidas por azar. El antibiótico, al entrar en

contacto con una población bacteriana, permite solo la proliferación de aquellas bacterias que presentan aquella mutación natural que anula la acción del antibiótico. Una vez que se genera la información genética, las bacterias pueden transmitir los nuevos genes a través de transferencia horizontal por intercambio de plásmidos; o igualmente producto de una conversión lisogénica. Si una bacteria porta varios genes de resistencia, se le denomina multirresistente.

Definición de "uso adecuado de antibióticos":

La OMS define como uso apropiado de los antimicrobianos, el uso eficaz en relación con el costo, con el cual se obtiene el máximo efecto clínico-terapéutico y simultáneamente se minimiza la toxicidad del medicamento y el desarrollo de resistencia microbiana.

Mecanismo de acción de antibióticos:

Los antibióticos pueden ser bacteriostáticos o bactericidas. Para desempeñar estas funciones, los antibióticos deben ponerse en el contacto con las bacterias. Bacteriostático es aquel que aunque no produce la muerte a una bacteria, impide su reproducción; la bacteria envejece y muere sin dejar descendencia, bloquea el crecimiento y la multiplicación celular. Un efecto bacteriostático está producido por sustancias bacteriostáticas.

Estas sustancias son secretadas por los organismos como medios defensivos contra las bacterias.

Sustancias:

- Fenol: es en concentración menor; las bacterias morirán en solución fenol cloro.
- Cristal violeta: reacciona con radicales, forman sales, muchas de las veces con ácidos nucleicos.

Bactericida es aquel que produce la muerte a una bacteria. Un efecto bactericida está producido por sustancias bactericidas. Estas sustancias son secretadas por los organismos como medios defensivos contra las bacterias. Los antimicrobianos de efecto lítico en las bacterias, provocan una reducción en la población bacteriana en el huésped o en el uso de sensibilidad microbiana.

Sustancias:

- Lisozima: está presente en la saliva, lágrimas y mocos y protege las mucosas relacionadas con la nasofaringe. Provoca la muerte de las bacterias cuando estas se están multiplicando, rompe los enlaces entre las moléculas de peptodiglicano que forma la pared celular de las bacterias gram-positivas. Al romper estos enlaces, se forman huecos en la pared de las bacterias haciendo que entre una gran cantidad de agua provocando la lisis osmótica de la bacteria.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir los antibióticos como fármaco de máxima importancia en la actualidad, analizando los problemas que surgen en su administración, tomando como tema elemental la resistencia a dichos fármacos.

Objetivos secundarios:

- Estudiar cómo los cuidados constituyen una base fundamental que contiene unos conocimientos que pueden proporcionar una pieza clave, para que el personal los utilice adecuadamente para mantener la salud.
- Prevenir las enfermedades infecciosas, para evitar la necesidad de tomar antimicrobianos, y si fuera inevitable, que sean administrados de una forma responsable.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica dentro de las principales bases de datos (Cuiden, Medline y Pubmed), consultado diversas páginas web sanitarias y revisadas diversas guías y manuales; usando para ello las palabras clave: “antibióticos”, “uso”, “resistencia”.

El núcleo fundamental del estudio de investigación del trabajo fin de máster, basado en una revisión teórica, fue la recopilación de textos y artículos científicos mediante un método de análisis –síntesis, sobre la definición de los antibióticos, seleccionando aquellos que describen o están vinculados con su manejo, como fármaco de gran importancia, analizando más profundamente las complicaciones que surgen en su administración, priorizando la resistencia antimicrobiana como problema de salud a nivel mundial.

4 Resultados

La resistencia a los antibióticos está aumentando en todo el mundo a niveles peligrosos. Día tras día están apareciendo y propagándose en todo el planeta nuevos mecanismos de resistencia que ponen en peligro nuestra capacidad para tratar las enfermedades infecciosas comunes. Por más eficaces que sean las medidas que se tomen en un país determinado para contener la resistencia en su propio territorio, no será posible evitar que los viajeros y el comercio exterior traigan consigo agentes patógenos resistentes que entren así al país. La naturaleza mundial de

la resistencia requiere una respuesta también mundial, no solo desde el punto de vista geográfico. Datos procedentes de 77 países muestran que un creciente número de infecciones, como la neumonía, la tuberculosis, la septicemia o la gonorrea, son cada vez más difíciles de tratar, a medida que los antibióticos van perdiendo eficiencia, dificultando así, el tratamiento de estas enfermedades. La resistencia se acelera con el uso indebido y abusivo de estos fármacos y con las deficiencias de la prevención y control de las infecciones. Por eso la OMS celebra desde hace años la semana mundial de la concienciación sobre el uso de los antibióticos (del 13 al 19 de noviembre del 2017).

La Estrategia Mundial de la OMS para contener la resistencia a los antimicrobianos, reducir la aparición y la propagación de microorganismos resistentes, se lleva a cabo mediante las siguientes medidas:

- Educar a todo grupo de personas que prescriba o dispense antimicrobianos, sobre la importancia de usar adecuadamente estos fármacos, de contener la resistencia y de la prevención de enfermedades y la lucha contra las infecciones.
- Promover programas educativos sobre el diagnóstico y tratamiento correcto de las infecciones comunes destinados a todos los profesionales de la salud, veterinarios y personal que prescribe y dispensa antimicrobianos.
- Educar a los pacientes sobre el uso apropiado de estos medicamentos y la importancia de cumplir estrictamente las indicaciones de la prescripción, mediante la formulación y la aplicación de pautas y algoritmos de tratamiento.
- Mejorar la utilización de antimicrobianos mediante la supervisión y el fomento de buenas prácticas clínicas, especialmente de las estrategias de diagnóstico y de tratamiento.
- Establecer programas de control de las infecciones nosocomiales con base en las prácticas óptimas vigentes, que asuman la responsabilidad de lidiar eficazmente con la resistencia a los antimicrobianos en los hospitales.
- Crear en los hospitales comités terapéuticos eficaces que puedan supervisar el uso de antimicrobianos en esas instituciones.
- Formular y actualizar periódicamente directrices para el tratamiento y la profilaxis con antibióticos, así como formularios antimicrobianos hospitalarios.
- Hacer el monitoreo de su uso, incluidas la cantidad y modalidad de utilización, y remitir los resultados registrados a las personas que prescriben dichos fármacos.
- Hacer obligatoria la prescripción de todos los antimicrobianos que se utilizan en la lucha contra las enfermedades de los animales destinados al consumo humano.
- Establecer un sistema de registro eficaz de los lugares donde se dispensan.
- Relacionar la condición de fármaco que requiere receta médica con los reglamentos que rigen la venta, el suministro, la dispensación y las actividades de promo-

ción autorizadas de los agentes antimicrobianos, y establecer mecanismos que le faciliten al personal de la salud el cumplimiento de las disposiciones y sistemas para vigilarlo.

- Aumentar la cobertura de inmunización y potenciar otras medidas para la prevención de enfermedades, de modo que se reduzca la necesidad de su uso.
- Fomentar estrategias innovadoras como incentivos para el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos y vacunas para las enfermedades desatendidas.
- Establecer programas nuevos y fortalecer los existentes para que los investigadores mejoren el diseño, la preparación y la ejecución de proyectos de investigación sobre la contención de la resistencia a los antimicrobianos.

Según estas estrategias de la OMS, el personal sanitario debe hacer las siguientes recomendaciones al paciente:

- Tomar antibióticos únicamente cuando los prescriba un profesional sanitario certificado.
- Seguir siempre las instrucciones de los profesionales sanitarios con respecto al uso de los antibióticos.
- No utilizar los antibióticos que le hayan sobrado.
- Prevenir las infecciones lavándose las manos, preparando los alimentos en condiciones higiénicas, evitando el contacto íntimo con enfermos, cubriéndose la boca y la nariz al estornudar, velando por la seguridad de las relaciones sexuales y manteniendo las vacunaciones al día.
- Informar sobre el impacto de la resistencia a los antibióticos.
- Informar a los pacientes sobre cómo tomar los antibióticos correctamente y los peligros de su uso indebido.
- No utilizar antibióticos para prevenir enfermedades.
- Recordar que se debe vacunar a los animales para reducir la necesidad de antibióticos y utilizar alternativas a estos siempre que las haya.
- Fomentar buenas prácticas en todos los eslabones de la producción de alimentos de origen animal y vegetal.

5 Discusión-Conclusión

La resistencia a los antimicrobianos es un fenómeno biológico natural. Cada vez que se ha puesto en uso un nuevo agente antimicrobiano en el ámbito clínico, el laboratorio ha detectado a continuación cepas de microorganismos resistentes al mismo, es decir, cepas que pueden reproducirse en presencia de concentraciones mayores del fármaco de las que se administra a las personas en dosis ter-

apéuticas. Este tipo de resistencia puede resultar de una característica de toda la especie o presentarse entre cepas de especies que por lo general son sensibles, pero desarrollan resistencia por mutación o transferencia genética. Los genes resistentes codifican varios mecanismos por medio de los cuales los microorganismos pueden resistir los efectos inhibitorios de agentes antimicrobianos específicos. Tales mecanismos también generan resistencia a otros antimicrobianos de la misma clase y, a veces, a muchos compuestos de diferentes clases. Por eso el uso inadecuado de antimicrobianos no da los resultados terapéuticos esperados y se asocia con la generación de resistencia, el mejorar el uso de estos fármacos debe ser una prioridad si se ha de controlar la aparición y diseminación de la resistencia.

Hay que tener en cuenta un factor muy importante, la diferencia de los antimicrobianos con otros fármacos, es que el tratamiento individual puede repercutir en la salud de la sociedad, como resultado de la presión selectiva ejercida por todos los usos de estos fármacos. La vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos es indispensable para obtener información sobre la magnitud y las tendencias del problema, y para hacer el seguimiento del efecto de las intervenciones. La prolongación de las enfermedades y la hospitalización de los pacientes con infecciones resistentes, sumados a otros procedimientos y medicamentos que podría ser necesario administrar, conllevan también repercusiones económicas. Muchos pacientes son de la idea de que la mayoría de las infecciones, al margen de su etiología, se curan con antimicrobianos y, por lo tanto, esperan que el médico les dé una receta ante cualquier percepción de infección, por eso resulta sumamente importante la concienciación de la sociedad.

6 Bibliografía

1. European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC.
2. OMS. Estrategia mundial OMS de contención de la resistencia a los antimicrobianos. Organización Mundial de la Salud. 2001.
3. Lázaro Bengoa E, Madurga Sanz M, Abajo Iglesias FJ. Evolución del consumo de antibióticos en España, 1985-2000. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:561-8.
4. Harvey RA, Champe PC, Finkel R, Clark MA, Cubedduu LX. Principios del tratamiento antimicrobiano. En: *Farmacología*. 4a. Edición. Barcelona-España. Editorial Lippincott & Wilkins, 2009; 347-53.

5. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios AEMPS. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de la resistencia a los antibióticos. 2ª Edición, 2015.
6. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST)
7. Harmonisation of European Breakpoints set by EMEA/CHMP and EUCAST.

Capítulo 202

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HEMORROIDES EN ATENCIÓN PRIMARIA

JAIR MARTÍNEZ DÍAZ

GEMMA GARCÍA CANDÁS

1 Introducción

Las hemorroides son dilataciones de las venas internas o externas de la región anorrectal. Se clasifican en internas cuando cursan por encima del plexo venoso superior y externas cuando cursan por debajo del plexo inferior. En cuanto a factores de riesgo están: bipedestación, déficit de fibra alimentaria (provoca estreñimiento y esfuerzo defecatorio), embarazo, parto, envejecimiento. Se diagnostican mediante inspección, colocando al paciente en decúbito lateral izquierdo. El tacto rectal es importante para realizar un diagnóstico diferencial con otras causas de rectorragia como pueden ser las lesiones malignas. La anoscopia y rectosigmoidoscopia son esenciales para el diagnóstico y descartar otras patologías. Las hemorroides constituyen un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. Suelen ser muy molestas, dolorosas y cursar con rectorragia. Si los pacientes acuden de forma precoz a la consulta médica y siguen una serie de pautas, la gran mayoría no precisarán de cirugía.

2 Objetivos

- Determinar los cuidados de enfermería ante el paciente con hemorroides.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática que se efectuó en diferentes bases de datos. Para ello se utilizaron descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH). Se consultaron también libros de patología vascular.

4 Resultados

Prevención y cuidados de enfermería: se intentará evitar el estreñimiento recomendando dieta rica en fibra. También se recomienda ejercicio físico, pérdida de peso en pacientes obesos, evitar la sedestación prolongada, aplicación de tratamiento tanto de cremas anestésicas, corticoides, fármacos venotónicos, aplicación de frío. Llevando a cabo un adecuado manejo del estreñimiento se puede reducir la probabilidad de aparición y molestias ocasionadas. Siguiendo estas recomendaciones se observará una mejoría notoria.

5 Discusión-Conclusión

Es importante llevar a cabo una prevención, en especial en casos de estreñimiento, mediante educación higiénico-dietética para evitar la aparición de hemorroides y sus posibles complicaciones como son la trombosis hemorroidal, fisura anal o absceso perianal.

6 Bibliografía

- García Gavilán EA, Gavilán López MA, Gavilán López A. Cuidados de Enfermería en las hemorroides. Revista Médica Electrónica Portales Médicos [revista en internet]* 2017 [acceso el 2 de Enero de 2019];

Capítulo 203

CURACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA: QUISTE PILONIDAL

VERONICA ALVAREZ ESPINETE

1 Introducción

Los quistes pilonidales son heridas quirúrgicas que se dejan abiertas para que cicatricen con el crecimiento de tejido nuevo, en lugar de cerrarlas de la manera habitual con puntos u otros métodos que ponen en contacto los bordes de la herida. Esto suele realizarse cuando hay un alto riesgo de infección o cuando se perdió una gran cantidad de tejido de la herida.

El quiste pilonidal es una cavidad quística o un seno subcutáneo, con o sin fistulas, ubicada en la región sacro coxígea posterior. Se cree que el proceso inflamatorio de su formación, se inicia cuando un pelo se incrusta en el seno sacro coxígeo, dando lugar a la reacción a cuerpo extraño y la generación de un granuloma

2 Objetivos

- Conocer a través de un caso clínico el manejo de un paciente intervenido de quiste pilonidal

3 Caso clínico

Varón de 35 años, que acude al centro de salud para realizar la primera cura tras ser intervenido hace 48h de quiste pilonidal

Antecedentes personales médico-quirúrgicos: No alergias medicamentosas conocidas. No factores de riesgo cardiovascular. Como antecedente médico relevante, refiere que hace 9 meses, detectó una inflamación en la región interglútea que le causaba dolor con la sedestación. Al cabo de las semanas comenzó con un dolor intenso y una secreción purulenta, por lo que acudió a su centro de salud, donde su médico le solicita una interconsulta a cirugía, y le intervinieron hacía 48h. No tratamientos crónicos.

Anamnesis y exploración enfermera: el varón recién intervenido acude al centro de salud para realizar la primera cura tras la intervención, siguiendo la pauta de cirugía. Se realiza una limpieza con suero fisiológico por enfermería, posteriormente se introduce en la cavidad apósito absorbente antimicrobiano con impregnación argéntica, cubriendo por último con gasas y esparadrapo. Se explica al paciente que acudirá al servicio de urgencias del centro de salud, si observa manchado del apósito ó molestia. Se explican signos de alarma que sean sugestivos clínicamente de infección para que acuda al centro de salud o a urgencias

4 Resultados

Intervención con anestesia local en medio aséptico de tumoración en región sacrocoxígea de aproximadamente 2cm x 2 cm de diámetro, con abundante salida de exudado purulento. Juicio clínico: quiste pilonidal

5 Discusión-Conclusión

El equipo enfermero realizara curas cada 24 horas ó previamente si fuera necesario. Además de estar pendiente de los signos de alarma, como sangrado abundante, fiebre o aumento del dolor

Se debe de enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad, como educación sanitaria que depende del equipo sanitario de Atención Primaria

6 Bibliografía

- <https://www.cochrane.org>
- <http://www.hca.es>

Capítulo 204

DIÁLISIS PEDIÁTRICA

MARTA CUETO TAMARGO

SOFIA FERNANDEZ DE ALMEIDA

PATRICIA MACÍAS MARTÍNEZ

ALBA LLUNA GONZÁLEZ

1 Introducción

La aparición de la enfermedad renal es un gran problema en el paciente adulto. En niños es aún más alarmante.

En muchas ocasiones los trastornos de las vías urinarias son asintomáticos y en muchos niños son diagnosticados cuando la función renal ha sido alterada gravemente o de manera irreversible.

En el paciente pediátrico el método más efectivo para conocer la función renal y también para detectar anomalías urinarias es el análisis de orina.

La IR muchas veces es irreversible por lo que estos niños necesitarán un tratamiento sustitutivo.

El tratamiento sustitutivo en un niño con IRC se hace cuando su función renal residual es menor a un 15%.

Para establecer una apropiada planificación sanitaria es muy importante conocer la prevalencia de la IR infantil, tanto a nivel nacional como internacional.

1. Métodos de tratamiento sustitutivo:

La enfermera debe tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento sustitutivo: la edad, el peso, la enfermedad de base, la situación física y psíquica, la situación familiar y escolar, la preferencia del niño y sus padres y la distancia al centro hospitalario.

- Trasplante renal: es el método ideal de tratamiento sustitutivo pero la escasez de riñones donantes es el principal obstáculo. Con el trasplante renal se podría decir que estos niños conseguirían llevar una vida casi normal. La mortalidad en la actualidad es menor de un 10%.

- Diálisis peritoneal: El material utilizado está diseñado para los niños. Las bolsas de líquido de diálisis tienen volúmenes adecuados y la concentración de dextrosa para conseguir la ultrafiltración nunca puede ser superior al 4% hasta los 11 años.

Es importante extremar la vigilancia y control del peso y también del líquido peritoneal, ya que si el niño tiene vómitos o diarrea se desequilibra muy fácilmente.

Ventajas: Ocasiona menos problemas en el crecimiento y la dieta es un poco más libre. Si el niño es pequeño, la colocación de un catéter peritoneal es una técnica más sencilla.

Inconvenientes: la complicación más frecuente es la peritonitis. También hay un rechazo psicológico del niño al catéter por la pérdida de su imagen corporal.

- Hemodiálisis: los niños tienen peor tolerancia a la hemodiálisis. Resulta muy difícil la realización de accesos vasculares en los niños debido al calibre de sus vasos.

Ventajas: pueden comer y beber cosas extras durante la sesión de HD. Estarán más distraídos en la unidad.

Inconvenientes : los pinchazos, la dependencia de la máquina y la pérdida de vida social porque tienen que desplazarse cada 48 horas al hospital.

2. Dieta renal pediátrica:

Los niños afectados con nefropatías graves presentan normalmente retraso del crecimiento.

Es muy importante para el crecimiento de estos niños que tengamos en cuenta una dieta que contenga todos los nutrientes en las cantidades específicas requeridas.

Como objetivos de la nutrición en el paciente renal pediátrico tendremos que reducir la acumulación de productos tóxicos de desecho (fósforo, potasio y urea), mantener un balance óptimo de los líquidos, controlar los síntomas urémicos así como mantener los requerimientos nutricionales recomendados.

3. Aspectos psicológicos:

Los niños captan toda la problemática social, familiar y económica que se crea a su alrededor, por lo que se vuelven más dominantes, pueden dejar de ir al colegio y crecer sin aprender a responsabilizarse.

2 Objetivos

- Mejorar la atención de los niños con enfermedades renales.
- Dar a conocer las consecuencias sobre la salud física y mental de los niños con IRC.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Andrés, J. Fortuny, C. Cuidados de enfermería en la insuficiencia renal. Gallery healthle. 1993.
2. Daugirdas, J. Ing, T. Manual de diálisis. Barcelona. Masson. 1996.
3. Miguel, A. García, R. Serrano, P. Fabregat, A. Manual de diálisis peritoneal. Barcelona. Fresenius medical Care. España. 1998.
4. Levine, D. Cuidados del paciente renal. México. Interamericana. McGraw-Hill. 1993.
5. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. 2005-2006. Madrid, Elsevier. 2007.

Capítulo 205

CURACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA: HISTERECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA

VERONICA ALVAREZ ESPINETE

1 Introducción

La cicatrización de heridas por primera intención se dará en heridas limpias no contaminadas, en las cuales se pueden aproximar bien los bordes con una sutura precisa. Requiere una pequeña formación de tejido nuevo, su cicatriz es más estética. La histerectomía por laparotomía es un procedimiento quirúrgico mayor que consiste en la extirpación total o parcial del útero y tejidos anexos afectados de patología severa (benigna o maligna), mediante cirugía abierta. La histerectomía está indicada en patologías ginecológicas:

Benignas

- Miomatosis uterina (tumores benignos en la pared del útero)
- Endometriosis.
- Prolapso uterino.
- Hemorragias uterinas.

Malignas

- Cáncer de útero.
- Cáncer de cérvix.
- Cáncer de ovario

2 Objetivos

- Conocer a través de un caso clínico el manejo de una paciente intervenida de histerectomía por laparotomía.

3 Caso clínico

Mujer de 42 años, que acude al centro de salud para realizar curas tras ser intervenida hace 12 días de histerectomía por laparotomía para extirpación de mioma uterino.

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas. Diabética tipo 1, con controles glucémicos óptimos, en tratamiento con insulina. Anemia ferropénica en tratamiento con hierro oral diario. Sin otros factores de riesgo cardiovascular. No hábitos tóxicos.

Anamnesis enfermera

La paciente de 42 años nos relata en la consulta de enfermería que realiza revisiones anuales desde hace 4 años por ginecología, tras historia obstétrica de dos abortos espontáneos en el primer trimestre del embarazo. En la última revisión refirió aumento de volumen del abdomen y además sangrados abundantes, que le causaban anemia severa en tratamiento por su médico de atención primaria. Después de realizar anamnesis y examen físico ginecológico, se encontró una tumoración que sobrepasaba la cicatriz umbilical que parecía ser un mioma uterino, diagnóstico que se corroboró con una ecografía abdominal. Se decidió tratamiento quirúrgico con histerectomía total por laparotomía.

Intervenida hace 12 días con anestesia general, de mioma uterino de aproximadamente 3 kg, mediante una incisión horizontal por la línea suprapúbica, presenta una herida quirúrgica con 15 agrafes, por lo que acude al centro de salud cada 48 horas para realizar curas desde que se intervino.

La pauta de curas ha sido durante todas las visitas: limpieza con suero fisiológico, aplicación de povidona yodada y apósito estéril.

4 Resultados

Herida postquirúrgica con buena evolución sin complicaciones de tipo infeccioso con curas exitosas.

5 Discusión-Conclusión

El equipo enfermero realiza curas cada 48 horas ó previamente si fuera necesario, además de estar pendiente del signos de alarma, como sangrado abundante, fiebre o aumento del dolor o con signos de inflamación local.

Se explica la necesidad de caminar cuanto antes; esto ayuda a evitar la formación de coágulos en las venas de los miembros inferiores, entre otras complicaciones. Se recomienda a la paciente una dieta normal, con el fin de lograr la normalización de la función intestinal. Se debe evitar levantar objetos pesados durante unas semanas después de la cirugía y se deben restringir las actividades sexuales durante seis a ocho semanas después de la histerectomía.

Es función del equipo sanitario, explicar los signos de alarma e informar de los cuidados postquirúrgicos a los pacientes durante su seguimiento.

6 Bibliografía

- <https://www.ulceras.net/>
- <https://www.clinicasagradafamilia.com>
- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.mayoclinic.org/>

Capítulo 206

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DEL TAPÓN DE CERUMEN EN ADULTOS.

SARA SÁNCHEZ JUARROS

NOELIA MORENO SANROMÁN

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La cera es una combinación de secreción glandular (glándulas ceruminosas y sebáceas) procedente del tercio externo del conducto auditivo externo (CAE) y descamación epitelial. Normalmente migra fuera del conducto por un mecanismo de autolimpieza facilitado por los movimientos de la mandíbula.

A menudo, las maniobras o manipulaciones realizadas por el propio individuo para la extracción de cerumen, como es el uso inadecuado de bastoncillos de algodón, hacen que el cerumen se introduzca aún más en el oído y, en ocasiones, se impacte contra la membrana timpánica produciendo dolor, pérdida de audición, infecciones, entre otras dolencias.

2 Objetivos

- Determinar la técnica de extracción del tapón de cerumen en adultos.

3 Metodología

La metodología empleada para la obtención de la información ha seguido un proceso planificado, estructurado y recurrente a través de una búsqueda exhaustiva de literatura utilizando las palabras clave: "extracción", "tapón cerumen", "enfermería". Para ello, se accedió a diversas bases de datos como Scielo, Cuiden, LILACS y revistas científicas. Posteriormente se procedió a la selección y el análisis crítico de la información.

4 Resultados

El médico responsable informará al paciente de la conveniencia de extraer el tapón de cerumen y de las posibles complicaciones de la técnica, dejando constancia de todo ello en su historia clínica. Así mismo, junto a la enfermera responsable, podrá valorar la conveniencia de aplicar algún preparado tópico en forma de gotas óticas que facilite la extracción de los tapones.

La técnica a emplear dependerá de la edad del paciente. En el caso de los adultos, para introducir el otoscopio se traccionará el pabellón auricular hacia atrás y ligeramente hacia arriba. El otoscopio debe introducirse y manipularse mientras se mira por el mismo para evitar lesionar la piel del conducto, el desplazamiento del tapón hacia la parte interna del conducto auditivo externo y su impactación sobre el tímpano. El desarrollo de la técnica es la siguiente:

- Explicar al usuario lo que se le va a hacer, tranquilizándole sobre posibles temores.
- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Comprobar que el agua está tibia (si está demasiado fría o caliente puede alterar el reflejo vestibular y hacer que tenga mareos o náuseas).
- El paciente se colocará sentado y sujetará la batea para recoger el agua de los lavados y restos de cerumen.
- Coger la jeringuilla llena de agua, extraer el aire de su interior, dirigir el cono de la jeringa hacia la pared superior del conducto auditivo externo, (nunca directamente hacia el tímpano por el riesgo de perforación), introduciéndolo 1 cm aproximadamente en el conducto y sin obstruir la salida del mismo.
- Para facilitar la irrigación se traccionará el pabellón auricular dependiendo de la edad del paciente.
- Inyectar el agua con una ligera presión, de esta forma se evita lesionar el tímpano y también empujar el material hacia regiones más profundas del conducto.

- Después de cada irrigación volver a observar con el otoscopio.
- El número máximo de irrigaciones será de 3.
- Informar al paciente/familia sobre los cuidados posteriores a la extracción, así como posible aparición de signos y síntomas ante los que debe acudir a consulta médica.
- Registrar en la historia clínica del paciente el desarrollo de la técnica.

5 Discusión-Conclusión

El aseo de los oídos en general no es necesario dado que el conducto auditivo externo tiene mecanismos de limpieza que producen una lenta migración de los restos de piel y de la cera hacia el exterior del mismo. Se debe intentar evitar las maniobras instrumentales de limpieza y/o lavado demasiado frecuentes ya que puedan afectar al pH de la superficie del conducto, pudiendo favorecer procesos inflamatorios y/o infecciosos.

En todo caso, cuando sea necesario la debida limpieza y/o extracción del tapón de cerumen es fundamental que la persona sea atendida por personal de enfermería cualificado, que estará debidamente formado y aplicará la correspondiente técnica para proceder a la retirada el tapón sin que esto cause ningún tipo de afeción a las estructuras internas del oído.

6 Bibliografía

- Redondo Granado MJ; Laserna del Gallego C. Impactación recurrente de cerumen. ¿Qué se esconde detrás?
- Benito Orejas JI; Redondo Granado MJ; Velasco Vicente JV; Mata Jorge M; Bachiller Luque R et al. Extracción de cera en los oídos.
- Herraiz Mallebrera A. Extracción de cerumen por irrigación. ¿Qué hacemos las enfermeras?

Capítulo 207

EDUCACIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ

CARLA PÉREZ MORÁN

MARTA RAMOS GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de Down (SD) es una alteración genética que se produce por un error en la gametogénesis, causada por la presencia de un fragmento de cromosoma o un cromosoma completo extra en el par 21 de los 46 cromosomas que posee cada célula del cuerpo humano. Este exceso de material genético en las células causa una serie de alteraciones orgánicas a todos los niveles, y entre ellas, una discapacidad intelectual.

Los niños con síndrome de Down se desarrollan de forma diferente en el ámbito físico, psicomotor y afectivo-sexual. En este último se generan una serie de necesidades que históricamente se han visto negadas y prohibidas llevando confusiones. Esto se debe a muchos motivos siendo el principal el establecimiento de una mala relación terapéutica entre las familias y los profesionales sanitarios, así como la dificultad por ambas partes para abordar el tema. Esto provoca carencias en cuanto a información y educación sexual que hace que crezcan más vulnerables a sufrir abusos o violencia sexual y fomenta la idea de que son eternos niños.

Por eso los profesionales sanitarios, enfermeros principalmente, deben documentarse a fondo acerca del desarrollo psicológico, afectivo y sexual de estas personas para aumentar sus conocimientos y así después, incrementar y reforzar las relaciones con estas personas y sus familiares con el fin de que acepten esta faceta de su vida y puedan aprender a manejarla y a disfrutarla de una forma sana.

2 Objetivos

- Conocer las diferencias en el desarrollo y la sexualidad de las personas con síndrome de Down.
- Describir las intervenciones de enfermería más adecuadas a llevar a cabo a la hora de impartir educación sexual a individuos con síndrome de Down y sus familias.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda general a través de Google, para determinar la existencia de bases de datos, revistas o asociaciones relacionadas con el síndrome de Down. Para ello se ha utilizado terminología libre como “sexualidad en Síndrome de Down”, “características afectivas de las personas con síndrome de Down”, “relación de pareja en síndrome de Down” y “síndrome de Down”. La investigación se ha centrado en obtener información de distintas fundaciones y asociaciones puesto que hay pocos artículos referenciados que aborden el tema elegido. Entre ellas se ha usado DownEspaña, la Federación española de síndrome de Down y la Fundació Catalana de Síndrome de Down, donde se ha encontrado la mayor parte de la información. Para ello se han utilizado palabras clave como “sexualidad”, “afectividad”, “relaciones de pareja”. También se han utilizado base de datos como Elsevier en la que se han encontrado artículos de revistas, para la que se han empleado terminología libre como: “síndrome de Down y sexualidad” y “relaciones sexuales en síndrome de Down”.

4 Resultados

El correcto desarrollo de la sexualidad de una persona con síndrome de Down (SD) va a influir positivamente en su futuro. Esto se consigue a través de una buena educación sexual.

Desarrollo y sexualidad.

Las personas con síndrome de Down presentan diferencias individuales y pasan por las mismas etapas de desarrollo que cualquier otra persona: la fase oral, anal, fálica y de latencia hasta llegar a la adolescencia. Desde los 2 hasta los 9 años aproximadamente comienzan a sentir curiosidad por cómo es su cuerpo y cómo funciona, diferenciando entre niño y niña, aprendiendo a decir no ante aquello que creen que es incorrecto y tienen su primer contacto con la masturbación. Entre los 10 y los 15 comienzan a tener sentimientos de atracción y a definir su orientación, y aparece la menstruación y eyaculación, iniciándose así la adolescencia, la etapa de despertar sexual por excelencia. La adolescencia es la etapa de tránsito a la adultez por lo que todas las experiencias, incluidas las sexuales, van a modificar e influenciar de manera positiva o negativa la conducta, por lo que se debe potenciar la autonomía y la independencia de los individuos.

La sexualidad forma parte de cada persona y comprende desde diferenciar lo público de lo privado y el conocimiento del cuerpo hasta las relaciones sexuales con o sin penetración, por eso es muy importante enseñar y apoyar a las personas desde el inicio de su crecimiento. En el caso de las personas con SD, su sexualidad está mitificada y llena de prejuicios que impide un desarrollo fisiológico y psicoafectivo sano que lleva a una confusión en la edad adulta. Por esta razón muchos de ellos apenas hablan de su sexualidad y deseo ya que si lo hacen creen que serán juzgados. La sociedad tiene la idea preconcebida de que debido a su discapacidad necesitan un entorno restringido donde puedan estar protegidos y donde no se vean influidos para desarrollar conductas sexuales inadecuadas e hipersexualizadas. Esto es erróneo debido a que en su mayoría responden a estímulos eróticos y necesitan desarrollarse en espacios donde la sexualidad no sea un tema tabú y se enseñe a diferenciar lo público de lo privado, así como lo relacionado con la intimidad. Otro mito extendido es el de que los adultos con SD no pueden formar relaciones que lleven al matrimonio siendo esta afirmación falsa, ya que el problema radica en que las familias de ambos se implican mucho llegando a controlar la pareja y disminuyendo su autonomía.

Por tanto, podemos distinguir tres dimensiones principales dentro de la sexualidad de una persona con síndrome de Down:

- La dimensión reproductora: la paternidad y maternidad es un tema difícil de abordar, pero ellos son capaces de comprender lo difícil que resulta criar y educar un niño, pudiendo llegar a renunciar a la posibilidad de convertirse en padres. Es la que más preocupa, sobretodo a la hora de construir una relación, y más si un miembro de la pareja tiene un mayor desarrollo cognitivo, ya que puede obligar

al otro a hacer cosas para las que no está preparado.

- La dimensión del placer: es uno de los mayores tabúes. Se pueden distinguir tres tipos en función del grado de discapacidad que posea. Las personas con una discapacidad grave solo consiguen estimularse mediante la masturbación, que es utilizada como medio a fin de descargar sin una fantasía asociada. Las que poseen un nivel más moderado consiguen placer a través de la masturbación sin coito; y aquellas que tienen una discapacidad leve pueden llegar a disfrutar de una sexualidad plena informada.

- La dimensión afectivo-relacional: es el área en la que menos se incide, pero la afectividad de las personas con síndrome de Down no es diferente a la de resto de la sociedad, ya que vendrán condicionadas por el ambiente en el que viven y se desarrollan, generalmente entornos limitados o restrictivos, con sobreprotección y falta de relaciones sociales, lo que hará que no puedan disfrutar del amor y sexo plenamente.

Es importante remarcar que las personas con síndrome de Down prefieren manifestar su sexualidad a través de abrazos, besos, caricias y autoestimulación, y que esta no solo se reduce al coito, ya que para ellos una relación implica mayoritariamente poder proyectarse en un futuro, enamorarse, desear y atraer, así como que su pareja le atraiga. Luego, es esencial no abrir una brecha entre lo fisiológico y lo emocional-afectivo, puesto que influiría negativamente en la sexualidad de la persona.

Educación sexual.

La educación sexual tiene como fin ofrecer un alto grado de conocimiento y madurez para que las personas con SD puedan disfrutar de las relaciones, asumir responsabilidades, evitar abusos y establecer límites. Los padres de chicos con SD tienden a sobreproteger a sus hijos y tienen la falsa idea de que una educación sexual puede incitar a la práctica sexual descontrolada. Se tienen que eliminar estos estereotipos, dejar de negar su sexualidad e integrar a la familia en esa enseñanza. Una de las dificultades a la hora de educar personas con SD es que tienen problemas para simbolizar y representarse mentalmente ya que tienden a tener pocos conocimientos acerca del cuerpo humano, sobre todo de aquellas partes “que no se ven”. Por eso esta educación debe abarcar un amplio contenido y no centrarse solamente en el aparato genital.

- Relaciones sexuales: se les debe proporcionar a las personas con SD información suficiente acerca de las relaciones sexuales saludables, los métodos anticonceptivos y/o uso de preservativo. Además, se debe dar unas pautas claves a las

familias para que vivan la sexualidad de sus hijos de forma natural y no ocultándola para que sean capaces de enseñarles las reglas sociales de convivencia, así como que las partes íntimas siempre han de estar cubiertas en lugares públicos. Uno de los problemas más frecuentes que se les plantean a los padres es que sus hijos tienden a masturbarse en público. La persona con SD debe aprender que si quiere hacerlo puede, pero en un sitio adecuado como la habitación o el baño. Cuando la actividad no sea apropiada la reacción de los padres debe ser cuidadosa y tranquila, ya que no se trata de suprimir ese comportamiento sino de corregir la actuación de manera respetuosa haciéndoles entender que esa actividad pueden hacerla en un lugar más apropiado y que se respetara su privacidad.

- Nociones de higiene corporal y sexual: la higiene diaria es una preocupación para todos, pero incrementa cuando la persona tiene una discapacidad ya que es una tarea que a estos se les complica. Es importante, en este caso, promover la autonomía de la persona con SD para que no dependan de las familias a la hora de realizar este tipo de actividades. El aprendizaje por imitación se ha visto que tiene muy buenos resultados por lo que los padres deberán acompañarlos durante el periodo de aprendizaje y ejercer de “modelos” para sus hijos. La propia repetición va a ayudar y reforzar la memoria de la actividad. El equipo de enfermería debe aconsejar y apoyar a la familia. Se les debe explicar que no deben hacer la tarea en su lugar, que pueden colocar espejos para que vean como se ejecuta la acción o fotos frente al lavabo y al lado del cristal para recordar la secuencia de acciones que tienen que hacer, por ejemplo.

- Relaciones de pareja: las personas con SD tienen los mismos objetivos de vida que otras personas como por ejemplo tener un trabajo, una pareja o hijos. Se ha de explicar a la familia que las capacidades de estos individuos dependen tanto de sus propias características como de las condiciones ambientales en las que viven. En base a esas capacidades se podría decidir ayudar o no a estas personas a hacer realidad sus proyectos de vida ya que tiene derecho a hacerlo. Cuando una persona con SD decide tener pareja hay que dejarles su espacio y su independencia para que puedan consolidarse como unidad en la que exista una flexibilidad interna y una igualdad entre ambos, sin roles de género marcados. Para ello se recomienda que desde un principio las relaciones de familia se hayan cuidado para que tomen de referencia un buen modelo. Podrán así disfrutar de las relaciones sexuales sanas e informadas con o sin coito, según el tipo de pareja y sus deseos. Así mismo, hay que tener en cuenta que se pueden llegar a separar y puede resultar una situación difícil de afrontar, por lo que será muy necesario el apoyo. En el caso de querer tener hijos se les debe dar información y educación sexual para

que sean ellos los que renuncien a tener descendencia haciéndoles comprender que un hijo tiene necesidades propias las cuales no podrán satisfacer. Aún así hay que tener en cuenta que las capacidades de cada persona hacen que se deba individualizar cada situación y decidir en base a ella.

- Abusos sexuales: su prevención resulta muy importante ya que las personas discapacitadas en muchas ocasiones no tienen conciencia de estar sufriendo abusos o no tienen la confianza suficiente para contarlo. Por eso es necesario dar información a estas personas sobre las formas de conducta que son inapropiadas dentro de los tipos específicos de relaciones para que puedan identificar el intento de abuso, en caso de que ocurra. Y si los padres les han hablado de sexualidad de manera normalizada puede ayudar a la persona con SD a sentirse cómoda para dialogar sobre ello y comunicar sus preocupaciones sobre el abuso.

5 Discusión-Conclusión

Todos los seres humanos tienen sexualidad inclusive aquellos que padecen una discapacidad como es el síndrome de Down. La vida sexual de estas personas está hoy en día mitificada, llena de prejuicios y negada en muchas ocasiones tanto por la familia como por la sociedad desarrollando en estos individuos conductas sexuales y afectivas negativas. Esto se puede evitar a través de la educación sexual, la cual es importante que se imparta por los profesionales que trabajan en atención primaria. Se debe informar a los padres sobre las transformaciones que van a experimentar sus hijos desde el momento de su nacimiento, sobretodo durante la adolescencia, etapa del despertar sexual donde se van a producir la mayor parte de los cambios físicos y emocionales, con el fin de que sepan afrontarlos y así ayudar a las personas con SD a comprender y gestionar mejor dichas modificaciones. Es esencial que la familia sepa que no van a ser niños eternamente, idea que va acompañada de la sobreprotección, ya que esto va a condicionar su transición a la adultez, impidiendo que se desarrollen de manera eficaz en el área sexual y con sus relaciones efectivas. Por tanto, los profesionales y la familia deberían trabajar de forma conjunta para ser capaces de detectar y entender sus necesidades y deseos, especialmente en el área sexual, con el fin de ser explicadas y atendidas, y en la medida de lo posible satisfacerlas, fomentando la autonomía, intimidad y la autoestima.

6 Bibliografía

- Garvía Peñuelas B. Relaciones afectivas y sexualidad. Fundació catalana síndrome de Down. Barcelona. 2011.
- Garvía B, Ruf P. La vida en pareja con síndrome de Down. Rev Med Int Sindr Down [revista en Internet]. 2014;18(1):13-17.
- La higiene en la vida cotidiana. Revista síndrome de Down [revista en Internet]. Septiembre, 2007. Vol 4.
- Azevedo Moreira L M, Damasceno Espirito Santo L. Matrimonio y reproducción en una mujer con síndrome de Down. Rev Med Int Sindr Down [revista en Internet]. 2013; 17(3):39-42.
- Down España [sede Web]. Madrid: Federación Española del Síndrome de Down. ¿Qué es el síndrome de Down? [aproximadamente una pantalla].
- Federación Española del Síndrome de Down. Sexualidad, afectividad y síndrome de Down [monografía en Internet]. Madrid: Federación Española del síndrome de Down.
- Chile Psicólogos [sede Web]. Santiago de Chile. Síndrome de Down y sexualidad [aproximadamente 3 pantallas].

Capítulo 208

RECOMENDACIONES AL PACIENTE CON PROLAPSO RECTAL

PAULA DE LA FUENTE SANCHEZ

1 Introducción

El prolapso rectal es la caída o descenso del recto a través del ano, haciendo que el recto se invierta y pueda verse como una prolongación del ano. Puede ser parcial si involucra solamente a la mucosa, completo cuando se encuentra involucrada toda la pared del recto y oculto cuando la protrusión no es visible, es decir cuando la parte superior del recto se prolapsa dentro de la ampolla rectal sin alcanzar el orificio anal.

2 Objetivos

- Informar al paciente de hábitos saludables para minimizar las molestias que ocasiona

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente, en bases de datos científicas, Scielo, Pubmed. Las palabras claves que se han utilizado han sido: prolapso rectal, cuidados, enfermería.

4 Resultados

La población más afectada son los niños menores de 6 años y los ancianos, con un predominio mayor en mujeres.

Las principales causas son el estreñimiento crónico, la debilidad de la musculatura pélvica, lo cual se encuentra asociado en muchas ocasiones a una pérdida del tono muscular del esfínter anal. Esta patología puede aparecer como una manifestación secundaria a hemorroides, pólipo rectal o incluso un tumor.

Los síntomas de un prolapso incipiente pueden ser imprecisos, incluyendo disconfort o una sensación de evacuación incompleta durante la defecación, siendo las principales manifestaciones en la mayoría de los pacientes el sangrado, mucorrea, tenesmo y en proceso avanzado el paciente podrá presentar incontinencia fecal y prolapso total.

Se diagnostica mediante la clínica, haciéndole realizar al paciente una maniobra de valsalva y ayudado por el examen proctológico y por la colonoscopia para descartar otras patologías.

Hay diferentes tratamientos:

- Tratamiento conservador: basado principalmente en la dieta, la cual debe de ser rica en fibras, verduras y frutas para evitar estreñimiento y así reducir el esfuerzo a la hora de defecar con lo que se evitará el progreso de la patología.
- Tratamiento quirúrgico: se realizará cuando el prolapso rectal sea importante, hoy en día dependiendo de las características del paciente se aborda por intervención perianal o abdominal.

Además los cuidados de enfermería son muy importante y en muchas ocasiones se realiza educación sanitaria para que el paciente aprenda ejercicios para reforzar la musculatura del suelo pélvico.

5 Discusión-Conclusión

Desde las consultas de enfermería se debe reforzar la educación en los hábitos alimentarios y proporcionar al paciente las herramientas necesarias para abordar su día a día con normalidad.

6 Bibliografía

- Fundación Española del Aparato Digestivo [internet] Madrid: Enfermedades del aparato digestivo; 2016.
- Clinicadam [internet] Madrid: Salud- Fisura anal; 2016 [acceso 8 de marzo de 2016].
- Servicio de Cirugía General y Digestiva [internet] Alcobendas: Prolapso Rectal;
- Pilar Hernández a, Eduardo M Targarona a, Carmen Balagué a, Carmen Martínez a, José Luis Pallares a, Jordi Garriga a, Manuel Trias a. Tratamiento laparoscópico del prolapso rectal. Cirugía Española. Vol. 84. Núm. 06. Diciembre 2008.

Capítulo 209

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PAULA RUIZ ALONSO

BEATRIZ POSTIGO NUÑEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son uno de los problemas que se dan en todos los niveles asistenciales (incluso en el domicilio) y a todas las edades. Se trata de un problema evitable llevando a cabo una correcta prevención y formación a los profesionales sanitarios, pacientes y familias o cuidadores.

La repercusión sobre el paciente y su familia se mide en términos de una disminución de la calidad de vida. Sobre los sistemas sanitarios, se produce una gran pérdida a nivel económico por cada nueva aparición de una úlcera por presión.

Debemos recordar la importancia que tiene la prevención de las UPP (úlceras por presión), los factores que tenemos que tener en cuenta para que no aparezcan y su tratamiento. Además, la mayor prevalencia de UPP es en el adulto mayor, por lo que, tenemos que hacer especial hincapié en la enseñanza de los profesionales que trabajan en este ámbito.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer el concepto de las úlceras por presión y el contexto en el que suelen aparecer.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer los distintos tipos de tratamiento que existen y los que se consideraran más adecuados en cada caso.
- Explicar nociones básicas para prevenir su aparición y la importancia del uso de superficies especiales para el manejo de la presión.

3 Metodología

Se han revisado artículos, libros, revistas y documentos publicados entre los años 2006 y 2019. Se han seleccionado diversos artículos en castellano e inglés, libros y revistas sanitarias publicadas por diversos profesionales sanitarios. Además, se excluyeron tanto los artículos cuya cuestión no estuviera relacionada con los temas que nos ocupan, como los documentos a los cuales no se tuvo acceso completo.

La recolección de información para este trabajo se ha llevado a cabo mediante fuentes de información primaria, secundaria y terciarias: libros, artículos, tesis, bases de datos (Pubmed, Dialnet), buscadores científicos (Scielo, Google Académico). Los descriptores empleados en la búsqueda fueron: "úlceras", "prevención", "tratamiento", "isquemia".

4 Resultados

Una úlcera por presión se trata de una lesión isquémica de la piel que puede provocar una lesión en la piel o tejido subyacente y que se produce por la presencia de uno o varios de los siguientes factores: presión, fricción, cizallamiento y humedad.

Además de estos 4 factores, existen otros que debemos tener en cuenta:

- Edad: el colectivo más vulnerable es el anciano porque la piel recibe menos cantidad de oxígeno y nutrientes en los tejidos periféricos.
- Nutrición e hidratación: tanto el exceso como el defecto puede provocar UPP.
- Fármacos: los que tienen efecto sedante o inmunosupresor, corticoides, citostáticos...
- Estado neurológico: el estupor, la confusión o el coma pueden contribuir a la inmovilidad.
- Presencia de otras patologías: diabetes, problemas vasculares...

Podemos clasificar las UPP, en función de las capas de piel afectadas:

- Estadio I: la piel está íntegra. Aparece un eritema cutáneo que no palidece al presionar. En las pieles oscuras pueden aparecer tonos rojos, azules o morados. En comparación con los tejidos sanos, la temperatura puede estar alterada (fría o caliente), puede existir dolor o escozor y aparecer edema.
- Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que puede afectar a la epidermis, la dermis o ambas. Podemos observar una lesión superficial con aspecto de abrasión o flictena.
- Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel en la que hay una lesión o necrosis del tejido subcutáneo, pudiendo llegar hasta la fascia muscular. Podemos encontrar tunelizaciones o cavernas.
- Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel. Existe una destrucción extensa de tejidos con necrosis o lesiones en el músculo, hueso o estructuras de sostén. Podemos encontrar tunelizaciones, cavernas o trayectos sinuosos.

Prevención de UPP:

Las UPP pueden evitarse llevando a cabo una correcta prevención y usando adecuadamente las herramientas de las que disponemos. Debemos estar capacitados para reconocer los factores de riesgo y poner los medios adecuados para evitar su aparición.

El éxito en la aparición de UPP se basa en 4 elementos:

- La valoración del riesgo.
- El abordaje de los factores causales de UPP.
- La unificación de criterios.
- La continuidad de cuidados planificados previamente.

Movilización y UPP:

La movilización es algo imprescindible para evitar la formación de una UPP. Se debe fomentar la movilización desde el propio individuo siempre que sea posible. Cuando la persona no es capaz de realizar ningún tipo de movimiento por sí mismo debemos ser nosotros los que establezcamos una serie de cambios posturales. La programación de dichos cambios debe hacerse de manera individualizada y como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos. Si el paciente se encuentra en sedestación debemos hacer movilizaciones diarias. Estadísticamente, las zonas de mayor aparición de UPP son el sacro, los talones, los trocánteres y los glúteos.

Tratamiento de la humedad como prevención de la UPP.

Tenemos que valorar la aplicación de productos específicos para la protección de la piel frente a la humedad:

- Cremas barrera: Tienen una base de óxido de zinc. Suelen añadir diferentes vitaminas relacionadas con la cicatrización como la vitamina A o E. Hay que aplicar una fina capa del producto. Para su retirada se precisa de un aceite, vaselina líquida o crema hidratante.
- Películas barrera: Es una solución polimérica que forma una película uniforme, transpirable e impermeable al aplicarla sobre la piel. Se puede usar como protección ante zonas húmedas o para proteger la piel ante la retirada reiterada de apósitos.

Se suele aplicar cada 24-72 horas. Hay que esperar unos 30 segundos para que comience a hacer efecto.

Uso de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP):

Una SEMP es una superficie o dispositivo especializado que permite la redistribución de la presión, así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares. Las SEMP según el modo de actuación se clasifican en:

- Estáticas: no realizan movimientos por sí mismas. Actúan aumentando el área de contacto con la persona. Ejemplo: los cojines estáticos de aire o los colchones viscoelásticos.
- Mixtas: son capaces de realizar cambios en la distribución de la presión por sí mismas. Dentro de este grupo estarían los colchones/cojines de agua.
- Dinámicas: varían de forma continuada los niveles de presión entre la superficie y la piel de la persona sin la necesidad de la aplicación de una energía externa ni de otra persona. Posee unas celdas que se hinchan y deshinchán gracias a un motor.

Uso de ácidos grasos hiperoxigenados:

Los ácidos grasos son moléculas de tipo lipídico que tienen una función estructural y reparadora que hacen que participen de forma directa en el proceso de cicatrización. Los AGHO se aplican tanto en prevención como en una parte del tratamiento de UPP de grado I. Su aplicación se realiza dando una o dos pulverizaciones sobre la zona afectada o con riesgo, dos o tres veces al día.

Tratamiento de úlceras por presión: Limpieza de la herida.

Por lo general, para la limpieza de la herida se utiliza una solución fisiológica al 0,9%. Las recomendaciones generales para la limpieza de la herida son:

- No realizar fricción de la herida durante la limpieza y el secado.
- Limpiar las lesiones inicialmente y en cada cura.

- Usar una presión de lavado eficaz.

Debemos elegir el antiséptico más adecuado a cada caso para evitar efectos nocivos y un retraso en la cicatrización. No se deben combinar antisépticos ni utilizarlos como tratamiento si existe una infección.

Los antisépticos más usados son:

- Clorhexidina: es el más utilizado cuando existe materia orgánica. Su efecto comienza a los 15-30 segundos y dura hasta 6 horas.
- Povidona yodada: se inactiva ante la presencia de materia orgánica. Inicia su actividad a los 3 minutos y su efecto dura hasta 3 horas. So se puede usar junto a la colagenasa.
- Furacin: se puede utilizar como tratamiento de infecciones.

Desbridamiento de la herida:

Se utiliza para retirar el tejido desvitalizado y/o necrosado. Los más usados son:

- Desbridamiento cortante o quirúrgico: se realiza con instrumental estéril cortando el tejido desvitalizado.
- Desbridamiento enzimático: se basa en la aplicación local de enzimas como la colagenasa o tripsina que actúan sinérgicamente con enzimas endógenas para favorecer la liberación de natural de tejido desvitalizado.
- Desbridamiento autolítico: se trata de un desbridamiento natural. Se aplican sustancias para lograr unas condiciones óptimas de temperatura y humedad que favorezcan la eliminación de tejido desvitalizado. Es más lento que los anteriores.

Tratamiento de la infección:

Una vez transcurridas 6 horas desde que se realiza una herida existen microorganismos en su superficie, por lo tanto, las úlceras crónicas se consideran contaminadas.

Las manifestaciones más comunes de infección a nivel local son: inflamación, dolor, mal olor, exudado purulento. A nivel sistémico puede aparecer fiebre, celulitis u osteomielitis. Para el diagnóstico de una infección se utiliza la recogida de muestras por medio de un hisopo. Este cultivo nos va a facilitar el diagnóstico y orientar en el tratamiento.

Para el tratamiento se deben utilizar antibióticos vía oral (sistémica), nunca debe darse el tratamiento por vía tópica. La utilización de apósitos de plata disminuye la carga bacteriana y permite controlar la infección sin importantes reacciones. Para usarlos debe existir exudado. Otro apósito capaz de reducir la contaminación

de la herida son los apósitos de polihexametileno biguamida en espuma.

- Cura seca: Está casi en desuso. Se utiliza en casos en los que se pretende obtener una lesión seca manteniendo la placa necrótica o costra, como es el caso de lesiones isquémicas sin posibilidad de revascularización.
- Cura en ambiente húmedo: La cura en ambiente húmedo es aquella que mantiene unas condiciones fisiológicas y ambientales óptimas en el lecho de la herida favoreciendo así la cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

Se puede decir que la enfermería tiene un papel muy importante en la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Es imprescindible fomentar el autocuidado para conseguir una mejora en la calidad de vida del paciente.

También es importante la realización de una buena valoración para elegir el tratamiento adecuado y conseguir la resolución en el menor tiempo posible, reduciendo costes directos e indirectos, tanto humanos como materiales.

6 Bibliografía

- Protocolo de cuidados en Úlceras por Presión. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Área de Enfermería.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Arribas Cachá A. A et al. Valoración enfermera. Herramientas y técnicas sanitarias. Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado. 3ª ed. Madrid: SSAG SL; 2014.
- Capdavilla Forgués G, Escolano Hernández T. Úlceras por presión. AMF. 2011; 7 (10): 577-583.
- Departamento de salud de la Marina Baixa. Úlceras por presión y heridas crónicas. Documento reconocido de interés profesional por el GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas). Generalitat Valenciana. 2008

Capítulo 210

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA EN LA ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.

GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ

1 Introducción

La relación terapéutica es el pilar fundamental de la profesión enfermera. Se define como: “una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad”.

En el año 1979 Edward Bordin estableció las principales características que debía de tener una relación terapéutica:

- Un acuerdo mutuo en objetivos.
- Un compromiso mutuo con las tareas para lograr la consecución de dichos objetivos.
- Una relación interpersonal.

Luborsky en 1976 identificó dos tipos distintos de relación terapéutica distinguiéndose entre sí en función de la etapa de la relación terapéutica. La relación terapéutica de tipo 1 es la que tiene lugar al inicio del tratamiento entre paciente y enfermero y la tipo 2 es la relación terapéutica que tiene lugar en fases posteriores. Además, según Green los dos principales componentes que existen en una relación terapéutica son: las características del terapeuta (en este caso del enfermero) y el tipo de trabajo.

Además, según Peplau, la enfermería es una profesión que está basada en la relación que se establece entre el enfermero y el paciente. Por esta razón, para que

las enfermeras logren una buena relación terapéutica con el paciente es necesario facilitar un proceso continuo de negociación con el enfermo siendo destacable la motivación y el compromiso de ambos para lograr los objetivos que se hayan acordado.

2 Objetivos

- Describir la evolución del concepto de relación terapéutica a lo largo de la historia.
- Conocer las evidencias sobre el uso de la relación terapéutica.
- Describir la importancia de la relación terapéutica en los pacientes de salud mental.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica durante el mes de diciembre de 2019. Se han consultado tanto fuentes de información primarias, secundarias y páginas web empleando tanto lenguaje libre como lenguaje controlado. La principal base de datos empleada ha sido “PubMed”, un motor de búsqueda que ofrece un libre acceso a la base de datos de Medline de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Para elaborar las estrategias de búsqueda se utilizaron los Medical Subject Headings (MeSH) relacionados con el tema a tratar: “Therapeutic Alliance”, “Nurses”, “Mental Health”. Asimismo, se ha utilizado el booleano “AND” para adaptar la búsqueda a los objetivos del trabajo. También se han consultado revistas de salud mental especializadas en el tema del presente trabajo.

Los documentos empleados para la realización del trabajo fueron aquellos que cumplían con los siguientes criterios.

- Criterios de inclusión: documentos escritos en inglés o castellano, antigüedad menor de 10 años (a excepción de aquellos artículos que fuesen de gran interés para realizar el trabajo) y que fueran relevantes para la profesión enfermera.
- Criterios de exclusión: documentos de carácter divulgativo y publicaciones con escasa relevancia para la profesión enfermera.

De esta manera, a lo largo del trabajo se han empleado un total de 6 referencias bibliográficas.

4 Resultados

A lo largo de la historia el concepto de relación terapéutica ha ido variando. En el pasado, esta relación entre el enfermero y el paciente era de tipo paternalista (no importaba la opinión del paciente a pesar de que el objetivo principal era el beneficio del mismo). A día de hoy, el sistema sanitario trata de dar una atención integral a los pacientes desde una perspectiva holística. El foco principal de esta atención integral es la autonomía del paciente. Es decir, que el paciente decida qué es lo mejor para él. Se deja de lado el modelo autoritario del pasado y la relación terapéutica comienza a ser recíproca. Por este motivo, el modelo ideal de relación terapéutica es aquel cuyo foco principal es la empatía. El enfermero en el modelo empático tiene el papel de guiar y ayudar al enfermo a cumplir el objetivo que haya sido propuesto.

Según Freud: “El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico. Para ello no hay más que dejarle tiempo. Si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece enseguida, espontáneamente, tal enlace y agrega al médico a una de las imágenes de aquellas personas de las que estaba habituado a ser bienvisto”.

Además, a lo largo de la historia se han descrito las principales actitudes y aptitudes que favorecen o impiden la relación terapéutica:

- Actitudes que favorecen la relación terapéutica: calidez, autenticidad y empatía.
- Actitudes que impiden la relación terapéutica: inseguridad, frialdad, distancia, ser autoritario, juzgar.
- Aptitudes que favorecen la relación terapéutica: clarificar, paráfrasis, reflejo y síntesis.

La intervención principal que realiza un enfermero de salud mental con sus pacientes es el establecimiento de una buena relación terapéutica. Este vínculo entre personas característico de la enfermería cobra mucha más importancia si hablamos de la salud mental.

En el campo de la medicina existe un gran problema: la falta de adherencia al tratamiento prescrito por medicina y enfermería. Este problema es mucho más notable en los trastornos mentales. Cabe destacar que en los trastornos psicóticos son la principal causa de recaída. Las cifras de incumplimiento terapéutico de estos pacientes oscilan entre un 40% y un 80%. Entonces, ¿por qué los pacientes que sufren un trastorno mental no cumplen con las prescripciones médicas?

Para que un paciente cumpla con el tratamiento es importante la adherencia al mismo. Es decir, que el paciente esté de acuerdo con el tratamiento recomendado por el personal sanitario. Y en el caso de los trastornos mentales (sobre todo de los psicóticos) es muy importante la adherencia.

Estos enfermos explican que los principales motivos por los que abandonan el tratamiento son: una mala relación terapéutica y escasa información. Es decir, que obviando los factores individuales, la medicación y el entorno, también existen factores clínicos que propician el abandono del tratamiento. En este caso, una mala relación enfermero-paciente.

Si desde enfermería mejoramos la relación con nuestros pacientes también estaremos mejorando el cumplimiento terapéutico lo que conlleva una mejoría del estado de salud de los pacientes. Para ello debemos:

- Concienciar al personal sanitario de la importancia de un buen contacto con el paciente: empatía e información adecuada.
 - Fomentar las habilidades sociales de los pacientes para aumentar la adherencia.
- En el año 1999 Navarro et al propusieron unas pautas para mejorar la adherencia al tratamiento desde la atención primaria. Estas son:
- Educación sanitaria.
 - Dar instrucciones por escrito o mediante dibujos.
 - Dar recordatorios para tomar la medicación y para acudir a las distintas visitas.
 - Técnicas de apoyo familiar.

Además, también existen evidencias sobre el nexo que existe entre la relación terapéutica y el mejor pronóstico del estado de salud del paciente.

Heinonen llevó a cabo un estudio en 2013 comparando los tratamientos psicodinámicos con los tratamientos psicoanalíticos. Al cabo de 5 años, observó que en los pacientes que habían sido tratados con tratamientos psicoanalíticos los síntomas habían disminuido. La principal diferencia que había habido entre los dos grupos de pacientes fue que los terapeutas del grupo que recibió el tratamiento psicoanalítico habían sido más asertivos y menos distantes con los pacientes.

Por otro lado, Zukerfeld realizó un estudio en 2001 para comprobar si existía algún vínculo entre:

Relación terapéutica

Mejoría

Frecuencia de sesiones

Estilo de la intervención analítica.

Finalmente, concluyó que la alianza se establecía entre la relación terapéutica y la mejoría.

5 Discusión-Conclusión

- La relación terapéutica es el pilar principal de la enfermería, sobre todo en el ámbito de la salud mental.
- El modelo ideal de relación terapéutica es aquel que esta fundamentado en la empatía.
- La relación terapéutica esta relacionada con la adherencia al tratamiento de los pacientes de salud mental, sobre todos de aquellos que sufren un trastorno psicótico.
- Existe la evidencia de la unión que hay entre la relación terapéutica y una mejor evolución de la enfermedad del paciente.

6 Bibliografía

1. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Index Enferm* [Internet] 2009 [acceso 23/12/2019].
2. Psyciencia [sede Web]. 2014 [acceso 23/12/2019]. Terapias.
3. Santos Herrero AM, Juan I Porcar M. La relación terapéutica en la enfermería de salud mental. *Rev Presencia* [Internet] 2006 [acceso 27/12/2019]; 2(4).
4. Cirici Amell R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna* [Internet] 2016 [acceso 23/12/2019]; 29(4): 232-238.
5. Putrino N. La importancia de la relación terapéutica en los tratamientos psicológicos. *Rev Electrónica de la Facultad de Psicología-UBA* [Internet]. [Acceso 28/12/2019], (22).
6. Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249–257. doi:10.3109/01612840.2014.969795.

Capítulo 211

EDUCACIÓN SEXUAL Y ANTICONCEPCIÓN EN EL ADOLESCENTE

ALBA COLLADO RODRÍGUEZ

ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

La educación sexual ayuda a las personas a obtener información, las herramientas y la motivación necesarias para tomar decisiones saludables sobre el sexo y la sexualidad. Todos los y las jóvenes tienen que tomar, en algún momento de su vida, decisiones que afectarán a su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, muchas investigaciones revelan que la mayoría de los adolescentes carecen de los conocimientos necesarios para tomar decisiones de manera responsable.

El descenso de la edad en que los jóvenes inician las relaciones sexuales, las actitudes cada vez más liberales, el mayor número de parejas y las prácticas sexuales de riesgo exponen a los jóvenes a problemas de salud tan importantes como las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

2 Objetivos

- Conocer la falta de información del adolescente acerca de la sexualidad.

3 Metodología

Revisión de las siguientes bases de datos Scielo, Sciencedirect, Cochran y Pubmed, entre otras. Obteniendo información también de Google Académico.

4 Resultados

El número de embarazos en jóvenes sigue aumentando cada año en España, siendo preocupante en niñas menores de 15 años en las que aumento un 76% desde el 2001 al 2005 según el instituto Nacional de Estadística.

La sociedad de hoy en día parece estar bien informada y, sin embargo, tiene altas dosis de desconocimiento y de errores que pueden afectar al equilibrio emocional de las personas, por ello la educación sexual es cada vez más necesaria. Enseñar a conocer y a aceptar el propio cuerpo, a buscar información o a demandar ayuda es educar para ser capaces de establecer con los demás unas relaciones más sanas y satisfactorias.

Los jóvenes tienen derecho a una educación sexual efectiva. Una información de calidad y educación sexual pueden aportarles el conocimiento, las capacidades y las actitudes necesarias para la toma de decisiones informadas durante el presente y futuro.

La educación sexual integral permite a los y las jóvenes proteger su salud, su bienestar y su dignidad, y debido a que tienen como fundamento los principios de derechos humanos, los programas de educación sexual integral ayudan a fomentar los derechos, la igualdad de género y el empoderamiento de los y las jóvenes.

5 Discusión-Conclusión

El sexo, en adolescentes, se considera en forma más o menos unipersonal. Tras varias revisiones bibliográficas se aprecia que los adolescentes no se encuentran seguros sobre cuál es la conducta sexual adecuada, por lo que es un momento idóneo para influir sobre ellos y ofrecerles la orientación necesaria para desarrollar actitudes cada vez de mayor madurez y respeto para con el sexo opuesto.

Esto coincide con la tendencia mundial a la iniciación cada vez más temprana de las relaciones sexuales entre los adolescentes, lo que trae aparejado embarazos y partos cada vez a edades más tempranas, lo que resulta adverso desde el punto de

vista de la salud y sus consecuencias sociales. Sencillamente aún no es suficiente la información que éstos reciben y persiste la preocupación en algunos padres acerca del momento más adecuado para hablar con sus hijos de la sexualidad ya que se mantiene el mito de que si informan antes de tiempo pueden conducirlos al acto sexual.

Los medios de difusión masiva influyen positivamente en el conocimiento de las vías de transmisión del VIH- SIDA y su prevención, lo que resulta insuficiente para el resto de las ITS. Por ello es de gran importancia que, como personal sanitario, informemos a los adolescentes y resolvamos las dudas que puedan tener acerca del tema.

6 Bibliografía

1. Díaz Álvarez MT. La dimensión de género en los medios de comunicación. Parte 2 2000; 6(15):7-9.
2. Alfonso Rodríguez AC, Sarduy Sánchez C. Educación sexual comunitaria: estrategias y contenidos. Parte 3 2000; 6(16):22-6.
3. Ravelo A, Cendán CT. Encuentro con dos sexólogos Parte 2 2000; 6(16):31-3.
4. González Hernández A. La sexualidad del adolescente. Parte 2 2001; 7(17):4-11.
5. González Hernández A. La educación de la sexualidad en adolescentes. Parte 2 2002; 8(19):4-8.
6. González HA. La sexualidad del adolescente. Rev Sexol Soc 2001; 7(17):4-10.

Capítulo 212

VENTILACIÓN MECÁNICA

ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

ALBA COLLADO RODRÍGUEZ

1 Introducción

En la actualidad son muchos los pacientes que nos llegan a las unidades de cuidados intensivos con diferentes patologías que conllevan graves problemas respiratorios. Por ello es imprescindible conocer bien los mejores sistemas de ventilación en cada situación. Este tipo de patologías se tratan en la unidad de cuidados intensivos (UCI), ya que requieren cuidados continuos y especializados.

La ventilación mecánica (VM) es un tipo de alternativa terapéutica, que gracias a sus múltiples avances tecnológicos consigue dar soporte vital a aquellos que sufren insuficiencia respiratoria. La función respiratoria básica se compone por el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio entre los diferentes componentes del sistema respiratorio. A veces este proceso falla y requiere de un soporte terapéutico como es la VM.

Es un método de soporte vital ampliamente utilizado en las unidades de cuidados críticos, a pesar de su amplia difusión desde el siglo pasado, existe mucha heterogeneidad en la frecuencia, modos utilizados y en los reportes de mortalidad. Por ello, se debe conocer cuando está indicado este medio de soporte vital avanzado, los principios fisiológicos de la ventilación, los efectos favorables y desfavorables que obtenemos con su uso. Así como también, aprender a programar

los diferentes modos de los que se disponen y a interpretar las diferentes estrategias de monitorización para optimizar la ayuda y minimizar las complicaciones que pueden dar por un uso eficiente o inadecuado. Teniendo buenos conocimientos y un adecuado entrenamiento se tendrá la oportunidad de recuperar a más pacientes con insuficiencia respiratoria.

Los ventiladores mecánicos pueden ser a presión negativa (pulmón de acero) o a presión positiva, los que a su vez pueden ser invasivos para pacientes con hiper-capnia, hipoxia y generalmente pacientes con insuficiencia respiratoria severa, en los que se coloca un dispositivo en la tráquea ; y por otro lado, los no invasivos, que utilizan una interface fuera de la vía aérea en caso de insuficiencia respiratoria aguda, hiper-capnia y en exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El objetivo de la ventilación mecánica es dar soporte a la función respiratoria hasta la reversión total o parcial de la causa que originó la disfunción respiratoria, teniendo como pilares fundamentales: mejorar el intercambio gaseoso, evitar la injuria pulmonar y disminuir el trabajo respiratorio.

Definición:

La ventilación mecánica es un tratamiento de soporte vital en el que se hace uso de una máquina que suministra oxígeno y ventilación con lo que se facilita el intercambio gaseoso y el trabajo respiratorio en pacientes con insuficiencia respiratoria. El ventilador mecánico, mediante la generación de un gradiente de presión entre dos puntos (boca/ vía aérea - alveolo) produce un flujo en un determinado tiempo, lo que genera una presión que tiene que vencer las resistencias al flujo y las propiedades elásticas del sistema respiratorio consiguiendo un volumen de gas que entra y sale del sistema.

Epidemiología:

La insuficiencia respiratoria aguda relacionada con urgencias médicas y quirúrgicas es tratada frecuentemente en 30 - 50 % de los casos con ventilación mecánica invasiva (VMI) en unidades de cuidados intensivos.

Este método de soporte de las funciones respiratorias y cardíacas no está exento de provocar complicaciones mortales, entre las cuales figuran: lesión pulmonar generada o asociada a un desajuste de la regularización en la respuesta inflamatoria, que además de incrementar el daño en los pulmones, lleva los mediadores inflamatorios a la circulación general y produce insuficiencia multiorgánica; neumonía, que aparece después de 48 horas de la VMI y deviene un problema epidemiológico en cuidados intensivos, cuya frecuencia fluctúa entre 20 -50 %, con

mortalidad oscilante entre 24 - 50 %, que puede llegar hasta 76 % en algunas situaciones específicas; atelectasia, observada en alrededor de 80 % de las radiografías de tórax, que además de agravar la hipoxemia existente, es causa contribuyente de neumonías asociadas a la ventilación; sangrado digestivo alto, sobre todo cuando la VMI excede de 48 horas; traumatismos como consecuencia de laringoscopia e intubación traqueal, trastornos hidroelectrolíticos, arritmias cardíacas agudas y trombosis venosas profundas, todas con una frecuencia global entre 21 - 47 %.

Según un estudio observacional y descriptivo de 406 pacientes ingresados (con insuficiencia respiratoria aguda asociada) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Docente “Saturnino Lora” de Santiago de Cuba, las complicaciones fueron presentándose más frecuentemente a medida que se extendió el tiempo de ventilación por encima 48 horas, principalmente la neumonía. Con respecto a la duración, el tiempo promedio de ventilación en los vivos resultó ser de 3,96 días; en los fallecidos, de 8,46. La mortalidad predominó significativamente en el sexo masculino y en los de mayores edades, en estas edades se atribuye a las consecuentes alteraciones anatomofuncionales que posibilitan el riesgo de complicaciones y mortalidad con VMI.

Además se observó que la sedación y relajación simultáneas favorecen la retención de secreciones traqueobronquiales, lo que unido a la broncoaspiración que puede producirse, posibilitan la infección pulmonar y otras complicaciones con riesgo de muerte. Las complicaciones de la VMI son resultado de la influencia y convergencia de varias causas contribuyentes: condiciones en que se efectúa la intubación traqueal, contaminación de la tráquea con la flora bucofaríngea por la sonda traqueal, broncoaspiración, duración de la VMI, poca efectividad de las medidas profilácticas empleadas, influencia del entorno, estado de las defensas anatómicas y funcionales de los pacientes, procedimientos invasivos aplicados, presencia de complicaciones en otros órganos, así como uso excesivo de fármacos depresores y antimicrobianos... por tanto, desde el punto de vista de enfermería debemos fomentar la seguridad, el cuidado y la asepsia en este tipo de pacientes para prevenir la aparición de posibles complicaciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los métodos de la ventilación mecánica.

Objetivos secundarios:

- Conocer el uso e indicaciones de la ventilación mecánica invasiva.
- Conocer el uso e indicaciones de la ventilación mecánica no invasiva.
- Describir la ventilación protectora del pulmón.
- Definir el proyecto “Neumonía Zero”.

3 Metodología

Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos como Pubmed, donde utilizamos las palabras clave: mechanical ventilation, non invasive ventilation, invasive ventilation, ventilator-associated pneumonia y pneumonia zero. Por otra parte, en Google académico buscamos información en relación a la ventilación protectora del pulmón, los modos de ventilación mecánica, la incidencia epidemiológica, los modos convencionales, alternativos y especiales de la ventilación mecánica. Por otra parte, indagamos en la página oficial del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad acerca del proyecto “Neumonía Zero”. Por último, utilizamos como buscador la biblioteca oficial de la Universidad de Oviedo.

En Pubmed en un primer lugar encontramos 92.478 artículos. Seleccionando los publicados en un periodo de tiempo comprendido entre los últimos 10 años, con filtros en inglés y español y en la especie humana encontramos un total de 2.064, entre los cuales escogimos cinco artículos.

En Google Académico encontramos de primeras, 15.600 artículos. Una vez seleccionados los filtros en inglés y español y en un periodo de tiempo comprendido entre los últimos 5 años sumaron un total de 6.590, de los cuales nos decantamos por diez.

4 Resultados

La ventilación mecánica es una técnica que sustituye el trabajo respiratorio hasta que se restablezca el balance entre la demanda ventilatoria y la capacidad del paciente para sostenerla.

Tipos de ventilación mecánica:

- Invasiva. Es la ventilación que se realiza por medio de un tubo endotraqueal o un tubo de traqueotomía. Se utiliza en pacientes con hipoxia o hipercapnia que no

pueden ser tratados por otros medios, además de ser una alternativa en casos de insuficiencia respiratoria severa en los que la ventilación mecánica puede sustituir la acción de los músculos de la respiración y disminuir el trabajo respiratorio. La ventilación mecánica invasiva se asocia a numerosas complicaciones, algunas incluso letales, entre las que podemos encontrar: infecciones nosocomiales, úlceras traqueales y lesiones pulmonares como el barotrauma. También son importantes los problemas que pueden surgir durante la intubación y la extubación.

- No invasiva. Es un tipo de soporte ventilatorio que permite el aumento de la ventilación pulmonar, manteniendo la vía aérea intacta. Se utiliza principalmente en casos de insuficiencia respiratoria aguda hipercapnia y en exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La ventilación mecánica no invasiva no precisa intubación endotraqueal ni traqueotomía, por lo que se evita el riesgo de múltiples complicaciones. Su aplicación es rápida y fácil, aporta mayor comodidad al paciente y requiere menor coste que la invasiva. Es una técnica menos agresiva que además permite, salvo contraindicación, la alimentación oral.

Clasificación de las modalidades de ventilación mecánica. Existen tres modos de ventilación mecánica:

Modos convencionales

Modos alternativos

Modos especiales

Dentro de los modos convencionales, existen varios tipos tales como:

- La ventilación controlada (CMV) o asistida-controlada (A/C), que puede ser controlada por volumen o por presión y que antiguamente se la denominaba ventilación a presión positiva intermitente. Esto se debía a que el paciente no tenía posibilidad de interactuar con el ventilador y recibía una ventilación mecánica a intervalos predeterminados por la máquina. A día de hoy, se utiliza el término ventilación controlada para describir un modo de sustitución total de la ventilación en el cual todas las ventilaciones son de tipo mecánico, y puede operar como ventilación controlada o como ventilación asistida, por lo que se designa ventilación asistida-controlada. Este tipo de ventilación es la más utilizada, sobre todo al inicio del soporte ventilatorio. La ventilación asistida-controlada permite al paciente variar la frecuencia respiratoria, pero no el tipo de ventilación.

- La ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV), constituye un modo de sustitución parcial de la ventilación que combina la ventilación asistida-controlada con la ventilación espontánea. Esta modalidad ventilatoria surgió como evolución de la ventilación mandatoria intermitente la cual no permitía

la sincronización entre las ventilaciones mecánicas y espontáneas, y dio solución al problema del «apilamiento respiratorio» que se producía si el ventilador generaba una ventilación controlada en el mismo instante en que el paciente realizaba una inspiración espontánea. En la SIMV, la ventilación mandatoria es suministrada en sincronía con el esfuerzo inspiratorio del paciente (asistida), si es detectado por el ventilador durante un periodo de tiempo o «ventana de asistencia», determinada por la frecuencia respiratoria programada. En caso contrario, el ventilador proporciona una ventilación controlada, de forma similar a la CMV. Las respiraciones espontáneas pueden ser asistidas con presión de soporte (SIMV-PSV) para disminuir el trabajo respiratorio.

- Dentro de la ventilación espontánea se encuentran la presión positiva continua en la vía aérea y la ventilación con presión de soporte. La primera, se trata de una modalidad de ventilación espontánea, en la cual el ventilador mantiene de forma constante un nivel predeterminado de presión positiva durante todo el ciclo ventilatorio. El paciente, durante la CPAP, asume la mayor parte del trabajo respiratorio ya que genera su propio flujo inspiratorio, la frecuencia respiratoria y su volumen circulante, simulando en gran medida el patrón de ventilación espontánea. Por otra parte la ventilación con presión de soporte, es una modalidad de ventilación espontánea en la cual cada esfuerzo inspiratorio del paciente es asistido por el ventilador hasta un límite programado de presión inspiratoria. La ventilación, la dispara el paciente que es limitada por presión y es ciclada por flujo. El patrón de flujo inspiratorio es de tipo declarado, con una disminución a medida que se reduce el gradiente de presión entre la vía aérea proximal y los alvéolos, como consecuencia del llenado pulmonar.

Por otra parte, dentro de los modos alternativos se encuentran:

- La ventilación con liberación de presión en la vía aérea es aquella ventilación en la que se mantiene cierto nivel de CPAP durante un tiempo determinado con liberación de la presión de forma intermitente. Esta ventilación se inicia con una elevada presión positiva similar a la presión plateau seguida por una deflación que completa el ciclo respiratorio. La respiración puede ser llevada a cabo durante la fase inspiratoria o durante la fase de deflación, que es la liberación de presión.

- La ventilación bifásica (BIPAP), se trata de un sistema de ventilación mecánica utilizado como soporte respiratorio temporal en pacientes con dificultad respiratoria. La diferencia entre este tipo de ventilación y la CPAP es que el segundo genera dos niveles diferentes de presión intratorácica: un nivel de presión durante la espiración, que es la presión positiva espiratoria (EPAP) y otro nivel de

presión durante la inspiración, que es la presión positiva inspiratoria (IPAP). La presión de aire positiva permite mantener las vías aéreas abiertas facilitando la respiración y es ejercitada a través de una máscara que se coloca sobre la nariz y/o boca del paciente. La ventilación bifásica se utiliza en casos en los que hay presente una dificultad respiratoria, en los casos en los que el paciente no puede realizar la respiración por sí solo, como en los procesos de insuficiencia respiratoria aguda, en insuficiencia respiratoria hipoxémica y pacientes con fracaso post-extubación.

- El volumen controlado regulado por presión (PRVC), es una ventilación de control dual de un ciclo a otro, ciclada por tiempo. Se programa el volumen corriente (VC) y la frecuencia respiratoria (FR), administrando una ventilación controlada por volumen con un flujo constante y realiza la medición de la presión generada. A partir de esta medición, el ventilador calcula la presión necesaria para alcanzar el VC programado si se administra por presión. Este modo de ventilación asegura un VC a pesar de los cambios que se produzcan en la mecánica respiratoria, como las ocurridas en el caso de aparición de secreciones, atelectasias, etc.
- El autoflow es un modo de ventilar en anestesia, al que se le asocia un software que calcula la compliance del paciente, y así va autorregulando el flujo y la presión mínima que se necesita en cada respiración, para obtener el volumen pautado por el operador. Se introdujo por primera vez en las máquinas de anestesia de Dräger, con el fin de obtener las ventajas de los modos volumétricos y los de presión al mismo tiempo.
- La ventilación con soporte adaptativo se trata de un modo ventilatorio inteligente que se desarrolló con el fin de facilitar el uso de la ventilación mecánica al profesional sanitario y que fuese más segura y cómoda para el paciente. Para ello, este modo ventilatorio aplica estrategias de protección pulmonar y ajusta la ventilación automáticamente en cada respiración, durante las 24 horas del día, desde la intubación hasta la extubación, aumentando la eficacia de las unidades de cuidados intensivos.
- La ventilación asistida proporcional es un modo ventilatorio asistido sincronizado en el que el ventilador proporciona una asistencia en presión proporcional al esfuerzo instantáneo del paciente. En este sistema, el ventilador detecta el esfuerzo inspiratorio que realiza el paciente. Esto se consigue mediante la medida precisa del flujo y el volumen que abandonan el ventilador hacia el paciente. Ambos están en función del descenso inspiratorio de la presión alveolar que el paciente genera mediante su contracción muscular. El flujo y el volumen son am-

plificados mediante sendos controles de ganancia ajustables y la suma de ambos constituye la señal de control que genera la respuesta en presión del ventilador. El ventilador responde con la rápida entrega de flujo en respuesta a esta señal de control.

- La ventilación mandatoria minuto garantiza un nivel mínimo de ventilación minuto para cubrir las demandas del paciente. Éste decide la FR y el ventilador ajusta los parámetros en función de su respuesta. El modo de funcionamiento varia de un ventilador a otro, se ajusta un volumen minuto mínimo y teniendo en cuenta el volumen minuto espontáneo del paciente, el ventilador administra el volumen minuto restante. A pesar de ser tipo de ventilación muy descrita, su uso es poco frecuente.

- La ventilación con relación I:E invertida puede asociarse a ventilación controlada a volumen o controlada a presión. El hecho de que la inspiración sea más alargada evita la hipoventilación en el caso de que se asocie a ventilación controlada a presión. El acortamiento del tiempo espiratorio impide el completo vaciado pulmonar, de forma que se produce atrapamiento pulmonar, con la consiguiente aparición del auto-PEEP. Esta auto-PEEP se debe monitorizar regularmente mediante una maniobra de pausa espiratoria, ya que en ventilación controlada a volumen genera un aumento de la presión de la vía aérea y en ventilación controlada a presión comporta una disminución del volumen circulante.

Por último, dentro de los modos especiales de ventilación se encuentran:

- La ventilación de alta frecuencia, que se define como el soporte ventilatorio que utiliza frecuencias respiratorias superiores a las habituales, alrededor de 100 respiraciones por minuto en adultos y 300 en niños o neonatos. Para poder suministrar gas a estas frecuencias se deben emplear mecanismos específicos, que generalmente consisten en osciladores, ya que los ventiladores convencionales no pueden trabajar a frecuencias tan elevadas.

- La ventilación de alta frecuencia oscilatoria es un modo ventilatorio mecánico no convencional de protección pulmonar basado en una estrategia de reclutamiento alveolar. Se trata de utilizar volúmenes corrientes pequeños, menores al espacio muerto anatómico.

- El soporte vital extracorpóreo es un tratamiento en el que se usa una bomba para hacer circular la sangre a través de un pulmón artificial y de vuelta al torrente sanguíneo del paciente. Ofrece soporte cardiopulmonar externo para pacientes con insuficiencia cardíaca o pulmonar que pone en riesgo su vida. Puede ser us-

ado tanto en pacientes quirúrgicos, como en aquellos que no hayan requerido tal manejo, en caso de necesidad de estabilización pre-operatoria, falla al retirar un bypass cardiopulmonar, síndrome de bajo gasto, arritmias, miocarditis o pericarditis restrictiva y paro cardiorrespiratorio.

- La ventilación líquida es un método que utiliza un líquido gas soluble para reemplazar o aumentar la ventilación. El líquido empleado es el perfluorocarbono, el cual se distribuye en el pulmón generando presiones de insuflación muy bajas. Además, posee una alta solubilidad para los gases respiratorios. Existen dos técnicas, la total y la parcial. En esta última se combina la ventilación mecánica convencional con los principios de la ventilación líquida.

Actualmente no existen suficientes datos para asegurar si esta técnica es útil para prolongar los períodos o afecta a la supervivencia en animales o humanos, pero están en marcha diferentes estudios multicéntricos para valorar la efectividad de la ventilación líquida en distintos grupos de pacientes.

Ventilación protectora del pulmón.

Complicaciones de la ventilación mecánica: para hablar de la ventilación protectora pulmonar se debe comenzar hablando de los efectos adversos potenciales de la ventilación mecánica. Para empezar, es fácil provocar una neumonía asociada al ventilador (NAV) al sortear los mecanismos de defensa naturales de la vía aérea en pacientes intubados así como la supresión de los reflejos de la tos. Por esto, es de suma importancia empezar la retirada del ventilador lo antes posible y comenzar, si se precisa, con ventilación no invasiva, ya que se ha demostrado que ésta reduce la incidencia de NAV. Existe un importante proyecto de prevención de la NAV que se tratará posteriormente.

La ventilación mecánica, especialmente en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), puede provocar también lesiones pulmonares inducidas por el ventilador (LPIV).

Entre ellos, destacamos el “barotrauma” y las lesiones inducidas por estiramiento (“volutrauma”, “atelectrauma” y “biotrauma”). Se conoce como “barotrauma” al traumatismo pulmonar producido por la presión positiva. Su mecanismo de producción es la sobredistensión y la rotura alveolar, como consecuencia de la aplicación de una presión excesiva. Parece no dañar el pulmón a no ser que la presión se ejecute “a través” del pulmón. Da lugar al desarrollo de aire extraalveolar. La manifestación con mayor repercusión clínica es el neumotórax, puesto que puede evolucionar a neumotórax a tensión y amenazar la vida del paciente.

En contraste con el barotrauma, la sobredistensión de un área pulmonar local, debida a la ventilación con un elevado volumen circulante, puede producir lesión pulmonar y recibe el nombre de volutrauma. Desafortunadamente, debido a sus propiedades mecánicas, los alvéolos más sanos son más propensos a este tipo de daño. La ventilación con una estrategia protectora pulmonar que incluya la aplicación de un volumen circulante bajo (6 ml/kg) minimiza estos efectos.

El colapso cíclico y la reapertura de alvéolos pueden dañar el tejido pulmonar y ocurrir lo que denominamos “atelectrauma”. Se produce cuando se utilizan bajos volúmenes inspiratorios y niveles inadecuados de PEEP durante la ventilación de los pacientes con SDRA. En estas circunstancias, los alvéolos tienden a abrirse en inspiración y a cerrarse en espiración. La aplicación de un nivel adecuado de PEEP evitará que se produzcan el cierre y la reapertura alveolar de forma repetida, ayudando a mantener el reclutamiento pulmonar al final de la espiración.

De la ingeniería mecánica se han tomado dos términos para explicar fenómenos que se producen en la ventilación mecánica. El término “estrés” describe la condición de una presión transpulmonar ejecutada “a través” del pulmón. El término “tensión” describe la condición de un volumen tidal proporcionado a un pulmón en relación con el volumen pulmonar espiratorio final.

Tanto la tensión como el estrés no fisiológico, pueden iniciar un “biotrauma”. Generalmente se produce por sobredistensión pulmonar local producida por unos volúmenes inspiratorios elevados, junto con la apertura y el cierre repetitivos de los alvéolos con bajos niveles de PEEP. Los daños biofísicos y bioquímicos, llevan a incrementar la permeabilidad capilar-alveolar, a la inactivación del surfactante y a la liberación de mediadores inflamatorios.

La transmisión de infección pulmonar, translocación bacterial y liberación de mediadores en la circulación sistémica con inflamación sistémica consecuente podrían ser una causa del fallo multiorgánico del sistema y los altos índices de mortalidad en pacientes con SDRA.

Toxicidad por el oxígeno.

Se han realizado estudios en humanos y animales que indican que la administración de oxígeno suplementario puede provocar lesiones de la vía aérea. Entre los efectos de la hiperoxia en los pulmones se encuentran la formación de la membrana hialina alveolar, edema, hiperplasia, proliferación de neumocitos tipo II, destrucción de neumocitos tipo I, fibrosis intersticial y remodelación vascular pulmonar.

Si bien no se conoce con exactitud qué FIO₂ resulta tóxica, valores > 0,6 durante

un periodo superior a 48 horas parecen producir toxicidad pulmonar, sobre todo en pulmones sanos o poco lesionados. La aplicación de PEEP y la posición en decúbito prono producen una mejoría de la oxigenación y permiten reducir la FIO₂ a un valor no tóxico.

Por otra parte, la preocupación sobre la toxicidad por oxígeno no debe llevar a su restricción cuando el paciente está hipoxémico. Está indicada una FIO₂ de 1 al inicio de la ventilación mecánica, durante el transporte, la aspiración de secreciones, en periodos de inestabilidad.

Concepto de ventilación protectora.

Teniendo en cuenta los efectos adversos de la ventilación mecánica explicados anteriormente, optimizando los ajustes del ventilador para evitar atelectasis cíclica y sobredistensión de los alvéolos conseguiríamos unos mejores resultados en pacientes con daños pulmonares agudos.

Debemos conseguir un equilibrio entre diferentes objetivos: de oxigenación y ventilación (eliminación de CO₂), la influencia en la circulación y la búsqueda de la puerta “más segura” para el intercambio de gases con diversas opciones de presión, volúmenes y ritmo.

Una PEEP elevada puede ayudar a evitar atelectasias y, si se ajusta adecuadamente, puede reducir la resistencia pulmonar. Esto, sin embargo, también lleva la ventilación tidal hacia volúmenes pulmonares inspiratorios finales más altos.

Los volúmenes tidales bajos pueden evitar el desarrollo de “volutrauma”, pero pueden provocar un aumento de la fracción de espacio muerto e hipercapnia. Las altas presiones de meseta, resultado de las altas presiones espiratorias finales y los volúmenes tidales necesarios para el control de la hipercapnia, pueden causar barotrauma, sobredistensión y pueden producir error en la circulación y función cardiaca.

Puesto que mantener los gases sanguíneos estables es el objetivo principal, incluso los ajustes de ventilación más protectores pueden no ser capaces de evitar la inducción de lesiones pulmonares debidas al ventilador en algunas zonas de un pulmón. La aceptación de niveles de CO₂ elevados a favor de una zona “segura” de ventilación se denomina “hipercapnia permisiva”.

Las estrategias de ventilación mecánica han sufrido cambios en las últimas décadas, con tendencia al uso de volúmenes corrientes (VC) o tidales cada vez menores, principalmente en los pacientes con lesión pulmonar aguda (LPA) o síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). No obstante, en los pacientes sin

LPA o SDRA, el uso de volúmenes corrientes altos todavía es algo habitual.

Estudios retrospectivos sugieren que esta práctica puede estar relacionada a la LPA asociada a la ventilación mecánica. De todas maneras, no se conoce el manejo ideal de la ventilación mecánica en los pacientes sin LPA debido a la falta de estudios prospectivos.

A continuación se presentarán evidencias científicas para el uso de una ventilación mecánica protectora en los pacientes con pulmones sanos así como estrategias para ventilar de forma adecuada un pulmón con patología.

Ventilación mecánica protectora en la LPA y SDRA. En un estudio pionero, Ranieri junto con otros estudiosos, confirmaron que el uso de volúmenes corrientes menores reduce la concentración de mediadores inflamatorios tanto en el lavado broncoalveolar como en la circulación sistémica. Estudios posteriores confirmaron que esta práctica cambia el resultado final de los pacientes.

En el principal de esos estudios, el ARDS Network 18, fue comparado el uso de un volumen corriente bajo (6 mL.kg⁻¹ peso corporal previsto) y alto (12 mL.kg⁻¹ peso corporal previsto). El uso de VC bajo con una presión de meseta máxima de 30 cmH₂O resultó en una mortalidad intrahospitalaria menor (31% versus 39%), y en un número menor de días en la ventilación mecánica. La mejoría en la supervivencia de esos pacientes permaneció después del seguimiento durante 6 meses.

Durante el uso de la ventilación protectora en el SDRA suele darse la “hipercapnia permisiva”. Para tratar de compensar esta alteración, se puede intentar el uso de frecuencias respiratorias más elevadas.

El uso de ventilación mecánica en la posición prona en el SDRA parece mejorar la oxigenación y el reclutamiento alveolar, pero no se ha visto ningún beneficio en la mortalidad. Además, puede tener como complicación la desentubación inadvertida y la pérdida de accesos venosos.

Por último y como resumen, sería importante tener en cuenta las directrices a seguir para tratar con ventilación protectora a un paciente con LPA o SDRA:

- Controlar la presión y el volumen. Para esto, es de vital importancia la experiencia del médico y la adecuada interpretación de cambios fisiológicos.
- Reducir el volumen corriente hasta aproximadamente 6 mL.kg⁻¹ de peso corporal previsto; mantener una presión de meseta \leq 30 cmH₂O reduce la mortalidad y es muy recomendada (estudio ARDS Network 2000).
- El aumento de los valores de PEEP para intentar reducir la FIO₂ no se sustenta

por los estudios actuales.

- La monitorización hemodinámica cuidadosa y mantenida es importante en pacientes bajo ventilación mecánica protectora debido al riesgo de compromiso de la perfusión tisular.
- La hipercapnia proveniente de la ventilación mecánica protectora (hipercapnia permisiva), generalmente se tolera bastante bien y se prefiere al uso de volúmenes corrientes elevados o presiones de meseta elevadas.
- Las contraindicaciones a la hipercapnia permisiva incluyen la hipertensión intracraneal, la acidosis metabólica grave concomitante, el aumento de la hipertensión pulmonar, la insuficiencia del ventrículo derecho y los síndromes coronarios agudos.

Recomendaciones de ventilación en un pulmón sano: aún no existen estudios consistentes que demuestren cómo ventilar un pulmón sano. De todas formas, las recomendaciones de los especialistas y las actuales evidencias, nos indican que el uso de un VC inferior a 10 mL.kg-1 de peso corporal ideal, asociado a PEEP \geq 5 cmH₂O, sin rebasar una presión de meseta de 15 a 20 cmH₂O, podría minimizar el estiramiento alveolar al final de la inspiración y evitar una posible inflamación o colapso alveolar.

Es importante resaltar que, en algunos pacientes con pulmón sano, sometidos a ventilación mecánica por un corto período de tiempo para procedimientos de bajo riesgo, un VC de 10 mL.kg-1 probablemente no cause el estiramiento alveolar al final de la inspiración, por tanto no desencadenaría las consecuencias citadas. Al contrario, cuando esos pacientes son ventilados con presión de meseta < 15 cmH₂O sin PEEP, el uso de VC bajos puede conducir a atelectasias. Debemos usar una PEEP suficiente para evitar esto así como un compromiso de la oxigenación. No ocurre lo mismo en los pacientes en respiración espontánea. En esta situación, e incluso con las presiones de meseta bajas, la presión transalveolar mantiene la presión pleural “negativa”, evitando colapsos alveolares.

Neumonía asociada al ventilador y proyecto “Neumonía Zero”.

La intubación endotraqueal y la ventilación mecánica son medidas de salvamento en pacientes en estado crítico. Sin embargo, estas intervenciones no están exentas de complicaciones; y una de ellas, es el aumento considerable del riesgo de infecciones respiratorias.

La neumonía asociada al ventilador (NAV) es un tipo de neumonía nosocomial que se da en pacientes que reciben asistencia ventilatoria mecánica. Ocurre en las 48-72 horas posteriores a la intubación. Además, aumenta el tiempo de hos-

pitalización del paciente así como el costo y la mortalidad. Aunque la tasa de mortalidad se ve reducida con medidas como un buen control de la infección y el uso de antibióticos adecuados, la mejor medida para evitar todas estas complicaciones es la prevención de la neumonía. Los profesionales sanitarios son los responsables de aplicar medidas no farmacológicas para prevenir esta complicación, aunque no siempre se cumple. Las principales razones de que la aplicación de estas medidas sea fallida pueden incluir la sobrecarga de trabajo, unos conocimientos teóricos deficientes o una práctica clínica basada en la rutina ya establecida.

El proyecto Neumonía Zero es una iniciativa por parte de las sociedades españolas de Medicina Intensiva y Enfermería Intensiva, que está secundado por el Ministerio de Sanidad. Su objetivo principal es reducir la tasa de incidencia de la neumonía a menos de nueve episodios por cada mil días de ventilación mecánica. Contiene una serie de medidas básicas (de obligado cumplimiento) y otra de medidas específicas (altamente recomendables) para conseguir una intervención estandarizada en cuanto a la prevención de la neumonía asociada al ventilador. Además de las recomendaciones, también incluye un programa de seguridad integral que incluye las relaciones y comunicaciones entre profesionales así como la identificación de errores y la propuesta de mejoras.

Medidas básicas de obligado cumplimiento

- Formación y entrenamiento adecuado en el manejo de la vía aérea: se trata de un plan de formación adecuado en relación a la aspiración de secreciones bronquiales, incluyendo la importancia de la utilización de mascarilla, guantes estériles, gafas, sondas desechables, la manipulación aséptica de las sondas de aspiración, y la prohibición de instilar suero fisiológico por el tubo endotraqueal antes de realizar la aspiración.
- Estricta higiene de manos con soluciones alcohólicas antes de la manipulación de la vía aérea: es un componente fundamental de la práctica clínica. El uso de guantes no exime de la responsabilidad de realizar un lavado de manos adecuado tanto antes como después del manejo de la vía aérea.
- Higiene bucal con clorhexidina: se debe realizar cada ocho horas con clorhexidina al 0,12%-0,2%, habiendo comprobado previamente que la presión del balón traqueal es mayor de 20 centímetros de agua.
- Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento entre 20-30 centímetros de agua: si es menor de 20, hay riesgo de NAV; si es mayor de 30, se pueden producir lesiones en la mucosa de la tráquea.
- Posición semiincorporada: evitar la posición decúbito supino a 0°. Se debe man-

tener la cabecera de la cama a 30-45°, siempre que no exista contraindicación. Comprobar cada ocho horas y después de los cambios posturales.

- Implementación de procedimientos para disminuir lo posible el tiempo de ventilación mecánica: uso de protocolos de desconexión de la ventilación mecánica, uso de ventilación mecánica no invasiva cuando esté indicado y valorar diariamente la retirada de la anestesia o la extubación.
- Evitar cambios rutinarios: salvo mal funcionamiento, no cambiar tubuladuras en un plazo inferior a siete días. En el caso de humidificadores, salvo que estén sucios, evitar el cambio antes de 48 horas.

Medidas específicas altamente recomendables:

- Descontaminación selectiva del tubo digestivo: se utiliza como reducción de las infecciones endógenas; no tiene ningún efecto a nivel exógeno. Se trata de la administración de antibióticos tópicos como una pasta en la mucosa oral y como una solución digestiva a través de la sonda nasogástrica. Son antimicrobianos no absorbibles para prevenir el desarrollo de resistencia.
- Aspiración de secreciones subglóticas: se realiza de manera continua a través de un sistema de aspiración que conduzca las secreciones a un reservorio; la presión de aspiración no debe superar los 100 mm Hg. Se debe comprobar la permeabilidad cada ocho horas. Si no está permeable, se pueden inyectar 2 cc de aire.
- Utilización de antibióticos sistémicos durante la intubación en pacientes con el nivel de conciencia disminuido.

Plan de seguridad integral en UCI:

- Evaluar la cultura de seguridad: muestra la postura de cada unidad respecto a la seguridad del paciente; se debe valorar tanto al principio como al final del proyecto para comprobar si existen cambios.
- Formación en seguridad del paciente: conocer la importancia del concepto de seguridad en los pacientes.
- Identificar errores en la práctica habitual: es conveniente realizar sesiones clínicas en las que los profesionales se reúnan para analizar los problemas que surjan en la práctica clínica y se propongan medidas de mejora.
- Establecer alianzas con la dirección de la institución para la mejora de la seguridad: se recomienda que un directivo del hospital participe en el plan de seguridad integral para poder llevar a cabo el punto anterior.
- Aprender de los errores, junto con la búsqueda de medidas con objetivos de mejora.
- Reforzar la comunicación entre los profesionales que atienden a pacientes críti-

cos: herramienta esencial tanto entre los profesionales como de cara a los familiares para evitar que surjan problemas de seguridad del paciente.

El proyecto “Neumonía Zero” se implantó en abril de 2011 y se ha llevado a cabo en veinte meses entre los años 2011 y 2012, en la mayoría de servicios de cuidados intensivos del Sistema Nacional de Salud. No solo se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad y de incidencia, sino que también ha disminuido considerablemente el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes y el costo.

En mayo de 2013, el Ministerio de Sanidad anunciaba los resultados de este proyecto: la disminución de la tasa de incidencia de casos de neumonía asociada a la ventilación a 6,56 casos por cada mil días de ventilación mecánica. Por lo tanto, se ha alcanzado el objetivo deseado.

5 Discusión-Conclusión

- Existen diferentes métodos de ventilación mecánica. o Entre los métodos convencionales se encuentra la ventilación controlada (CMV) o asistida-controlada (A/C) y la mandatoria intermitente sincronizada (SIMV). o En los métodos alternativos de ventilación mecánica destacan: la ventilación con liberación de presión en la vía aérea, la bifásica (BIPAP), el volumen controlado regulado por presión (PRVC), el autoflow, la ventilación con soporte adaptativo y proporcional, la ventilación mandatoria minuto o la ventilación con relación I:E invertida. o Por último, dentro de los métodos especiales de ventilación se hallan: la ventilación de alta frecuencia respiratoria; la de alta frecuencia oscilatoria, el soporte vital extracorpóreo y la ventilación líquida.
- La ventilación mecánica se clasifica en dos tipos: la ventilación mecánica invasiva y la no invasiva. o La ventilación mecánica invasiva se utiliza en pacientes con hipoxia o hipercapnia que ya no pueden ser tratados con otros medios terapéuticos o en casos de insuficiencia respiratoria severa. o La ventilación mecánica no invasiva se utiliza en casos de insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica y en exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- La ventilación mecánica protectora del pulmón es una estrategia terapéutica cada vez más empleada por estar demostrada su eficacia y disminución de complicaciones. Consiste principalmente en el uso de volúmenes corrientes más bajos y presiones de meseta limitadas en pacientes con patología pulmonar. Aún no ex-

isten estudios consistentes que demuestren cómo ventilar un pulmón sano, pero si recomendaciones de especialistas.

- El proyecto “Neumonía Zero” es una iniciativa cuyo objetivo principal es reducir la tasa de incidencia de la neumonía intrahospitalaria a causa del ventilador. Contiene una serie de medidas básicas (de obligado cumplimiento) y otra de medidas específicas (altamente recomendables) para conseguir una intervención estandarizada en cuanto a la prevención de la NAV.

6 Bibliografía

1. Gutiérrez Muñoz F. Ventilación mecánica. *Acta Med Per.* 2011; 28: 87-104.
2. Manzano A.E, Vera M.J. Características de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital José Carrasco Arteaga [Trabajo fin de grado]. Repositorio de la Universidad del Azuay [Internet]. Ecuador; 2011 [acceso 2 de abril de 2016].
3. González L, Quinde G, Jiménez A, Mantilla Solorzano R, González L, González D. Epidemiología de la ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del hospital Luis Vernaza. *Revista médica.* 2013; 19.
4. Jardines A, Oliva C, Romero L. Morbilidad y mortalidad por ventilación mecánica invasiva en una unidad de cuidados intensivos [Internet]. Santiago de Cuba: MEDISAN; 2008 [acceso 8 de abril de 2016].
5. Brochard L. Mechanical ventilation: invasive versus noninvasive. *ERS.* 2003; 22: 31-37.
6. J. Dries D. Mechanical ventilation: History and harm. *Am J Crit Care.* 2016; 35: 12-15.
7. Benito S, Ramos LA. Ventilación no invasiva. En: Soler H, director. *Fundamentos de la ventilación mecánica.* 1ª ed. Barcelona: Marge Médica Books; 2012. 209-26.
8. Subirana M, Bazan P. Modalidades de ventilación mecánica. *Enferm intensiva.* 2000; 11: 249-60.
9. *Ventilación Mecánica, guía práctica para enfermería.* 1ª edición. Madrid. Clemente López F. 2009.
10. Hernández A.A, Triolet A. Modos de Ventilación Mecánica. *Rev Cub Med Int Emerg.* 2002; 1: 82-94.
11. Suarez-Sipmann F. Nuevos modos de ventilación asistida. *Med Intensiva.* 2014; 38: 249-60.
12. García J, Pérez J, Oliva P. De la, Tusman G, Vicente J. De, Goldman L, et al.

- Ventilación no invasiva en el paciente quirúrgico pediátrico. *Ciencia pediátrica*. 2005; 25: 22-29.
13. Jarrillo A. Guía de Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria [Internet] [acceso 4 de abril de 2016].
 14. Artículos médicos FCV [sede web]. Colombia: Fundación Cardiovascular Colombia; 2009 [acceso 4 de abril de 2016] De Castillo VR. ¿Qué es el soporte vital extracorpóreo y cuáles son sus usos?
 15. Ralf F. Folleto sobre ventilación mecánica [Internet]. Lübeck: Dräger Medical GmbH; 2015 [acceso 29 de marzo de 2016].
 16. Benito S, Ramos LA. Complicaciones durante la ventilación mecánica. En: Soler H, director. *Fundamentos de la ventilación mecánica*. 1ª ed. Barcelona: Marge Médica Books; 2012. 197-208.
 17. Seiberlich E, Santana JA, Chaves RA, Seiberlich RC. Ventilación Mecánica Protectora, ¿Por qué utilizarla? *Rev Bras Anesthesiol*. 2011; 61: 361-65.
 18. Jam M.R, Santé M, Hernández O, Carrillo E, Turégano C, Fernández I et al. Assesment of a training programme for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Nurse Crit Care*. 2012; 17: 285–92.
 19. Charles MVP, Kali A, Easow JM, Joseph NM, Ravishankar M, Srinivasan S et al. Ventilator-associated pneumonia. *Australas Med J*. 2014; 7: 334–44.
 20. Semicyuc [sede Web]. Madrid: Semicyuc; 2011 [acceso 30 de marzo de 2016]. Protocolo de prevención de las neumonías relacionadas con ventilación mecánica en las UCI españolas: Neumonía Zero [26 páginas].
 21. Álvarez F, Sánchez M, Lorente L, Gordo F, Añón J.M, Álvarez J et al. Guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia and their implementation. The Spanish “Zero-VAP” bundle. *Med Intensiva*. 2014; 38: 226-36.
 22. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; [acceso 30 de marzo de 2016]. Un programa de seguridad en las UCI impulsado por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad reduce un 43% la incidencia de neumonía y evita 341 muertes.

Capítulo 213

PAPEL DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS ENCAMADOS EN SU DOMICILIO

TANIA MELERO PEREIRA

VANESSA MOLINA BLANCO

1 Introducción

La sedación se realiza mediante la administración de una serie de fármacos apropiados para este fin, con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios. Puede ser continua o intermitente. La sedación paliativa al final de la vida, es la que se realiza cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida para aliviar un sufrimiento intenso innecesario. En este caso usamos una sedación continua y tan profunda como se necesite para aliviar el sufrimiento. Las úlceras por presión (UPP) son unas lesiones que pueden aparecer en la piel y/o tejido subyacente, que se producen generalmente sobre prominencias óseas (trocanteres, sacro, talones, orejas, crestas ilíacas...). Son resultado de la presión, en posible combinación con cizallamiento y/o fricción. Existen otros factores que pueden influir en su aparición (edad, estado de la piel, humedad, alimentación, actividad, alteración de la perfusión...).

Los pacientes paliativos encamados por su mala situación son muy propensos a este tipo de lesiones y es importante tratar de evitar que desarrollen estas UPP

para evitarles más sufrimiento. Aumentan las visitas al domicilio del paciente del parte del personal sanitario, lo que supone un aumento de costos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Revisar los cuidados enfermeros en el ámbito domiciliario para la prevención de la aparición de úlceras por presión, en pacientes encamados.

Objetivos secundarios:

- Realizar los cuidados adecuados para evitar el sufrimiento en la medida de lo posible.
- Educar e involucrar a los cuidadores y familiares en el cuidado del paciente.
- Revisar las cuestiones relevantes en la práctica enfermera de las situaciones clínicas y los fármacos comúnmente usados al final de la vida.

3 Metodología

Se realiza una selección y revisión de las intervenciones sobre la práctica enfermera y la administración de fármacos en sedación paliativa y de los cuidados enfermeros en la prevención de las UPP recomendadas por la literatura científica mediante búsqueda realizada en Cuiden, Medline-PubMed y Google Académico.

4 Resultados

El objetivo de la sedación paliativa es disminuir el nivel de conciencia para aliviar el sufrimiento intenso en pacientes en situación terminal, como puede ser en el caso de dolor, delirium, disnea, convulsiones, hemorragias estertores y sufrimiento psicológico. La vía de elección para este tipo de sedación en el domicilio es la vía subcutánea. Esta vía está indicada cuando no se puede usar la vía oral, en la aparición de vómitos, náuseas, dolor, disfagia, agitación, obstrucción intestinal, incumplimiento terapéutico, mala absorción, grandes dosis de opioides, agonía, confusión y necesidad de sedación.

Los fármacos más empleados son el cloruro morfíco, el midazolam, la levomepromazina, el sinogan y el haloperidol. La función principal de enfermería es la monitorización del nivel de sedación según escala de Ramsay (entre otras), reconocimiento de signos de sufrimiento, administración de medicación de rescate

sedante o analgésica, y colocación de vía e infusor. Para la prevención de las UPP hay que realizar una identificación de los factores de riesgo más comunes: el estado de la piel, la movilidad y actividad del paciente y los problemas por alteración de la perfusión.

Evaluar el riesgo y la vulnerabilidad en el proceso de la prevención de heridas por presión. Para proporcionar los cuidados específicos a cada paciente necesitaremos realizar: Inspecciones de la piel: son signos indicativos de aparición de UPP el calor, eritema, edema, deterioro de la piel y la induración. Evaluar la piel a diario, en especial las prominencias óseas, uso de jabón de pH neutro, aclarar y secar la piel sin friccionar, hidratar con cremas, usar ácidos grasos hiperoxigenados solo en zonas de mayor riesgo, no usar productos con alcohol.

Controles de humedad e incontinencia: limpiar y secar la piel tan pronto como sea posible después de cada episodio de incontinencia. Hidratación mediante ingesta adecuada de líquidos.

Reducir al mínimo posible la presión: movilizar al paciente, realizar cambios posturales, protección de zonas de contacto, y uso de superficies para control de presión.

5 Discusión-Conclusión

Además de las visitas al domicilio y la realización de los pertinentes cuidados en cada una de ellas, resulta primordial para realizar una prevención en la aparición de las UPP el correcto uso de escalas de valoración (Braden, Norton) y la educación sanitaria al paciente, familiares y/o cuidadores. También es importante el estado nutricional, la humedad de la piel, la incontinencia y las enfermedades agudas o crónicas, graves o terminales.

El domicilio es el lugar idóneo para la atención, tanto por las preferencias de las personas, como por la atención centrada en el contexto afectivo y social, con una visión comunitaria. La atención primaria es responsable de los cuidados paliativos en el domicilio y debe garantizarlos cuando la complejidad no es elevada. Para ello, sus profesionales precisan una adecuada formación que permita el manejo de síntomas físicos y emocionales.

6 Bibliografía

1. Soto O,Barrios S. CARACTERIZACIÓN DE SALUD, DEPENDENCIA, INMOVILIDAD Y RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DE ENFERMOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.2012 .18 (3): 61-72.
2. Torra J, Verdú J, Sarabia R,Paras P, Soldevilla J , Garcia F. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. Gerokomos .2016.27(4).
3. Ponce J,Ponce A ,Ramos E, Velazquez A. Análisis desde la perspectiva de la seguridad del paciente en la prevención de heridas por presión en domicilio. Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia.2017. 14(1).

Capítulo 214

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ

1 Introducción

El TDAH es un trastorno con carácter neurobiológico que se origina en la infancia. Implica un patrón de déficit de atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades para controlarlos impulsos. En muchas ocasiones el TDAH se asocia con otros trastornos comórbidos.

Se encuentra ubicado en la clasificación de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (DSM IV).

Existen diversos estudios de prevalencia que hablan de un mayor número de casos de este trastorno en niños que en niñas. Pero en la práctica habitual se ha detectado una prevalencia similar, la diferencia se encuentra en la manifestación de los síntomas nucleares del trastorno: las niñas tienden a presentar mayor inatención y los niños un mayor componente de hiperactividad-impulsividad.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las causas del TDAH, así como sus signos y síntomas.
- Definir los diferentes tipos de TDAH existentes en la infancia.
- Determinar cuáles son los cuidados de enfermería más adecuados en pacientes pediátricos con TDAH.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en el periodo comprendido de octubre a diciembre de 2019.

Se ha comenzado con una búsqueda libre y desordenada, con la finalidad de buscar información general sobre el tema y que sirviesen de ayuda para concretar los objetivos de esta revisión y su posterior desarrollo. Una vez definidos los objetivos se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica rigurosa con el objetivo de conocer y profundizar en las últimas evidencias.

Se han utilizado términos Medical Subject Headings (MESH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSH), así como lenguaje libre.

-Los términos MeSH utilizados han sido: child, attention deficit disorder with hiperactivity, nursing care

-Los términos DeSH utilizados han sido: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, pediatría, enfermería.

Con el fin de obtener unos resultados de búsqueda más restringidos se han utilizado el operador booleano "AND", así como limitadores temporales de cinco años y de idioma, siendo consideradas publicaciones en inglés y español.

Una vez seleccionadas las palabras clave, se ha realizado una búsqueda en fuentes de datos primarias como revistas biomédicas principalmente de enfermería, así como libros específicos del tema.

Se recurrió a buscar en fuentes de datos secundarias como lo son las principales bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Cuiden, ScienceDirect y Lilacs; Scielo (Biblioteca Virtual). Posteriormente, se ha realizado una lectura crítica de los artículos seleccionados para obtener información útil y enfocada hacia los intereses de este trabajo.

4 Resultados

Tanto el origen como los factores específicos que contribuyen a la aparición del TDAH se desconocen a día de hoy pese a las múltiples investigaciones que se han llevado a cabo. Se piensa que no existe una causa única que provoque este trastorno, sino que surge como fruto de la interacción de varios factores durante la gestación.

- Factores genéticos. Estos factores explican los casos de TDAH en un 80%. Existe una mayor probabilidad de que aparezca el trastorno si alguno de los progeni-

tores lo presentan. El origen del TDAH se debe en una parte a modificaciones específicas de determinados cromosomas.

- Factores neuroquímicos. Existen teorías que determinan que el origen de las disfunciones que atribuyen al TDAH se debe a un fallo en el desarrollo de los circuitos cerebrales del córtex prefrontal, lo que provoca fallos en el sistema ejecutivo del cerebro y los mecanismos de inhibición y autocontrol. Estos fallos se deben a un desequilibrio de la dopamina y la adrenalina.
- Factores psicosociales. Existen estudios que sí relacionan algunos agentes externos como los contribuyentes de la aparición del TDAH durante la gestación. Estos factores pueden ser el tabaquismo y el estrés y ansiedad que sufre la madre durante el embarazo. Pese a ello no existen unas evidencias científicas concluyentes acerca de que exista una relación directa de causa efecto sobre estas variables.

Tipos de TDAH:

EL Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) publicado por la APA establece tres tipos principales de TDAH haciendo referencia a los distintos síntomas.

- Tipo desatento: El niño no es capaz de mantenerse enfocado hacia una tarea o actividad. Le resulta difícil organizar una tarea, prestar atención a los detalles, seguir instrucciones o mantener una conversación. Se distrae fácilmente y pierde sus juguetes o sus libros del colegio.
- Tipo hiperactivo-compulsivo: El niño no es capaz de permanecer quieto durante mucho tiempo, además se siente intranquilo y tiene problemas de impulsividad. La hiperactividad y la impulsividad tienden a manifestarse de manera conjunta. Estos niños tienden a correr constantemente, presentan dificultad para jugar tranquilamente o para esperar su turno e interrumpen a los demás niños cuando están hablando.
- Tipo combinado: El niño presentará por igual los síntomas de los dos tipos de TDAH anteriores.

Las conductas nombradas anteriormente pueden hacer que el niño que sufre este trastorno presente problemas tanto en el hogar como en la escuela. Como consecuencia se sentirá ansioso, inseguro y deprimido.

Signos y síntomas:

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) tiene 3 síntomas nucleares: la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad.

El perfil sintomatológico de los niños afectados varía en intensidad y en presentación. Estos síntomas se pueden manifestar con una intensidad distinta en cada paciente, y además también pueden hacerlo de forma independiente.

Además de los síntomas nucleares nombrados anteriormente, un niño que padece TDAH también puede presentar las siguientes características:

- Soñar despierto muy a menudo.
- Olvidarse o perder cosas con mucha frecuencia.
- Hablar demasiado.
- Cometer errores por descuido o tomar riesgos innecesarios.
- Presentar dificultad a la hora de resistir tentaciones.
- Presentar dificultad para esperar su turno.
- Presentar dificultad a la hora de tener relaciones con otros niños.

Diagnóstico:

No existe una única prueba que nos ayude a diagnosticar el TDAH ya que muchos otros problemas como la ansiedad, la depresión u otros tipos de trastornos del aprendizaje pueden presentar unos síntomas similares.

Los pacientes con TDAH van a mostrar un patrón constante de falta de atención o hiperactividad impulsiva que va a interferir en su desempeño y desarrollo:

- Falta de atención. Síntomas de falta de atención que se hayan presentado al menos durante 6 meses y que sean inadecuados para el nivel de desarrollo
- Hiperactividad o impulsividad. Síntomas de hiperactividad impulsiva que se hayan presentado al menos durante 6 meses hasta el punto que perturban y no son adecuados para el nivel de desarrollo del niño.

Además se deben de cumplir las siguientes condiciones:

- Que varios de los síntomas de falta de atención o hiperactividad impulsiva se presenten antes de los 12 años.
- Que varios síntomas se presenten en dos o más entornos.
- Que haya evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del desempeño social, escolar o laboral.

Comorbilidad:

El TDAH muestra una fuerte comorbilidad con la depresión. Existen diversos estudios que señalan que aproximadamente un 30% de los niños con TDAH tienen además asociado algún trastorno afectivo, como por ejemplo la depresión, el trastorno bipolar o el trastorno distímico.

No es extraño que algunos síntomas depresivos puedan pasar desapercibidos por los padres, que son conscientes de la falta de concentración y de la impulsividad del niño, pero poco conscientes acerca de los sentimientos de culpa que pueda presentar su hijo. Estos síntomas terminan por ser evidentes tras la entrevista individual realizada por el facultativo.

Los aspectos depresivos que más suelen apreciar los niños con TDAH son la falta de autoestima y de energía, problemas de sueño y un estado de ánimo irritable. Además debe ser evidente que los síntomas relacionados con la dificultad que presente el niño para concentrarse son propios tanto del TDAH como del trastorno depresivo.

Tratamiento farmacológico:

Los fármacos son una opción para ayudar a controlar mejor algunos de los problemas de comportamiento que presenta el niño con TDAH y que en el pasado le hayan causado conflictos con su familia, sus amigos y en el colegio. Se utilizan distintos tipos de fármacos para controlar este trastorno.

- Estimulantes. Son los más conocidos y los más utilizados. Uno de ellos es el Metilfenidato (MPH), ya que mejora tanto la hiperactividad como la falta de atención. Este fármaco se encarga de aumentar los niveles de dopamina en el cerebro, un neurotransmisor que debido a su desequilibrio puede producir el TDAH.
- No estimulantes. Parecen presentar menos efectos secundarios que los fármacos estimulantes y su efecto puede durar hasta 24 horas. Un fármaco no estimulante sería la Atomoxetina que puede administrarse una sola vez al día. Puede mejorar la ansiedad y no empeora los tics.

Tratamiento no farmacológico: Terapia conductual.

Las investigaciones han demostrado que la terapia conductual juega un papel muy importante en el tratamiento de los niños con TDAH. Puede ayudar a minimizar no sólo los síntomas, sino que también las relaciones con su familia o con otros niños. Se recomienda llevar a cabo esta terapia en cuanto se haga el diagnóstico del TDAH.

- Crear una rutina. Apegarse a un mismo horario de actividades todos los días.
- Organizarse. Colocar la mochila del colegio, la ropa y los juguetes en el mismo sitio todos los días para evitar que el niño se olvide o los pierda.
- Evitar las distracciones. Apagar objetos que puedan distraer al niño mientras hace las tareas, como el ordenador o la televisión.
- Limitar las opciones. Dar a escoger al niño entre dos cosas para que no se siente abrumado o sobreestimulado.
- Cambiar la forma de interactuar con el niño. En lugar de darle explicaciones demasiado largas, ofrecerle instrucciones claras y breves para que pueda recordar bien cuáles son sus responsabilidades.
- Poner metas y premiar. Elaborar una tabla con una lista de las metas y llevar a cabo un seguimiento a las buenas conductas premiándolas.

- Ejercer una disciplina eficaz. En lugar de gritos, castigar al niño sin poder hacer nada de lo que le divierta o quitarle permisos como consecuencia de las malas conductas.
- Ayudar al niño a descubrir sus talentos. Descubrir habilidades con él fomentará sus destrezas sociales y su autoestima.

5 Discusión-Conclusión

- A día de hoy se desconocen cuáles son los factores específicos que contribuyen a la aparición del TDAH.
- Existen tres tipos principales de TDAH según los síntomas: tipo desatento, tipo hiperactivo-compulsivo y tipo combinado.
- Los tres síntomas nucleares del TDAH son: la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad.
- La falta de atención o hiperactividad y la impulsividad van a interferir en el desempeño y el desarrollo del niño con TDAH.
- Un importante porcentaje de los niños con TDAH tienen asociado algún tipo de trastorno afectivo.
- Puede emplearse tratamiento farmacológico para ayudar a controlar los problemas de comportamiento en el niño con TDAH.
- La terapia conducta juega un importante papel en el tratamiento del TDAH, tanto como para minimizar los síntomas como para mejorar las relaciones familiares y con otros niños.

6 Bibliografía

1. Leahy LG. Diagnosis and treatment of ADHD in children vs adults: What nurses should know. Arch Psychiatr Nurs.[Internet] 2018 [citado 21 Dic 2019] ;32(6):890-895.
2. Antai-Otong D, Zimmerman M. Treatment Approaches to Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Nurs Clin North Am. [Internet] 2016 [citado 12 Dic 2019] ;51(2):199-211.
3. McCoy K, Pancione K, Hammonds LS, Costa CB. Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care. Nurs Clin North Am.[Internet] 2019 ;54(4):517-532. Disponible en: Nurs Clin North Am. 2019 Dec;54(4):517-532.
4. Martínez-Núñez B, Quintero J. Update the Multimodal Treatment of ADHD (MTA): twenty years of lessons. Actas Esp Psiquiatr. [Internet] 2019 ;47(1):16-22.
5. Comunidad TDAH [internet] Edición nº38, Madrid: Sanitaria 2000; 2016.

6. Instituto Nacional de Salud Mental [internet] Estados Unidos: NIMH; 2009.

Capítulo 215

ÚLCERA VENOSA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

VERONICA ALVAREZ ESPINETE

1 Introducción

La úlcera vascular se define como una lesión elemental con pérdida de sustancia cutánea, producida por alteraciones en la circulación, ya sea venosa o arterial, que afecta a las extremidades inferiores y que habitualmente se localiza en el tercio distal de la pierna. La causa de las úlceras vasculares venosas es una insuficiencia venosa debido a un daño en las válvulas de las venas grandes. Las úlceras vasculares venosas pueden ser indoloras, aunque algunas son muy dolorosas.

2 Objetivos

- Conocer a través de un caso clínico el abordaje en la consulta enfermería de atención primaria de un paciente con una úlcera venosa.

3 Caso clínico

Varón de 75 años que acude al centro de salud para realizar cura de úlcera en pierna derecha de 10 meses de evolución tras traumatismo accidental en su domicilio.

Antecedentes personales:

Hipertensión arterial en tratamiento con enalapril de 5mg , con cifras tensionales controladas, en torno a 135/75 mmHg; dislipemia en tratamiento con atorvastatina 10 mg, insuficiencia venosa crónica que hace 5 años se complicó con

una úlcera en miembro inferior izquierdo, que tras 15 meses de curas diarias en su centro de salud se resolvió.

Anamnesis enfermera:

Acude a consulta de enfermería para seguimiento y cura de úlcera en miembro inferior derecho de 10 meses de evolución. Tras la exploración de la lesión, se observa lecho fibrinoso, que presenta aproximadamente un 60% de tejido de granulación y descamación en zona perilesional. Se realiza control cardiometabólico y la medición de índice tobillo / brazo dando como resultado 0,9.

Intervenciones:

Posteriormente se procede a limpieza de la lesión, aplicando fomentos con pron-tosan. Una vez limpia la úlcera, se aplica apósitos absorbentes de alginato cálcico y en la piel perilesional emulsiones cutáneas hidratantes. El tratamiento se completa con un vendaje compresivo adecuado.

4 Resultados

En la tercera visita, tras 6 días con terapia compresiva, la paciente presenta una reducción del edema, piel perilesional sin lesiones añadidas y tejido de granulación en buenas condiciones, por lo que se decide continuar con el mismo tratamiento. Se le indica la importancia de seguir acudiendo a consulta, explicándole la evolución de las heridas y que dependiendo de la fase en la que se encuentre, precisará de un tipo de tratamiento u otro.

5 Discusión-Conclusión

El equipo enfermero realizará curas cada 24-48 horas. Se le explica a la paciente los signos de alarma y de mala evolución del cuadro, para que asista a la consulta lo antes posible en cuanto los detecte. Es muy importante insistir en las medidas higiénico-dietéticas saludables, y por ello se insiste en las medidas posturales, hacer reposo varias horas al día con los miembros elevados, dar paseos diarios y evitar estar demasiado tiempo de pie sin moverse.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/>
- <https://www.bbraun.es/>
- <http://www.hca.es>

Capítulo 216

CITOLOGÍA VAGINAL

NOEMI GARCIA SANCHEZ

NURIA IZQUIERDO MORENO

1 Introducción

La citología vaginal, también conocida como prueba de Papanicolau, es una técnica que se realiza mediante la toma de muestras de células del endocérvix y exocérvix. Su objetivo principal es el diagnóstico de infección, inflamación o incluso como screening del cáncer de cérvix.

2 Objetivos

- Resaltar la importancia de los programas de screening y prevención del cáncer, siendo uno de ellos la citología vaginal.
- Concienciar a la población de llevar a cabo estos controles periódicos con el fin de detectar a tiempo diversa afecciones de manera que puedan tener un mejor pronóstico.

3 Metodología

La prueba será realizada por una enfermera/matrona o ginecólogo. Se deben tener en cuenta varias consideraciones como son las siguientes:

- Realizar la técnica preferiblemente en fase intermenstrual.
- La paciente no debe haber utilizado jabones, cremas o medicamentos vía vaginal durante cuarenta y ocho horas antes.

- Tampoco debe haber mantenido relaciones sexuales durante cuarenta y ocho horas antes.

El material necesario para la realización de la prueba es el siguiente:

- Especulo vaginal desechable.
- Guantes estériles.
- Laminillas portaobjetos.
- Cepillo colector endocervical.
- Fijador en aerosol.
- Espátula de Ayre o abatelenguas.

- Realizamos el procedimiento de la siguiente manera: Informamos a la paciente sobre lo que se va a realizar y por qué se va a llevar a cabo, solicitamos su consentimiento.

- Preparamos el equipo necesario para realizar la técnica. Rotulamos la lámina portaobjetos para identificar al paciente.

- Colocar a la mujer en posición ginecológica.

- Nos ponemos los guantes e inspeccionamos el área perineal, valorando si existe alguna zona de color diferente, si hay algún bulto, alguna secreción o sangrado.

- Introducir espéculo en la vagina y prestar especial atención a la zona de unión de exocérvis y endocérvis, la zona de transformación, ya que es donde más a menudo se origina el cáncer de cuello uterino por lo que debe ser el sitio para tomar una muestra.

- Para la citología cervical, se realiza una doble toma, una de ellas se realiza del canal endocervical mediante el cepillo colector, realizando un movimiento de rotación en sentido contrario a las manecillas del reloj. Seguidamente se extiende la muestra en el portaobjetos, realizando un movimiento horizontal y girando levemente hacia la izquierda.

- Para la siguiente muestra, se realiza del exocérvis, mediante la espátula de Ayre, apoyándola en el cuello se realiza un movimiento de arrastre hacia el sentido de las agujas del reloj. Esta muestra se coloca al lado de la anterior y con el mismo sentido.

- Se retira el especulo de la paciente y se procede a la fijación de la muestra mediante el fijador en aerosol, y dejar secar al aire.

La periodicidad para realizarse la prueba será cada 3 años, en aquellas mujeres que tengan dos citologías previas anuales con resultado negativo. La edad recomendada para realizarse la prueba inicialmente es a partir de los 18 años y tras los 65-70 años, si las tres últimas citologías fueron negativas, podrían dejar de

realizársela.

4 Bibliografía

1. Ramírez Heredia, Jorge; Rojas Cañamar, Manuel. Valor de la citología cervicovaginal en cáncer cervicouterino. Rev. Inst. Nac. Cancerol. (Méx.);38(4):1691-3, oct.-dic. 1992. Tab.
2. Curiel Valdes, Jose de Jesús. Citología vaginal: la importancia de la zona de transformación y cómo obtener una muestra adecuada. Gac Med Mex Vol. 138 No. 3, 2002.

Capítulo 217

ÚLCERAS POR PRESIÓN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. REVISIÓN LITERARIA.

PATRICIA MACÍAS MARTÍNEZ

ALBA LLUNA GONZÁLEZ

MARTA CUETO TAMARGO

SOFIA FERNANDEZ DE ALMEIDA

1 Introducción

Las Úlceras por Presión (UPP) son un problema habitual en el ámbito sanitario(1,2). En los últimos años su prevalencia ha aumentado, suponiendo un aumento en el gasto sanitario (3,4,5,6).

2 Objetivos

- Analizar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados y apósitos en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- Identificar las características y propiedades de los ácidos grasos hiperoxigenados y apósitos utilizados en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión teórica en diferentes bases de datos (Pubmed, Scielo, Cuiden Plus, Cinhal, Cochrane Plus y Dialnet). Además de las bases de datos nombradas anteriormente se consultó la biblioteca Alambra de la web GNEAUPP.

4 Resultados

Los resultados analizados indican una buena eficacia en la prevención por parte de los Ácidos Grasos Hiperóxigenados (AGHO). Los apósitos pueden ser una buena medida de prevención y tratamiento respecto a la cura tradicional. De forma general se indica una buena relación beneficio-coste en los dos materiales analizados.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos nos dieron datos positivos en la prevalencia de aparición de UPP, así como en la relación beneficio-coste; sin embargo vemos necesario más estudios que comparen los AGHO y apósitos e indiquen las situaciones en las que son más idóneos así como su incorporación a guías y protocolos.

6 Bibliografía

1. Rubio PL. El Estado Nutricional como Factor de Riesgo en el desarrollo de las Úlceras por Presión en personas mayores atendidas en la comunidad. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante; 2015.
2. Pancorbo PL, García FP, Torra JE, Verdú J, Soldevilla JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4): 162-70.
3. García FP. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Revisión sistemática con meta-análisis. Tesis doctoral. Jaén: Universidad de Jaén; 2011.
4. Verdú J. Epidemiología, prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante; 2005.
5. Soldevilla JJ. Las úlceras por presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Tesis doctoral. Santiago de Compostela; Universidad de Santiago; 2007.

6. Pancorbo Hidalgo P, García Fernández F, Torra i Bou J, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda J. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4. ° Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4):162-70.

Capítulo 218

CON LA LLEGADA DEL MAL TIEMPO A PROPÓSITO DE LA BRONQUIOLITIS

ANA BELÉN DELGADO SIERRA

SANTIAGO PIEDRA VELASCO

1 Introducción

Se define la bronquiolitis como el primer episodio de sibilancias en un lactante menos 12 meses. Es una infección aguda e infecciosa de las vías respiratorias inferiores cuyo resultado es una obstrucción de las vías aéreas más pequeñas (bronquiolos).

En 1993 Mc Connachie definió unos criterios clínicos para la bronquiolitis :

- Primer episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 24 meses
- Disnea espiratoria
- Existencia pródomos catarrales.

Etiología:

Generalmente es vírica producido por el Virus Respiratorio Sincitial (RSV) y en menor medida por otros agentes patógenos: Adenovirus, Influenza, Parainfluenza .

Epidemiología:

Afecta en niños menores de 2 años con una mayor prevalencia en niños de 3-6 meses. Es más frecuente en los meses de Noviembre a Marzo.

Mecanismo de transmisión:

Gotitas de flugge y superficies contaminadas .

Signos y síntomas:

El cuadro se desarrolla durante 5-7 días, al principio aparecen síntomas de vías respiratorias altas tales como: rinitis, tos, estornudos, después a los 2-3 días aparece disnea, retracciones intercostales taquipnea y posteriormente mejora a los 5-7 días. La duración media de la bronquiolitis alrededor 12 días.

Diagnóstico:

Se sospecha por la amnesis. Exploración física: taquipnea, aleteo nasal ,tiraje sub-costal e intercostal, roncus, sibilancias,

Radiografía. No hay evidencia para hacerla de forma rutinaria, puede ser útil cuando el niño no evoluciona según lo previsto o para descartar posible Neumonía. La radiografía suele ser normal, no existe un patrón típico radiológico para la bronquiolitis. Saturación oxígeno, es un método útil y sencillo.

Tratamiento:

Dependerá de la gravedad y se basa en medidas de soporte.

Adrenalina nebulizada (En servicio de Urgencias)

Solución hipertónica al 3%

Oxígeno, no se recomienda utilizar oxígeno en niños con saturación mayor 90%

Broncodilatadores.

Medidas de soporte:

- Hidratación adecuada por vía oral , ofrecer líquidos en tomas pequeñas y frecuentes, lavados nasales con suero salino (antes de las tomas y después de dormir).
- Antitérmicos si fiebre.
- Posición semi- incorporada para dormir.
- Ambiente sin humos, informar a la familia lo perjudicial que es exponer su hijo al humo del tabaco.
- Lavado frecuente de manos.
- Evitar ir a la guardería hasta la desaparición de síntomas.
- Temperatura ambiental no superior a 20 grados.

Diagnóstico diferencial:

Se debe realizar diagnóstico diferencial tal como Neumonía, Tosferina, Lanrigitis.

2 Objetivos

- Proporcionar y actualizar conocimientos necesarios por parte del personal de enfermería acerca de la bronquiolitis, tan frecuente en la edad pediátrica.
- Dar consejos a la familia en cuanto al tratamiento de soporte.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realiza revisión bibliográfica con evidencia científica tales como Scielo, Medlineplus y buscadores como Google Académico. Se utiliza palabras claves: disnea, sibilancias, pediatría, cuidados.

4 Resultados

Los diagnósticos Nanda más utilizado en la bronquiolitis:

- 00032 Patrón respiratorio ineficaz.
- 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- 0030 Deterioro del intercambio gaseoso.

5 Discusión-Conclusión

- La bronquiolitis afecta a niños menores de 2 años .
- La bronquiolitis es de gran importancia en pediatría por su incidencia .
- El virus causante más frecuente: virus sincitial respiratorio.
- El pico más alto es noviembre a marzo.
- Importante diagnóstico diferencial de la bronquiolitis :Neumonía, Laringitis, Tosferina.

6 Bibliografía

1. www.msd.manuals.com
2. www.aeped.es
3. www.pediatriaintegral.es
4. www.neumologia-pediatrica
5. www.cfnavarra.es.

Capítulo 219

LACTANCIA MATERNA & LACTANCIA ARTIFICIAL

MARÍA GARCÍA PELÁEZ

CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

Ambos métodos (lactancia materna y lactancia artificial) tienen sus ventajas e inconvenientes. Al niño le resulta más fácil digerir la lactancia materna. La lactancia artificial permite que tanto el padre como la madre puedan alimentar al bebé y el estado de salud de la madre no afecta a la alimentación. Una correcta alimentación es fundamental para el desarrollo físico, psíquico y social durante el periodo de la infancia. Las necesidades hídricas y calóricas van a ir variando en función de la edad.

2 Objetivos

- Identificar las diferencias entre la lactancia materna y la artificial y analizar los principales beneficios para el recién nacido y la madre.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica se realiza una revisión sistemática de bibliografía existente en lactancia materna y artificial en las principales bases de datos: Google Académico y pubmed, y revistas de lactancia en el recién nacido,

utilizando palabras clave: lactancia, lactancia materna exclusiva, lactancia artificial.

4 Resultados

La lactancia es la forma de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amantar siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su entorno y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. La lactancia materna aporta numerosos beneficios tanto al niño como a la madre.

Beneficios para el bebé.

- Entre ellos destaca la protección frente a infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países de desarrollo sino también en los industrializados
- El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de infecciones como las respiratorias, enterocolitis necrotizante, sepsis neonatal displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, obesidad, síndrome de muerte súbita del lactante y reduce la mortalidad neonatal.

La lactancia materna puede ser emocionalmente muy gratificante para la madre y su hijo

Beneficios para la madre.

- Disminuye el riesgo de hemorragias postparto y puerperio
- Recuperación de peso previo a la gestación
- Mejora la autoestima y la recuperación psicológica de la madre
- Menor riesgo de cáncer de mama y ovario
- Más económica y ecológica
- Más cómoda e higiénicas
- Favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo

Composición de la leche materna:

Al nacimiento, la leche existente se denomina calostro y contiene más proteínas e inmunoglobulinas (Ig A), minerales, vitaminas A, K y B12, que la leche madura. Tiene a su vez menos grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles. Aporta protección inmunológica al recién nacido, además de gran cantidad de calorías en pequeño volumen, adaptándose a una capacidad muy limitada del estómago del neonato. El calostro está presente los primeros 4 días del bebe, tras este periodo se dispone

la leche de transición que perdura hasta los 15 días, apareciendo posteriormente la leche llamada leche madura.

Calostro/leche de transición/leche madura.

Hidratos de carbono

Proteínas

Grasas

Minerales

Aspecto Amarillento Blanco Blanco ligeramente azulado

Cantidad 2-20 ml / día 100ml/ día 500ml/día (variable)

Contraindicaciones de la lactancia materna:

- Expreso deseo materno de no lactar.
- Enfermedad materna por virus de la inmunodeficiencia humana(VIH en países desarrollados y virus de la leucemia humana de células T (VHLT).
- Madres dependientes de drogas de abuso.
- Galactosemia clásica del lactante.

No está contraindicada la lactancia materna en mujeres con hepatitis A,B ó C, tuberculosis o citomegalovirus

Existen situaciones temporales en las que se podría buscar una alternativa, como en el caso de herpes simple o varicela con lesiones en el pecho, brucelosis materna hasta 72 horas después de iniciar tratamiento o lesiones de sífilis en el pecho hasta que se trate y desaparezcan.

Los fármacos contraindicados

- Antineoplásicos.
- Fenitoina.
- Amiodarona (por el yodo).
- Bromocriptina.
- Carbegolina.
- Afetaminas.
- Yoduros.
- Metamizo.

Extracción y conservación de la leche materna:

Existen circunstancias temporales que o definitivas que obligan a la madre a extraerse la leche. La extracción se puede llevar a cabo con sacaleches eléctrico o mecánico, o bien manualmente con la técnica de Marmet.

Las normas para una adecuada extracción son:

- Lavado de manos con agua y jabón.
- Ducha diaria para higiene de pecho, no es necesario lavado específico previo a la extracción.
- Se debe refrigerar nada más extraer, evitando colocarla en la puerta de la nevera, para mantener la temperatura estable. Se puede mezclar con el resto de la extraída a lo largo del día, pero no se debe mezclar la fresca con otra congelada, para que ambas tengan la misma temperatura
- Al niño se ofrece primero la fresca, después la refrigerada y por último la congelada. Se debe remover antes bien para mezclar la grasa con lactosuero.
- La lipasa que contiene puede dar mal olor y sabor, se evita refrigerándola rápidamente tras la extracción y descongelándolas rápidamente al “baño María”.

Principales problemas que surgen con la lactancia materna:

- Grietas en el pezón: las glándulas de Montgomery producen una secreción sebácea que limpia y lubrica la areola y el pezón. La causa principal de aparición de grietas es la mala posición del bebé durante la toma. Las grietas pueden ser unilaterales o bilaterales. El dolor es máximo al inicio de la toma, disminuye posteriormente y desaparece cuando el bebé suelta el pecho.
- Ingurgitación mamaria: el pecho está repleto de leche como de líquido tisular, comprometiendo el drenaje venoso y linfático, con lo que el flujo de leche se encuentra obstaculizando aumentando la presión en los conductos lácteos y los alvéolos. El pecho aparece agrandado, hinchado y edematoso con el pezón aplanado y estirado. Puede aparecer fiebre, que se resuelve en 24 horas. Es útil aplicar calor antes de las tomas para favorecer la vasodilatación y extracción de leche, así como frío tras la toma para reducir el edema.
- Mastitis: afección inflamatoria del pecho, que puede acompañarse o no de infección. Las dos principales causas de mastitis son la estasis de leche y la infección. Los principales gérmenes implicados son el staphylococcus aureus, Escherichia coli y Streptococcus. El tratamiento debe iniciarse en las primeras 24 horas y consiste en la administración de antibiótico y antiinflamatorios. No está indicada la supresión de la lactancia materna
- Candidiasis: infección por cándida en el pezón y seno y consecuentemente también en la boca del recién nacido. Se diagnostica por clínica de dolor intenso al final de la toma o tras la misma, a veces aparece muguet bucal en el bebé. El tratamiento debe ser simultáneo de madre-hijo aunque solo uno de ellos presente los síntomas.

Lactancia artificial:

Para la alimentación con lactancia artificial, se utilizan leches adaptadas a partir de leche de vaca, que se intentan asemejar lo más posible a la leche humana.

Hay dos tipos de fórmulas:

- Leches de inicio: se administran hasta los 4-6 primeros meses de vida. Contienen un 30-35% de hidratos de carbono (lactosa) un 50-55% de grasas y un 5-10% de proteínas.
- Leches de continuación: indicadas a partir de los 4-6 meses. Tienen más hidratos de carbono (además de lactosa, almidón y maltodextranos) y más proteínas, Ca, Fe, Cl, K, Na.

El biberón ha de prepararse en unas condiciones higiénicas idóneas. En España, los organismos sobre alimentación afirman que no es necesaria la esterilización de los biberones y de las tetinas, con excepciones si lo indica alguna recomendación médica. En el mercado, los biberones existentes están homologados, por lo que no importa el material del que estén hechos, el vidrio es más fácil de limpiar.

- El tipo de tetina, tanto redonda como plana, es indiferente según las recomendaciones. debe ser anatómica y tener un orificio adecuado para facilitar la salida de la leche

- El agua puede calentarse en el calienta biberones o al baño María. Preparar el biberón cuando el agua este tibia

- Para la reconstitución de la leche, se añade un cacito raso de fórmula por cada 30 cc de agua. Se añade primero el agua caliente y después la leche en polvo y después agitar suavemente hasta que no queden grumos para evitar obstrucciones en la tetina. Se debe respetar estrictamente esta proporción para no provocar alteraciones hidroelectrolíticas en el lactante.

- Comprobar la temperatura del biberón antes de administrarlo, vertiendo unas gotas de leche en el dorso de la muñeca.

- El niño debe estar sentado en el regazo del adulto en posición semiincorporada, durante la toma es importante ver que la tetina está llena de leche, para evitar que el niño degluta aire. Deben realizarse pausas para facilitar que el bebé expulse los gases.

- El cacito medidor debe guardarse en un lugar adecuado para evitar su contaminación. Los envases deben desecharse en el plazo de un mes desde su apertura, por el riesgo de contaminación

- La cantidad y número de tomas variará de un niño a otro según su demanda e indicaciones del profesional sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos permiten identificar las diferencias entre la lactancia materna y la lactancia artificial, llegando a la conclusión que la lactancia materna es más beneficiosa tanto para la madre como para el recién nacido.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Pediatría| Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es2020 [cited 4 January 2020].
2. Sociedad Española de Neonatología [Internet]. Seneo.es 2020[cited 3 January 2020].
3. Sociedad Española De Nutrición Comunitaria [Internet]. Nutricioncomunitaria.org.2020 [cited 4 January 2020].
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Who.int.2020 [cited 4 January 2020].
5. Inicio- Guías Salud [Internet]. Guía Salud.2020 [cited 4 January 2020].
6. [Internet].2020 [cited 4 January 2020].

Capítulo 220

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

MARÍA GARCÍA PELÁEZ

CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión de enfermedad sexual (ETS), también llamadas enfermedades venéreas, son infecciones contraídas principalmente por el contacto sexual. Los microorganismos responsables de la enfermedad se transmiten por contacto íntimo (especialmente por el contacto oral, genital o anal) con una persona portadora de la infección. La incidencia de las enfermedades de transmisión sexual está aumentando en todos los países.

2 Objetivos

- Identificar los distintos tipos de ETS, sus síntomas así como los distintos tipos de tratamiento.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica consultamos distintos tipos de bases de datos científicos como MedLinePlus y revistas de ginecología. Se utilizaron las palabras clave: "enfermedades transmisión sexual", "sexo sin protección", "enfermedades ginecológicas".

4 Resultados

Las principales manifestaciones clínicas son secreciones y molestias genitales, prurito o molestias miccionales, y lesiones genitales como úlceras, ampollas, verrugas, etc. Muchas cursan de manera asintomática o con síntomas poco específicos y algunas pueden dar clínica importante cuando se encuentran en estadios avanzados, originando otra patología, como el virus del papiloma humano (VPH), que puede originar cáncer de cérvix.

No podemos eliminar todos los microorganismos responsables de ETS, pero si podemos evitarlos. Los microorganismos que producen ETS pueden ser transmitidos por contacto genital directo con la vagina, la vulva, la boca o el ano, o por los microorganismos infecciosos presentes en el semen o la saliva que entra en contacto con la humedad de la membrana mucosa de estas partes del cuerpo femenino.

Para evitar las ETS lo importante es la prevención:

- Prevención Primaria: educación sexual, uso de preservativos masculino y femenino o programas de vacunación específicos contra VHB y VPH.
- Prevención Secundaria: diagnóstico precoz mediante la realización de citologías cervicales.
- Prevención Terciaria: los servicios de salud disponen de centros específicos de ETS en las principales ciudades, donde se lleva a cabo un diagnóstico correcto y precoz, así como medidas de vigilancia epidemiológica.

1. Chlamydia:

Es la ETS bacteriana más prevalente, causada por una bacteria gram negativa, la Chlamydia Trachomatis. Afecta principalmente a jóvenes menores de 25 años, entre el 15-30% de los casos son mujeres menores de 20 años, siendo muy frecuentemente asintomática. Otras veces origina sintomatología clínica derivada de una cervicitis, uretritis y de la afección de la mucosa rectal y de la faringe, apareciendo flujo vaginal anormal, sangrados fuera de la menstruación y disuria. Puede derivar en salpingitis y en endometritis, y originar una enfermedad Inflamatoria pélvica. Sus consecuencias serían embarazos ectópicos y esterilidad.

La transmisión vertical de una mujer embarazada al feto, puede causarle conjuntivitis y neumonía si se infecta en el parto.

El linfogranuloma venéreo es una ETS causada por tres tipos de Chlamydia trachomatis, la L1, L2 y L3. Es más frecuente en hombres y en prácticas sexuales anales.

Los síntomas son:

- Aparición de una úlcera que puede pasar desapercibida.

- Inflamaciones, bubones que se ulceran y fistulan en ganglios linfáticos genitales y pélvicos. Estas lesiones pueden cronificarse.
- Proctitis a nivel del recto en hombres, con secreción mucopurulenta, tenesmo y estenosis con estreñimiento.

El tratamiento en ambos casos es con doxiciclina o azitromicina, también para las parejas de los últimos 60 días.

2. Candidiasis:

Es causada por un hongo llamado *Cándida Albicans*, presente en la flora vaginal normal. La candidiasis se produce cuando hay desequilibrio en la flora. La clínica incluye prurito vulvar, flujo de color blanco espeso con grumos, como leche cortada o yogur, disuria y dispareunia. La madre infectada de candidiasis puede contaminar a su hijo durante el parto, apareciendo en el bebé en días posteriores una candidiasis oral con lesiones blanquecinas llamadas muguet. El diagnóstico es casi siempre clínico ya que la sintomatología es muy característica, o se realiza por examen fresco mediante visualización de pseudohifas o por cultivo. El tratamiento se lleva a cabo con antifúngicos orales y locales, tanto óvulos vaginales como en pomadas. Además se aconseja medidas higiénicas como el uso de ropa interior de algodón, evitar la humedad y la ropa muy ajustada.

3. Gonorrea:

Infección causada por *Neisseria Gonorrhoeae*. Un hecho importante de esta ETS es que suele asociarse a infección genital alta. En varones puede producir epididimitis y uretritis, siendo menos frecuente la afectación rectal y la faríngea. En mujeres origina cervicitis, que cursa con una mucosidad de aspecto purulento y color amarillo-verdoso. En un 60% de los casos es asintomática, aunque de aparecer clínica suele ser edema de vulva con flujo purulento, vaginitis con leucorrea purulenta, dolor abdominal y adenopatías inguinales dolorosas a la presión. Puede llegar a producir infertilidad por oclusión tubárica bilateral. Durante el parto, las madres infectadas pueden transmitir la infección al recién nacido, produciendo oftalmia gonocócica, una conjuntivitis purulenta que puede ocasionar ceguera. El tratamiento se lleva a cabo con ceftriaxona en monodosis y doxiciclina si se asocia chlamydia.

4. Herpes genital:

Viriasis originada por el VHS tipo 2 en un 80% de los casos, aunque también VHS tipo 1. El VHS tipo 1 es responsable de las infecciones peribucales y orales, mientras que el VHS tipo 2 de las genitales. Penetra en mucosa hasta los ganglios y raíces nerviosas, donde permanece latente.

- Herpes genital primario (7 – 14 días): aparecen vesículas que progresan a úlceras superficiales rodeadas de halo eritematoso que finaliza con costras (glande, pene, vulva, vagina, periné o nalgas) dolorosas y con sensación de quemazón. También puede afectar faringe o recto, y curan en 10- 12 días. Además aparece malestar general, fiebre e inflamación de los ganglios linfáticos locales.
- Herpes recurrente: los síntomas son menos llamativos. Ocurren de 4- 8 veces al año, precedidos de picor o quemazón y duran unos 7- 10 días. Se reactiva con episodios de fiebre, exposición solar, agotamiento o embarazo.

5. Sífilis:

También denominada Lúes. Esta causada por la bacteria tipo espiroqueta *Treponema Pallidum*. La enfermedad sin tratamiento tiene tres estadios:

- Sífilis Primaria: aparece una lesión ulcerosa en el punto de inoculación llamada chancro. Se acompaña de adenopatía inguinal indolora. Se cura espontáneamente en 4 a 6 semanas.
- Sífilis Secundaria: entre 6 semanas y 6 meses tras la primoinfección. Si no ha habido tratamiento, aparece una erupción maculosa llamada roséola sifilítica por todo el cuerpo, palmas de manos y pies. Aparecen adenopatías generalizadas, condilomas planos, exantema, malestar general y alopecias sifilíticas.
- Sífilis Tardía: hasta 2- 10 años tras la primoinfección. Aparecen formas más graves como alteraciones neurológicas, neurosífilis o sífilis cardiovascular o goma. Las embarazadas la transmiten al feto en cualquier estadio de la enfermedad originando Lúes congénito. El tratamiento se realiza con penicilina G vía parenteral.

6. Tricominiasis:

Causada por el protozoo *Trichomonas Vaginalis*. Se transmite por vía sexual y congénita en un 5 % de los casos. En un 50% de los casos es asintomática y de aparecer clínica esta incluiría leucorrea maloliente amarillo verdosa y espumosa, dolor vaginal, prurito y dispareunia. Si afecta al cérvix se produce una lesión típica llamada cérvix en fresa, porque aparece punteado de lesiones rojas que se asemejan a esta fruta. El tratamiento es metronidazol.

7. Molusco Contagiosum:

Es una infección vírica que afecta a la piel en forma de lesión semiesférica umbilicada. El tratamiento es local y consiste en la extirpación de la lesión.

8. Vaginosis bacteriana:

Es una infección vaginal muy frecuente producida por un cocobacilo llamado *Gardnerella Vaginalis*. Solo se da en mujeres activas sexualmente, aunque el des-

encadenante es un desequilibrio en la flora vaginal normal, por uso de cremas vaginales o espermicidas, cambio de pareja sexual o disminución de la actividad de los *Lactobacillus* de Doderlein. La forma clínica más frecuente es la leucorrea gris maloliente con olor a pescado, seguido de picazón, molestias al orinar y ocasionalmente dolor abdominal. El tratamiento es con metronidazol oral o tópico, ampicilina oral o tetraciclina tópica.

9. Chancroide o chancro blando:

Infección bacteriana causada por *Haemophilus Drucreyi*. La sintomatología se caracteriza por la aparición de úlceras no induradas, dolorosas, de bordes difusos y con base necrótica y secreción purulenta. Puede estar acompañada de adenopatía unilateral dolorosa. El tratamiento es con azitromicina o eritromicina.

10. Verrugas y condilomas:

Están provocados por el virus de la familia del papiloma humano (VPH) del que hay más de serotipos. Entre ellos destacan los serotipos 16, 18, 31 y 45 implicados en el 99 % de los casos de carcinoma invasor de cérvix. Son los serotipos 6 y 11 los implicados en la aparición de verrugas genitales y condilomas. Estos virus producen infecciones locales en las células del cérvix, vulva, ano, etc. En la mayoría de los casos la infección remite al cabo de dos años, aunque en algunos casos es permanente, pudiendo provocar lesiones en las células que darán lugar al cabo de años y en presencia de otros factores de riesgo, a cáncer de cérvix, vulva, pene o ano.

Se trata de la ETS más prevalente en la actualidad. El diagnóstico se realiza por visualización de las verrugas y condilomas mediante detección del ADN viral. El tratamiento es la eliminación de las lesiones por crioterapia con nitrógeno líquido siendo el más común, o por electrocoagulación o laserterapia. En la actualidad, existe vacuna para los 4 serotipos implicados en la aparición del cáncer de cérvix. Para prevenir la transmisión del VPH el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación de las niñas a los 12 años de edad.

11. Sarna o escabiosis:

Producida por un artrópodo llamado *Sarcoptes Scabiei*, produce picor de predominio nocturno, erupción cutánea, pápulas eritematosas y costras. Puede aparecer en la piel unos surcos de 1- 15 mm que se corresponden con galerías excavadas por la hembra. El tratamiento consiste en aplicación tópica de permetrina o de benzoato de bencilo.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos permiten identificar y diferenciar los distintos tipos de transmisión sexual y poder trabajar la educación para la salud para evitar este tipo de enfermedades.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud [Internet].who.int.2020 [cited 5 January 2020].
- Inicio-Guíasalud [Internet].GuíaSalud.2020[cited 5 January 2020].
- <https://www.ministeriodesaldu.go>

Capítulo 221

CURACIÓN DE UNA ÚLCERA VASCULAR CON UNA MEZCLA DE AZÚCAR, VASELINA Y POVIDONA EN GEL

ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA

JUAN ANTONIO GARCIA GETINO

1 Introducción

Las heridas crónicas constituyen uno de los problemas de salud más recurrentes en pacientes ancianos, diabéticos o con patologías vasculares. Suponen un riesgo para la salud general de los afectados, una grave causa de incapacidad y un gasto en personal y materiales sumamente elevado. El envejecimiento de la población supone el que la frecuencia de estos casos aumentará su peso en el sistema de salud y en la sociedad en general, luego se hace prioritario buscar armas con las que enfrentarse a este problema.

2 Objetivos

- Enfrentarse a una úlcera venosa de largo tiempo de evolución que no ha respondido a los tratamientos convencionales.

3 Caso clínico

El caso presentado se corresponde con una úlcera venosa en la pierna izquierda de una señora de 85 años, tras cinco años de evolución presenta gran cantidad de exudado, tejido necrótico y esfacelos, tendencia a la sobreinfección y dolor creciente, sin que ninguno de los apósitos disponibles funcione para solucionar todos los problemas expuestos. Tras una búsqueda en internet de posibles opciones de tratamiento se optó por intentar las curas con azúcar, dado el efecto bactericida, desbridante y estimulador de la cicatrización que ha demostrado en diversos experimentos a lo largo del mundo.

Primero se aplicaron tres curas diarias con azúcar granulado, con la intención de eliminar por completo la infección y el tejido desvitalizado, al final de este tratamiento, de 7 días de duración corresponde la primera fotografía, fechada el 5 de Noviembre de 2019. Posteriormente pasaron a realizarse curas diarias con una pasta de azúcar, vaselina y povidona en gel, al final de este proceso corresponde la segunda fotografía, fechada el 22 de Diciembre de 2019.

4 Resultados

La recuperación ha sido completa y en un tiempo muy razonable de apenas 9 semanas, este método de cura ha demostrado ser sumamente eficaz, y todo ello en ausencia de dolor e infecciones.

5 Discusión-Conclusión

No es posible enfrentarse a heridas pertinaces sin analizar en profundidad las características de la úlcera e investigar cualquier posible forma lógica de curación. Cualquier otro comportamiento escapa a la lógica e incluso a la ética profesional.

6 Bibliografía

1. <http://beesource.com/>
2. Molan PC, Cooper RA. Honey and sugar as a dressing for wounds and ulcers. *Trop Doct* 2000; 30:249-50.
3. Mphande ANG, Killow C, Phalira S, Wynn Jones H, Harrison WJ. Effects of honey and sugar dressings on wound healing. *J Wound Care* 2007; 16(7):317-9.

4. Rabal F, Pereira I. Açúcar no tratamento das infeccoes das feridas cirurgicas. *Rev. Paulista Med* 1982; 99:29.
5. Haddad M do C, Bruschi LC, Martins EA. The effect of sugar on the process of cicatrization of infected surgical incisions. *Rev Lat Am Enfermagem* 2000; 8(1):57-65.
6. Chirife J, Sarmo G, Herzage L. Scientific basis for uses of granulated sugar in treatment of infected wounds. *Lancet* 1982; 1(8271):560-1.
7. Meduedeft MG. Efecto fungicida de la solución de açúcar, en genol y poli-etienglicol 400 sobre *Candida albicans*. *Rev Argent Micol* 2003; 21(3):14-7.
8. Chirife, J. Et. al. In vitro study of bacterial growth inhibition in concentrated sugar solutions: Microbiological basis for the use of sugar in treating infectd wounds. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 1983; 23(5): 766-773.
9. Holanda, L. A. Et . col. Açúcar granulado no tratamento das infeccoes tegumentares, -Ceara *Med* 1984; 6(1-2): 36-42.
10. Forrest, R. Sugar in the wound. *Lancet* 1982; 10: 861.
11. Rahal, F. O. Acucar no tratamento local das infeccoes das feridas cirúrgicas *Rev. Col. Bras. Cirurg.* 1983; 10(4):135- 136.
12. Richa, R. Y col. El uso clínico del açúcar en el tratamiento de las heridas infectadas. *Rev. Med. Caja Seguro soc.* 1982;14(2):175-177.
13. Weiss,R.G. et al. Tratamento da ferida operatória infectada.; Acucar, uma nova opcao. *Rev AMRIGS* 1984; 28(4); 337-342.
14. Chiwenga S, Dowlen H, Mannion S. Audit of the use of sugar dressings for the control of wound odour at Lilongwe Central Hospital, Malawi. *Trop Doct.* 2009;39(1):20–2. 25. Autry E, Barros S, USDA Foreign Agricultural Service. Brazil sugar.
15. Knutson RA, Merbitz LA, Creekmore MA, Snipes HG. Use of sugar and povidone-iodine to enhance wound healing: five year's experience. *South Med J.* 1981;74(11):1329–35.
16. Archer HG, Barnett S, Irving S, Middleton KR, Seal DV. A controlled model of moist wound healing: comparison between semi-permeable film, antiseptics and sugar paste. *J Exp Pathol (Oxford).* 1990;71(2):155–70.
17. De Feo M, Gregorio R, Renzulli A, Ismeno G, Romano GP, Cotrufo M. Treatment of recurrent postoperative mediastinitis with granulated sugar. *J Cardio-vasc Surg (Torino)* 2000;41:715–9. [35] Fleck TM, Fleck M, Moidl R, Czerny M, Koller R, Giovanoli P, Hiesmayer MJ.
18. Toba K, Sudoh N, Nagano K, Eto M, Mizuno Y, Nakagawa H, Kawabata Y, Yamami N, Hara M, Fukushima Y, Ouchi Y. [Randomized prospective trial of gentian violet with dibutylryl cAMP and povidone-iodine with sugar as treatment

for pressure sores infected with methicillin-resistant. *Staphylococcus aureus* in elderly patients.] *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*. 1997;34(7):577–82.

19. De Feo M, Gregorio R, Renzulli A, Ismeno G, Romano GP, Cotrufo M. Treatment of recurrent postoperative mediastinitis with granulated sugar. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2000;41(5):715–9.

20. Debure A, Gachot B, Lacour B, Kreis H. Acute renal failure after use of granulated sugar in deep infected wound. *Lancet*. 1987;1(8540):1034–5. 39.

21. Nakao H, Yamazaki M, Tsuboi R, Ogawa H. Mixture of sugar and povidone-iodine stimulates wound healing by activating keratinocytes and fibroblast functions. *Arch Dermatol Res*. 2006;298(4):175–8

Capítulo 222

MONITORIZACIÓN CONTÍNUA DE LA GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

JUAN ANTONIO GARCIA GETINO

ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA

1 Introducción

El estudio sobre la etiología y la fisiopatología de la diabetes ha tenido un crecimiento importante debido a que la Diabetes Mellitus (DM) constituye un gran problema de salud en la población a nivel mundial. Una de las complicaciones más frecuentes que padecen los pacientes con DM tipo 1 son las hipoglucemias, y las consecuencias de ésta pueden ser bastante desagradables debido a que presenta una gran variedad de síntomas tanto físicos como psicológicos.

2 Objetivos

- Conocer la monitorización continua de glucosa en pacientes con diabetes mellitus tipo 1.

3 Metodología

La siguiente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo utilizando bases de datos como CINAHL, CUIDEN, Dialnet y PubMed. Como criterios de inclusión se han

utilizado artículos en inglés y en español, hombres y mujeres de cualquier rango de edad y artículos publicados desde el año 2000 en adelante.

4 Resultados

Uno de los avances en los últimos años para el control glucémico ha sido la monitorización continua de la glucosa que consiste en medir de una forma continuada la glucosa en el espacio intersticial a través de unos sensores específicos, proporcionando mediciones de la misma en 24 horas. El uso de esta monitorización estará indicada en pacientes con hipoglucemia inadvertida, nocturna o grave y en pacientes cuyo miedo a las hipoglucemias les impide optimizar un buen control metabólico.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios coinciden en que existe una mejoría del control glucémico y que se reduce el tiempo de hipoglucemia en pacientes que utilizan monitores continuos de glucosa. No existe un consenso sobre que los pacientes reduzcan el miedo a sufrir hipoglucemias, ni cómo afecta el uso de la monitorización continua en la calidad de vida de las personas con DM 1.

6 Bibliografía

- Diabetes Mellitus Mx. El miedo a la hipoglucemia significa que casi la mitad de los pacientes prefieren un alto nivel de azúcar en la sangre [Internet]. México: Diabetes Mellitus México; 2016. [Citado el 23 Octubre 2018].
- The Impact of Continuous Glucose Monitoring on Markers of Quality of Life in Adults With Type 1 Diabetes: Further Findings From the DIAMOND Randomized Clinical Trial.
- Fear of hypoglycemia: Influence on glycemic variability and self-management behavior in young adults with type 1 diabetes.

Capítulo 223

LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN SALUD MENTAL.

LAURA VALDÉS CONTRERAS

1 Introducción

El interés por la conducta social hacia las personas con enfermedades mentales y la consiguiente preocupación por sus efectos sobre estas es una constante en el marco de la atención comunitaria en salud mental. Esas actitudes son un factor de riesgo de repercusiones complejas y que constituyen una barrera para dichas personas en sus condiciones de vida y relaciones sociales.

Los trastornos graves son los que más perjudicados resultan de esta situación, encontrándose al final con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad y los relacionados con el estigma. Los primeros suelen ser episódicos o intermitentes, y paradójicamente los segundos suelen ser más permanentes y constantes. Traen como consecuencia una disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida en sociedad activa y una buena calidad de vida: relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, etc. Para solucionar este conflicto debemos proponer que la intervención social se beneficie de una base tecnológica y no solo de buenas intenciones.

2 Objetivos

- Describir las principales características y conceptos relacionados con estigmatización en salud mental.

- Conocer los efectos que provocan dichos estigmas impuestos por la sociedad.
- Averiguar el impacto que tiene la estigmatización en salud mental y cómo se podría prevenir.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud, páginas web de organismos oficiales y monografías. En la búsqueda de los documentos se ha utilizado lenguaje libre y Medical Subject Heading (MeSH): mental health, social stigma, mental health services. Combinados entre sí.

Para encontrar referencias bibliográficas que se adaptaran de forma precisa a los objetivos planteados, se combinaron las palabras clave con booleanos “AND” y “OR” en la búsqueda. Así mismo, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión transversales para todas las bases de datos y fuentes consultadas.

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados recientemente.
- Documentos que proporcionen información relevante para los objetivos planteados.
- Población adulta.

Criterios de exclusión:

- Documentos que no proporcionen información relacionada con el tema de manera específica.
- Artículos orientados a otros profesionales.
- Artículos con mucha antigüedad.

4 Resultados

Concepto de estigma.

El término estigma no se aplica solo para las personas con enfermedades mentales. Erving Goffman utiliza el término estigma para referirse a un atributo profundamente desacreditador. Dicho fenómeno guarda relación con los procesos de categorización social. Entre los componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el estigma público y el auto-estigma (que será desarrollado posteriormente) podemos encontrar:

Estereotipo:

- Estigma público: creencias negativas sobre un grupo.
- Auto-estigma: creencias negativas sobre uno mismo.

Prejuicio:

- Estigma público: conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales.
- Auto-estigma: conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales.

Discriminación:

- Estigma público: comportamiento en respuesta al prejuicio.
- Auto-estigma: comportamientos en respuesta al prejuicio.

Características generales de las actitudes hacia las personas con enfermedad mental.

Como es previsible las actitudes sociales no son iguales frente a los distintos tipos de enfermedades mentales, aunque hay una base común de rechazo, encontramos ciertos grados que irían desde los problemas de salud mental que pueden afectarnos a todos hasta los más cercanos a la imagen tradicional de locura. Esta última afectaría a los trastornos mentales graves que parecen ser la referencia que contamina las actitudes hacia el concepto enfermedad mental

En el caso de los trastornos más comunes, como la depresión y la ansiedad están siendo aceptados de manera progresiva en nuestra sociedad. Sin embargo, los trastornos mentales graves vienen asociados a conceptos como la impredecibilidad, peligrosidad, extrañeza, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de imposibilidad de curación y sentimientos de miedo, rechazo, desconfianza e incluso compasión, pero siempre manteniendo una distancia. Todo esto disminuye los contactos sociales y da lugar a un rechazo social. Las personas con enfermedad mental aparecen básicamente bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco o la maníaca homicida que hay que reducir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Las tres se caracterizan por ofrecer visiones extremas, que sitúan en todo caso a las personas afectadas fuera de lo considerado normal, pero es siempre la primera de ellas, la relacionada con la violencia, la más frecuente y la que suele destacarse por encima de todas.

En cuanto a la violencia, si utilizamos medidas epidemiológicas para evaluar dicha peligrosidad, vemos como el riesgo atribuible poblacional es muy escaso, situándose en el caso de enfermedades como la esquizofrenia con respecto a la violencia global por debajo del 5% del total. No debemos olvidar qué si hablamos de violencia, engloba tanto la violencia recibida como autolesión o suicidio, o la

violencia entendida como el daño a otros. En estos casos tiene más que ver con el primer tipo, en contra posición con lo que comúnmente se piensa.

El origen de la estigmatización de personas con enfermedad mental.

El problema del estigma proviene de la evolución social a lo largo de los siglos y su entrelazamiento con las figuras institucionales como los asilos y hospitales psiquiátricos o comúnmente denominados manicomios. En las sociedades antiguas los problemas mentales eran entendidos como posesiones demoniacas o castigos divinos. Existen numerosos estudios que muestran que la simple etiqueta de enfermo o enferma mental dispara diversos sentimientos de rechazo social y opiniones independientemente de las conductas de las personas que la llevan. Las conductas de los enfermos derivan de la sintomatología, pero también de los efectos secundarios de los fármacos y del contexto social. En muchas ocasiones el efecto secundario de los fármacos es mucho más significativo que la propia enfermedad y se asocia este efecto erróneamente como característico de determinadas enfermedades.

Aun así, el tratamiento cuando está razonablemente basado en una evidencia ayuda a los enfermos, a pesar de señalarlos ante los demás.

Existe una discriminación como consecuencia directa del estigma frente a los derechos y el acceso a los servicios como son el acceso a la vivienda, el empleo y los distintos tipos de relaciones sociales. En ocasiones también existen discriminaciones de tipo legal en el ámbito de las políticas públicas, y su reflejo en los medios de comunicación. A nivel civil derechos como la libertad en general, el voto, el matrimonio, el manejo del dinero, el cuidado de los hijos, etc.

Además, existen dificultades de atención en servicios sanitarios, educativos, de empleo, etc. De tal manera que, aunque las restricciones legales del uso de determinados servicios van disminuyendo siguen existiendo discriminaciones que tienen sus raíces en la visión antigua del Hospital Psiquiátrico para la atención de personas con este tipo de problemas.

El concepto de autoestigmatización y sus consecuencias.

Muchas personas con enfermedades mentales suelen mostrar actitudes similares a las de la población en general, asumiendo los estereotipos, la incapacidad de manejo e incurabilidad, y el aislamiento social. Puede conllevar a situaciones de gran estrés, aumentando el riesgo de recaídas e incluso la incitación al suicidio. La respuesta depende en gran medida de las variables personales, pero también del nivel de apoyo y el contexto social. Es fundamental el papel de los profesionales y familiares para potenciar este aspecto defensivo frente al estigma.

Propuestas para la lucha contra el estigma.

Existen tres estrategias básicas: protestas, educación y contacto social:

- Movilización y protesta social.

La protesta social, que ha resultado aparentemente útil en otros movimientos de lucha contra el estigma y la discriminación, parece tener claros efectos a corto plazo, disminuyendo la difusión de imágenes negativas basadas en estereotipos hacia las personas estigmatizadas. Pero no garantiza por sí sola una utilidad a largo plazo, dada su menor capacidad para promover imágenes positivas y la resistencia al cambio de los estereotipos, habiendo incluso evidencia de efectos rebote de medidas basadas exclusivamente en la protesta. Contribuye a mejorar la autopercepción y capacidad de manejo de los usuarios que participan en dichos movimientos, en la línea de la autoafirmación.

- Información y educación de la población general y sus diversos sectores.

Aunque es muy importante, no garantiza que por sí sola la educación resuelva el problema ya que no existen demasiados datos de la capacidad y efectos del cambio. Está demostrado que debemos proponer iniciativas complejas, que combinen distintos mecanismos y sean mantenidos en el tiempo. Deben poseer mensajes claros y diferenciados.

En España, la concentración de los medios se traduce a la tendencia de la homogeneidad de la información. En el ámbito de la salud con especial atención en la salud mental, es importante establecer plataformas de comunicación y participación entre el sector especializado y los medios de comunicación. De esta manera fomentaremos la reducción del estigma y el conocimiento mutuo de las necesidades de los profesionales y se desligara al máximo la información en materia de salud de las presiones e influencias.

Los medios de comunicación tienen un gran impacto en la población y en la implantación de creencias y conductas en la sociedad. Dichos medios deberán velar por el control social y nuevos modelos de comunicar la salud que permitan promover valores, actitudes y creencias saludables.

- El contacto y la interacción social.

El contacto directo es reseñable como la vía más importante para cambiar las actitudes y conductas. Es muy importante el papel de los apoyos institucionales y de los grupos afectados, que son protagonistas principales de las intervenciones de protesta citadas anteriormente, pero también de las interacciones personales para favorecer los procesos educativos y el contacto e interacción social.

5 Discusión-Conclusión

El estigma afecta a las enfermedades mentales, sobretodo en el caso de las enfermedades graves, se trata de un fenómeno universal que da lugar a diversas actitudes sociales, relacionadas con componentes cognitivos, emocionales y conductuales. En lo que respecta a las personas con trastornos mentales graves hay varios factores que pueden contribuir a su desarrollo o refuerzo como son:

- Las conductas extrañas, pueden provenir de la propia enfermedad o como hemos explicado antes propiciadas por el efecto de los fármacos. En mi rotación por el centro de salud mental he podido comprobar como muchos de los comportamientos de las personas con enfermedades mentales son debidos en gran medida a los fármacos, y como las personas modificaban su conducta en función a los distintos tratamientos que se iban ajustando, por ello pienso que sobretodo en esta área de la salud es importante que se tienda a la desmedicalización y se implanten tratamientos basados en la terapia.
- El propio diagnóstico y uso de los servicios que lo catalogan como diferente.
- Los episodios de violencia que cometen una minoría insignificante y son destacados.
- Las imágenes difundidas en los medios de comunicación, que vienen relacionadas con el apartado anterior.
- Los servicios tradicionales de salud que hemos explicado antes hospitales psiquiátricos.
- Y en ocasiones las conductas de los propios profesionales sanitarios o no sanitarios que trabajan en este sector.

Hay distintas estrategias para eliminar el estigma como son; la protesta, la educación y el contacto social, ya desarrolladas antes.

Y como en todo área hay muchos aspectos que necesitan ser investigados y explorados de manera rigurosa para completar nuestros conocimientos.

Por último, hemos podido comprobar, ciertas cosas conocidas en cuanto al estigma, pero muchas de ellas todavía las desconocemos. Es por ello que hay una gran necesidad de desarrollar investigaciones coordinadas, tanto de carácter básico como aplicado. Por un lado, para mejorar las complejidades de los procesos de la estigmatización y sus consecuencias a cerca de la sociedad individual y colectivamente, y en otro caso para medir la efectividad de las intervenciones tanto a nivel de la comunidad, como a nivel social y su correspondiente repercusión.

6 Bibliografía

- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A , Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Neuropsiq.* 2008. 28 (101); 43-83.
- Revuelta M. Salud y medios de comunicación en España. *Gaceta sanitaria.* [Internet]. 2006. 20;203-208. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/salud-medios-comunicacion-espana/articulo-resumen/S0213911106715849/>
- Feo Acevedo C, Istúriz O. Impacto de los medios de comunicación en la salud pública. *Saúde em debate.* 2013.37 (96); 84-95.
- López, M., Fernández, L., Laviana, M., Aparicio, A., Perdiguero, D., y Rodríguez, A. M. (2010). Problemas de salud mental y actitudes sociales en la ciudad de Sevilla. Resultados generales del estudio “Salud mental: imágenes y realidades”. *Revista de la AEN.* 30; 219-248.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., y Guillén, M. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.* Madrid: Editorial Complutense.

Capítulo 224

RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y OBESIDAD INFANTIL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

BEATRIZ RODRIGUEZ CASTRO

1 Introducción

Obesidad infantil y sobrepeso.

En la segunda mitad del S.XX, se produjo un desarrollo de la sociedad de consumo en la que la alimentación pasó a un segundo plano, al mismo tiempo que la sociedad española fue mejorando su situación económica y liberándose del hambre y la posguerra. A finales de siglo y en lo que llevamos de este, han aparecido problemas derivados de la mala alimentación, como el sobrepeso y la obesidad, relacionados con el mal y excesivo consumo y no con la escasez como hasta entonces.

La obesidad es un trastorno metabólico caracterizado por una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal respecto a los valores esperados en función del sexo, edad y talla. El sobrepeso consiste en un peso corporal superior al esperado respecto a las variables anteriormente citadas (sexo, edad y talla). El sobrepeso y la obesidad infantil constituyen actualmente un importante problema de salud a nivel mundial. La cifra de niños menores de cinco años que padecen sobrepeso u obesidad ha aumentado progresivamente de 32 millones en 1990 a 42 millones en 2013, y si se mantiene esta tendencia, se prevé que en 2025 llegue a los 70 millones.

España es uno de los países de la Unión Europea con mayor tasa de sobrepeso y obesidad infantil, con una prevalencia del 44.5%⁴. Estas cifras sitúan a nuestro país en los primeros puestos mundiales de obesidad, detrás de países como Estados Unidos o Gran Bretaña.

En Castilla y León estas cifras están por debajo de la media nacional, siendo un 26.43% la tasa de niños con estos problemas. Si separamos mediante sexos, las cifras son ligeramente superiores en chicos (29.16%) respecto a las chicas de su misma edad (23.19%).

La obesidad infantil provoca a corto plazo problemas respiratorios (asma, apnea del sueño), digestivos (colelitiasis), endocrinológicos (adelanto puberal), psicológicos y sociales, y complicaciones como el síndrome metabólico. A largo plazo puede conllevar enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatías), diabetes e incluso predisponer a varios tipos de cáncer. Además, cabe esperar que un lactante o niño obeso lo sea también en su adolescencia y edad adulta en un 80% de los casos, si no se produce sobre él ningún tipo de intervención⁷.

Existen determinados factores que contribuyen a agravar el problema como son: el entorno donde el niño se desarrolla; la diabetes gestacional, que puede provocar mayor peso al nacer y aumentar el riesgo de obesidad en un futuro; la falta de información sobre una alimentación saludable en lactantes y niños pequeños; pautas culturales, como que un niño gordo es un niño sano y la tendencia actual al mundo urbano y digital.

Para evitar llegar a estas situaciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en el caso de lactantes y niños pequeños una alimentación mediante Lactancia Materna. En el caso de niños en edad escolar aconseja limitar la ingesta energética procedente de grasas y azúcares, aumentar el consumo de frutas y verduras y realizar actividad física con regularidad.

La evaluación de la obesidad en niños y adolescentes es más difícil que en adultos debido a los cambios que se producen durante el crecimiento en el almacenamiento de grasa y en las relaciones de los diferentes parámetros antropométricos. Por ello, no se debe utilizar un valor absoluto para expresar los límites de normalidad, sino que deben relacionarse con las cifras de referencia para su edad, peso y talla.

Para valorar la cantidad de grasa corporal se utiliza el IMC (Índice de Masa Corporal) cuyos valores varían en función del desarrollo del tejido adiposo, el sexo

o el desarrollo puberal. La OMS considera sobrepeso al IMC igual o superior a una desviación estándar del valor de referencia, y obesidad al IMC mayor a dos desviaciones estándar. Otro indicador de obesidad infantil es la medida del pliegue cutáneo.

Existen estudios que demuestran el gran impacto económico de la obesidad sobre el gasto sanitario, teniendo en cuenta el coste directo de su tratamiento como el indirecto de sus consecuencias¹⁰. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2012 se acordó trabajar para frenar el aumento de la proporción de niños con sobrepeso, y es una de las metas mundiales sobre nutrición para 2025.

Lactancia materna.

La lactancia puede ser:

- Materna o biológica, cuando se basa en la leche humana.
- Mixta, cuando el bebé recibe simultáneamente leche de la madre y leche artificial.
- Artificial, cuando el bebé es alimentado con leches artificiales.

Existe evidencia científica que confirma los beneficios de la Lactancia Materna tanto para la madre como para el lactante, por ello es una práctica muy recomendada por las instituciones. La OMS define la Lactancia Materna exclusiva como la ingesta de leche materna, excluyendo el consumo de cualquier otro tipo de alimento. La Lactancia Materna se recomienda en la primera hora de vida del recién nacido y posteriormente la Lactancia Materna exclusiva hasta los seis meses de vida del lactante. Esta forma de alimentación es la ideal para el bebé, ya que le proporciona los nutrientes necesarios requeridos para un adecuado crecimiento y desarrollo. A partir de los seis meses este tipo de alimentación es insuficiente y debe ser complementada con alimentos hasta los dos años de vida.

Recientemente se ha publicado el I Estudio sobre Conciliación y Lactancia, en el cual el 46% de las encuestadas abandonó la Lactancia Materna antes de los seis meses y solo el 8 % cumple con los objetivos de la OMS de continuar con la Lactancia Materna hasta los dos años.

La leche materna varía en su composición de una mujer a otra, y en la misma mujer entre el inicio y el fin de la toma, la hora del día e incluso según la duración de la lactancia. Al principio de la toma, la leche es más líquida y contiene más proteínas y azúcares, en cambio al final es más espesa y contiene más grasas y vitaminas. En los 3-4 primeros días después del parto se produce el calostro, un líquido amarillento y espeso con alto contenido en proteínas y anticuerpos

beneficiosos para el bebé. Además ayuda a eliminar el meconio. Entre el 3º-4º día tiene lugar la subida de la leche, ésta contiene las proteínas necesarias para el crecimiento de músculos y piel, los azúcares que proporcionan la energía necesaria para el crecimiento, las grasas que son necesarias para el desarrollo cerebral, agua en cantidad suficiente para que el lactante no necesite un aporte extra, vitaminas y sales minerales.

Está contraindicado dar Lactancia Materna en presencia de determinadas patologías: leucemia humana de células T, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), galactosemia y fenilcetonuria. En cambio no está justificado interrumpir la lactancia por Hepatitis A, B, C; diabetes, infecciones agudas comunes, rubéola, parotiditis, salmonelosis, hipo e hipertiroidismo, implantes y pezón plano o invertido.

Los beneficios de la Lactancia Materna a corto plazo para el lactante se relacionan con una mejora de la protección inmunológica, de la función intestinal, del desarrollo del SNC y del sistema cognoscitivo, del bienestar psicológico y del establecimiento del apego con la madre. A largo plazo tiene un efecto protector sobre enfermedades cardiovasculares, obesidad, Diabetes Mellitus, enfermedades inflamatorias, alergias y probabilidad de padecer cáncer.

Para la madre también existen beneficios como la involución uterina, la pérdida de peso y la disminución del riesgo de anemia, de hipertensión y de depresión post parto. A largo plazo puede llegar a disminuir el riesgo de sufrir osteoporosis y algunos tipos de cánceres, como el de mama y el de ovario²⁰.

Los factores favorables que influyen tanto en el inicio como el mantenimiento de la Lactancia Materna son: la experiencia previa de la madre, la educación materna que esta haya recibido, la edad y la existencia de un ambiente favorable tanto a nivel hospitalario para el inicio como a nivel personal y de atención primaria para el mantenimiento.

Por el contrario, los factores desfavorables relacionados con el abandono serían: el tabaquismo; el parto mediante cesárea; la presencia de una enfermedad materna o del recién nacido, así como que éste fuera prematuro o de bajo peso al nacer; el mal asesoramiento institucional y la escasa formación de los profesionales en este tema; la incorporación de la madre al trabajo, que favorecería el inicio precoz del biberón ante la ausencia de medidas de apoyo a la lactancia en los lugares de trabajo²¹⁻²⁴; y la publicidad inapropiada de leches de fórmula²⁵.

A pesar de los beneficios demostrados y de los factores existentes a su favor, la situación actual de la Lactancia está aún demasiado influenciada por los agentes

negativos, provocando que tanto la prevalencia de la Lactancia Materna como su duración, esté en todos los países europeos muy por debajo de lo recomendado por la OMS²⁶; teniendo además un futuro poco alentador según prevén diversos estudios.

Para favorecer el apoyo y la promoción de la Lactancia Materna, las instituciones han elaborado diversos documentos, como el Código de comercialización de Sucedáneos de Leche Materna de la OMS (1981), la Declaración de Innocenti (1989), Guías Clínicas Basadas en la Evidencia para el manejo de la Lactancia Materna (1997-2004), el Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa (2004) entre otros.

Enfermería tiene un papel importantísimo en el apoyo y promoción de la Lactancia Materna, ya que es la encargada de fomentar el inicio y mantenimiento de ésta, tanto a nivel hospitalario como de centro de salud. Además de promover la creación de grupos de apoyo y talleres de Lactancia en los centros de salud; estimular y participar en el cumplimiento de la iniciativa “10 pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” en las maternidades de los hospitales; extender la iniciativa “Amigo del Niño” (cuyo propósito es que las maternidades y hospitales faciliten y promuevan la Lactancia Materna) a los centros de salud, guarderías y empresas; y participar y fomentar la formación de profesionales implicados, así como de estudiantes.

Relación entre ambas variables, justificación, actualidad y objetivos.

Hace más de 50 años, los estudios de Baker et al²⁹ demostraron que las condiciones medioambientales y nutricionales en las que se desarrollan tanto el embarazo como los primeros años de vida son especialmente importantes a la hora de establecer los parámetros metabólicos que regirán la vida adulta.

El estudio de Arenz en 2004 sirvió de punto de partida de las investigaciones que relacionaban el tipo de alimentación en los primeros meses de vida, con el sobrepeso y la obesidad infantil. El resultado reveló que, según la duración de la Lactancia Materna, se consigue reducir significativamente el riesgo de obesidad en la infancia. En la actualidad, y fruto de dicho estudio, han surgido numerosas investigaciones sobre el efecto que tiene este tipo de alimentación en la prevención de la obesidad infantil. La mayoría de ellas afirma que la Lactancia Materna parece conferir un efecto protector contra el sobrepeso y la obesidad infantil. La duración prolongada y exclusiva de la lactancia conlleva un índice de crecimiento más bajo durante el primer año de vida y posteriormente menor riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia.

Tal y como se viene diciendo, el sobrepeso y la obesidad infantil pueden ocasionar graves consecuencias a corto y a largo plazo para la salud de los niños y para la Salud Pública en general. Por otra parte, parece que una correcta práctica de la Lactancia Materna exclusiva según recomiendan las instituciones influye positivamente en la salud de los más pequeños.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la producción científica que relaciona estas variables (Lactancia Materna y Sobrepeso/Obesidad Infantil) a través de una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos.

Objetivos secundarios:

- Describir los artículos obtenidos en la búsqueda por año, revista y tipo de estudio.
- Detallar las relaciones entre Lactancia Materna y Sobrepeso/Obesidad en la población a estudio.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica avanzada entre el 13 de enero y el 22 de febrero de 2016 en diferentes bases de datos:

Web Of Knowledge (WOK)

Scopus

Pubmed

ScienceDirect

Dialnet

Para ello se utilizaron como palabras clave:

Lactancia Materna: nutrición de un lactante al mamar.

Obesidad infantil: índice de masa corporal en niños (2-12 años) y adolescentes (13-18 años) que se encuentra muy por encima del límite recomendado según edad y sexo. Para infantes de menos de dos años, la obesidad es determinada basándose en el percentil calculado del peso en relación con la talla.

Promoción de la salud: estímulo al consumidor para perfeccionar el potencial de salud (física y psicosocial), a través de información, programas de prevención, y acceso a atención médica.

Así como los mismos términos en inglés:

- Breastfeeding.
- Pediatric Obesity.
- Health Promotion.

Dichos términos fueron obtenidos a través de la página web DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), herramienta mediante la cual a partir de una palabra clave en un determinado idioma se obtiene ese mismo descriptor en el idioma deseado, con el fin de facilitar el uso de una terminología común. Las palabras clave fueron introducidas junto con el operador booleano AND, el cual hace posible la localización de los registros que contengan todos los términos de búsqueda especificados.

Los criterios de inclusión utilizados a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica fueron los siguientes:

Los artículos debían abordar la relación entre la Lactancia Materna y la Obesidad o Sobrepeso Infantil.

La población estudiada no debía exceder los 12-14 años.

La fecha de publicación estuviese comprendida entre 2009 y 2016.

El idioma utilizado fuese inglés o español.

La presencia de acceso gratuito al texto completo en la web.

Los criterios de exclusión comprendían que:

- La población del estudio de los artículos incluyese solamente individuos mayores de catorce años, ya que en estos casos no se hablaría de obesidad infantil.
- Los artículos que no abordasen de forma clara y detallada la relación entre la Lactancia Materna y el Sobrepeso o la Obesidad Infantil, es decir, aquellos artículos que solo hacen referencia a esta relación sin aportar algún tipo de evidencia.

Tras la aplicación de estos criterios se obtuvieron 295 artículos de los cuales se seleccionaron diecisiete, debido a que la mayoría no tenía acceso gratuito, muchos aparecían repetidos y otros no se ajustaban a los límites de edad propuestos.

4 Resultados

Se puede observar que en los últimos años no se han realizado numerosas investigaciones que relacionen ambas variables, aunque la tendencia en los años más recientes parece ir en aumento. Las revistas que más artículos publican sobre el efecto protector de la Lactancia Materna en la Obesidad Infantil son las rela-

cionadas con Nutrición y Pediatría, siendo los estudios de cohorte y las revisiones bibliográficas las divulgaciones más frecuentes.

Los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica muestran, por una parte, investigaciones y artículos que apoyan el efecto protector de la Lactancia Materna en la Obesidad Infantil (11 artículos de un total de 17), y por otra, algunos estudios que no encuentran asociación entre dichas variables (6 artículos).

A continuación se resumen los resultados encontrados en la búsqueda que relacionan las variables Lactancia Materna y Sobrepeso/Obesidad Infantil, ordenados cronológicamente desde el año 2009 al 2015. En 2009, Morán et al³³ en su estudio transversal retrospectivo señalan que la alimentación con Lactancia Materna exclusiva durante los seis primeros meses influye adecuadamente en la evolución del peso del bebé en su primer año, siendo menor la ganancia de peso que en aquellos alimentados con lactancia artificial o mixta.

Guijarro llevaron a cabo un estudio de cohorte retrospectivo con 126 niños con problemas de obesidad, en el cual afirman que haber recibido Lactancia Materna durante al menos tres meses conllevó un menor grado de obesidad, menor circunferencia de cintura y menos complicaciones relacionadas con el síndrome metabólico.

Sin embargo, Kwok et al³⁵ en su estudio de cohorte con 7.026 niños y una edad media de siete años, consideran que la Lactancia Materna no está asociada con la obesidad infantil, lo que sugiere que los resultados observados pueden ser debidos a un bajo nivel socioeconómico, a un estilo de vida saludable basado en ejercicio y buena alimentación que las madres transmiten a sus hijos o al tabaquismo materno; estos aspectos provocan que los niños tengan un peso más bajo y pueda ser confundido con un efecto protector de la Lactancia Materna.

En el año 2011, Mhrshahi realizó un ensayo aleatorio y controlado con 612 lactantes en el que sí observan relación entre la alimentación con leche de fórmula y el aumento de peso en los primeros meses de vida, lo que supone un incremento del riesgo de sobrealimentación para el bebé.

En 2012, Hunsberger en su estudio de cohorte longitudinal llevado a cabo con 14.726 niños entre 2-9 años, indicaron que la Lactancia Materna exclusiva entre 4-6 meses puede conferir protección contra el exceso de peso, además de otros beneficios ya conocidos, aunque no se demuestra ninguna ventaja durante más de seis meses con Lactancia Materna exclusiva o con alimentación combinada de cualquier duración.

Para Weng , que hicieron un meta análisis con 30 artículos, existen evidencias del efecto protector de la Lactancia Materna respecto al sobrepeso infantil, y afirman que un rápido aumento de peso en los primeros años de vida está relacionado con un aumento de la probabilidad de padecer sobrepeso en la infancia.

Por el contrario, en ese mismo año, Vafa en su estudio transversal con 511 niños de siete años, no encuentran estadísticamente significativa la relación entre el tipo de alimentación del bebé y el estado de peso de este.

Papatesta e Lacovidou en 2013, realizaron una revisión bibliográfica de 28 artículos y concluyeron que existían pruebas suficientes que demostraban el papel protector de la Lactancia Materna contra la obesidad infantil, afirmando además que este efecto se prolonga hasta la adolescencia e incluso la edad adulta.

En ese mismo año, Hörnell también en una revisión bibliográfica, esta vez de 60 artículos, encontraron evidencias de los beneficios que tiene la Lactancia Materna exclusiva superior a cuatro meses respecto al sobrepeso y a la obesidad infantil, debido a un aumento de peso más lento entre los 18 y los 24 meses.

Jiang y Foster en cambio, en su estudio de cohorte prospectivo con 3.271 niños entre 4 y 13 años, no encuentran significativa la relación entre la Lactancia Materna y la obesidad infantil y sugieren que es necesario seguir investigando para poder realizar cualquier recomendación de promoción de la Lactancia Materna para reducir la obesidad infantil.

En el año 2014, Yan realizó un meta-análisis con 25 estudios y encontraron que la Lactancia Materna está asociada con una reducción significativa del riesgo de obesidad en niños, por lo cual este tipo de alimentación tiene un papel protector importantísimo contra el exceso de peso en edades tempranas.

Jarpa efectuó un estudio caso-control con 209 niños, en el cual, pudieron verificar que la Lactancia Materna exclusiva en los primeros seis meses de vida actuó como factor protector contra la malnutrición por exceso en preescolares.

Zheng et al⁴⁵ llevaron a cabo un estudio de cohorte con 42.550 niños entre 4-5 años del sudeste de China y obtuvieron que una mayor duración del período de Lactancia Materna exclusiva está asociado con un menor riesgo de desarrollo de sobrepeso infantil.

Marseglia en ese mismo año publicaron una revisión bibliográfica en la que la Lactancia Materna tendría un posible factor protector sobre la obesidad infantil, además de que una mayor duración de la lactancia, estaría probablemente asoci-

ada con un menor desarrollo de ésta situación. Pero consideran que los resultados son aún controvertidos y es necesario seguir investigando.

Más recientemente, en el año 2015, Aguilar realizó una revisión sistemática de 113 artículos, en la cual encontraron una relación causal entre la Lactancia Materna y la prevención de la obesidad infantil; los máximos beneficios de la Lactancia se obtienen cuando su duración se alarga entre los seis meses y los dos años, acompañándose de otros alimentos.

Van der Willik lleva a cabo un estudio de cohorte con 3.387 niños entre 5-6 años, en el cual no hallaron asociación entre la lactancia y el exceso de peso infantil. Consideran que el sobrepeso en la infancia aumenta las posibilidades de sobrepeso en la niñez, tanto para los niños con Lactancia Materna como para los que fueron alimentados con lactancia artificial.

Jakovljevic publica también en 2015, un estudio transversal con 2.826 niños entre 7-14 años, en el que la Lactancia Materna no se asoció con la obesidad.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de este estudio revelan que en los últimos años no se ha producido un elevado número de publicaciones que relacionen las variables Lactancia Materna y Obesidad Infantil. A pesar de este dato, y después de las cifras de 2010 y 2011³⁶ en donde la búsqueda bibliográfica sólo reflejó un artículo, la tendencia de los años posteriores tiende a ir en aumento, con cuatro artículos en 2014^{43, 44, 45, 46} y tres en 2015^{47, 48, 49}.

Los estudios de cohorte^{34, 35, 37, 42, 45, 48} y las revisiones bibliográficas^{40, 41, 46, 47} son las investigaciones más empleadas para analizar la relación entre Lactancia Materna y Obesidad Infantil, seguidas de los estudios transversales^{33, 39, 49}.

Las revistas científicas que más artículos publican sobre las relaciones de las variables objeto de estudio, están incluidas dentro del área de conocimiento de Nutrición^{33, 34, 37, 39, 41, 45, 47}, seguidas de aquellas incluidas en Pediatría^{36, 40, 44, 49}. Llama la atención que, dentro de este estudio, no haya ninguna incluida dentro del área de Enfermería. Es posible que las investigaciones enfermeras en este campo se desarrollen en otras líneas, o que la salud infantil requiera de una atención multidisciplinar, lo que justificaría que se publique en otras áreas de conocimiento.

Estos datos reflejan la necesidad de realizar más investigaciones sobre la relación estudiada en este trabajo, siguiendo un patrón común en el tipo de estudio, con el fin de obtener datos más comparables; siendo llevadas a cabo por equipos multidisciplinarios en los que esté presente la Enfermería.

La mayoría de los autores concluyen que existe una influencia positiva de la Lactancia Materna de entre 4-6 meses sobre el exceso de peso y las complicaciones producidas por este en los primeros meses e incluso en el primer año de vida del lactante^{34, 37, 43, 44, 45, 47}. Otros autores, sugieren que la alimentación mediante leche de fórmula o la introducción de alimentos sólidos demasiado pronto favorece un aumento de peso en los primeros meses de vida^{36, 38}.

También hay autores que afirman que la Lactancia Materna favorece una evolución del peso del niño más adecuada y conlleva una menor morbilidad^{33, 41}. Son interesantes algunos resultados que exponen la importancia que tiene la alimentación en el primer año en el peso del niño, e incluso en la adolescencia y la edad adulta⁴⁰. En resumen, todos estos estudios encuentran relaciones positivas entre las variables mencionadas y sostienen que la Lactancia Materna juega un papel protector en la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Por el contrario, algunos autores no encuentran significativa la relación entre el tipo de alimentación en los primeros meses de vida y el estado del peso^{39, 42}, y otros sugieren que la Lactancia Materna no está asociada con la obesidad infantil y, sin poner en duda los beneficios ya conocidos de la lactancia, atribuyen el sobrepeso y la obesidad infantil a factores genéticos o ambientales tales como la obesidad materna, la baja posición socioeconómica, el peso del niño al nacer o el tabaquismo materno^{35, 48, 49}. Sin embargo, hay también ciertos estudios que sin llegar a realizar una afirmación clara, encuentran un posible efecto protector de la Lactancia Materna contra la obesidad infantil⁴⁶. Para todos estos autores, las relaciones entre estas variables no son significativas.

A pesar de la existencia de algunas publicaciones en contra, los factores favorables parecen ser suficientes para demostrar el importante papel que juega la Lactancia Materna en el desarrollo del peso corporal del niño y en su metabolismo. Por tanto, resulta fundamental su promoción y fomento para la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil, así como para el posible control de estas enfermedades que son ya un problema serio de Salud Pública.

Este estudio muestra la situación actual de las investigaciones referentes a la relación entre Lactancia Materna y Obesidad Infantil, de las que podemos concluir la existencia de un factor protector de la Lactancia Materna en la prevención

de la obesidad infantil.

La principal limitación de este estudio fue la escasez de artículos en Internet de acceso gratuito al texto completo, que impidió conocer la producción científica total referente al tema propuesto. Otro factor condicionante fue la variedad de diseños de las investigaciones, que no permitió realizar una comparación clara entre ellas. Estas limitaciones hacen que este estudio no muestre de una forma real la situación de las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años.

Dada la gravedad de los problemas que conlleva la obesidad, los profesionales deben estar cada vez más concienciados y tratar de encontrar soluciones, para lo cual es necesario involucrarse en la realización de trabajos de investigación. Resulta necesario abordar en ellos la relación entre las variables tratadas en este trabajo para conocer el impacto exacto de la Lactancia Materna en la Obesidad Infantil, despejar cualquier duda acerca de los beneficios que produce esta relación y estimar el tiempo mínimo para que ésta influya de manera positiva en el estado de peso. También sería conveniente aumentar el seguimiento en el tiempo de los niños que han recibido Lactancia Materna para conocer mejor sus beneficios a largo plazo.

Enfermería tiene un papel clave, desde la formación que recibe la madre en el embarazo, pasando por el período del parto y de hospitalización, hasta llegar al de Lactancia como tal, en el cual es vital el apoyo de la enfermera para reforzar conocimientos y servir de apoyo en momentos de duda. Por tanto, resulta crucial que las enfermeras tengan los conocimientos suficientes para poder intervenir en el importante proceso que supone la promoción y fomento de la Lactancia, y todas las ventajas que este supone tanto para la madre como para el niño y para la Salud Pública en general. Igual de importante es el apoyo necesario por parte de las instituciones mediante políticas sanitarias que faciliten la Lactancia Materna

6 Bibliografía

1. Díaz C, Gómez B, et al. Obesidad infantil: nuevos hábitos alimentarios y nuevos riesgos para la salud. Alimentación, consumo y salud. Barcelona; 2008.
2. Chueca M, Azcona C, Oyarzábal M. Obesidad infantil Childhoodobesity. AnSis San Navarra [Internet]. 2002;25.
3. OMS [Internet] Comisión para acabar con la obesidad infantil. Datos

- y cifras sobre obesidad infantil[consultado el 11 de enero] Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
4. Estudio ALADINO 2013: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.
 5. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid: 2011.
 6. Instituto Nacional de Estadística [Internet] España: Determinantes de salud. Cifras absolutas [consultado el 12 de enero] Disponible en: <http://www.ine.es>
 7. García García E, Vázquez López M-Á, Galera Martínez R, Alias I, Martín González M, Bonillo Perales A, et al. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de 2 a 16 años. *Endocrinol y Nutr [Internet]*. 2013;60(3):121–6.
 8. Revuelta JC, Previnfad G. Prevención de la obesidad infantil. 2005;79(1):255–75.
 9. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida Ch, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007; 85:660–7.
 10. Aranceta J. Foz M. Moreno B. Documento de consenso: Obesidad y riesgo cardiovascular. Barcelona: 2003; 15 (5):196-23.
 11. Los consejos de tu matrona. 2ª edición. Asociación española de matronas. Madrid: PresentService SA; 2006. 72 p.
 12. LINKAGES, Proyecto Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. 2002
 13. Juez G. Lactancia materna: ventajas generales y Nutricionales para el niño menor de 1 año. *Revista chilena de pediatría*. 1989; 60(2)3-8.
 14. Blázquez MJ. Ventajas de la lactancia materna. *Medicina naturista*. 2000; (1):44–49.
 15. Organización mundial de la Salud. Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, 1979.
 16. OMS [Internet] 10 datos sobre la Lactancia Materna [consultado el 12 de enero] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/>
 17. I Estudio sobre Conciliación y Lactancia. Suavinex. 2014.
 18. La salud desde el principio: Guía de salud materno infantil. 1ª edición. Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2014.78-80 p.
 19. LozanoMJ. Lactancia materna. Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición pediátrica.

20. Sacristán AM, Lozano JE, Costa MG. Núcleo Clínico. Originales Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. 2011;XIII:33–46.
21. Suarez P, Alonso J, López A, Martín D, Martínez M. Prevalence and duration of breastfeeding in Asturias. *GacSanit.* 2001;15:104-10.
22. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEC) 1998-2002. *Can J PublicHealth.* 2003;94:300-5.
23. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics.* 2005; 116: 702-8.
24. Hernández MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En *Lactancia materna: guía para profesionales*. Comité de la lactancia materna de la AEP. Monografías de la AEP nº5. Madrid: Ergón; 2004.
25. Promoting the initiation of breastfeeding University of York. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Promotingtheinitiation of breastfeeding.* *Effective-HealthCare.* 2000. p. 6, 12.
26. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Genève: 55.ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. Disponible en: <http://www.who.int/gb/EB-WHA/PDF/WHA55/EA5515.PDF> .
27. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of Breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Current situation. *PublicHealthNutr.* 2005;8:39-46.
28. Hernández, MT. & Aguayo, J. (2005). Publicado en: *AnPediatr (Barc)* 63 (4): (p.341)
29. Barker DJ, Erisson JG, Forsen T, Osmond C. Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *Int J Epidemiol.* 2002;31:1235-9.
30. Arenz S, Rückler R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity- a systematic review. *Int J ObesRelatMetabDisord.* 2004;28(10):1247-56.
31. Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, et al. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obes Rev.* 2010;11:695-708.
32. Dewey KG. Growth characteristics of breast-fed compared to formula fed infants. *BiolNeonate* 1998;74:94-105
33. Morán M, Naveiro JC, Blanco E, Cabañeros I, Rodríguez M, Peral A. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutrición hospitalaria.* 2009;24(2):213–7.

34. Guijarro MG, Monereo S, Civantos S, Iglesias P, Díaz P, Montoya T. Importancia de la lactancia materna en la prevalencia de síndrome metabólico y en el grado de obesidad infantil. *Endocrinología y nutrición*. 2009;56(8):400–3.
35. Kwok MK, Schooling CM, Lam TH, Leung GM. Does breastfeeding protect against childhood overweight? Hong Kong 's " Children of 1997 " birth cohort. *International Journal of Epidemiology*. 2010;(August 2009):297–305.
36. Mahrshahi S, Battistutta D, Magarey A, Daniels LA. Determinants of rapid weight gain during infancy : baseline results from the NOURISH randomised controlled trial. *BMC Pediatr*. BioMed Central Ltd; 2011;11(1):99.
37. Hunsberger M, Lanfer A, Reeske A, Veidebaum T, Russo P, Hadjigeorgiou C, et al. Infant feeding practices and prevalence of obesity in eight European countries – the IDEFICS study. *Public Health Nutrition*. 2012;16(2):219–27.
38. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *BMJ*. 2012;97.
39. Vafa M, Moslehi N, Afshari S, Hossini A, Eshraghian M. Relationship between Breastfeeding and Obesity in Childhood. *Journal of Health Population and Nutrition*. 2012;30 (3):303–10.
40. Papatesta EM, Iacovidou N. Breastfeeding reduces the risk of obesity in childhood and adolescence
41. Hörnell A, Lagström H, Lande B, Thorsdottir I. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health : a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food and Nutrition Research*. 2013;1:1–27.
42. Jiang M, Foster EM. Duration of Breastfeeding and Childhood Obesity : A Generalized Propensity Score Approach. *Health Services Research*. 2012;(February 2010):628–51.
43. Yan J, Liu L, Zhu Y, Huang G, Wang PP. The association between breastfeeding and childhood obesity : a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2014;1–11.
44. Jarpa C, Cerda J, Terrazas C, Cano C. Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Rev Chil Pediatría*. Sociedad Chilena de Pediatría; 2015;86(1):32–7.
45. Zheng J, Liu H, Li J, Chen Y, Wei C, Shen G, et al. Exclusive Breastfeeding Is Inversely Associated with Risk of Childhood Overweight in a Large Chinese Cohort. *The Journal of Nutrition*. 2014;144:1454–1459
46. Marseglia L, Manti S, D'Angelo G, Cuppari C, Salpietro V, Filippelli M, et al. Obesity and breastfeeding : The strength of association. *Women and Birth*. Australian College of Midwives; 2015.
47. Aguilar MJ, Sánchez AM, Madrid N, Mur N, Expósito M, Hermoso E. Lactancia

materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente ;
revisión sistemática. *Nutrición hospitalaria*. 2015;31(2):606–20.

48. Willik EM Van Der, Vrijkotte TGM, Altenburg TM, Gademan MGJ, Holthe JK. Exclusively breastfed overweight infants are at the same risk of childhood overweight as formula fed overweight infants. *BMJ*. 2015;1–6.

49. Pudla KJ, González-chica DA, Assis F De, Guedes de Vasconcelos FA. Effect of breastfeeding on obesity of schoolchildren : influence of maternal education. *Rev Paul Pediatr (English Ed) Associação de Pediatria de São Paulo*; 2015;33(3):294–301.

Capítulo 225

EL PIE DIABÉTICO: PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

LORENA LAVANDERA GARCIA

MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN

ELENA MERCHÁN MARCOS

MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglucemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos; esto a la vez puede provocar múltiples complicaciones microvasculares en los ojos, el riñón y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y, a menudo, lesiones macrovasculares y coronarias. (1)

En este tema nos vamos a centrar en el pie diabético. El pie diabético es una complicación de gran importancia sanitaria y de gran impacto en las personas por su repercusión en la calidad de vida y el riesgo de sufrir una amputación. Desde el punto de vista asistencial, es la principal causa de hospitalización en el paciente diabético.

Existen diferentes definiciones para este concepto.

Según la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, se define como la alteración clínica, de base neuropática, e inducida por la hiperglucemia man-

tenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia y previo desencadenante traumático produce lesión y/o ulceración del pie.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como, la presencia de ulceración, infección y/o gangrena en el pie asociada a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad vascular periférica como consecuencia de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida.

El Grupo de Trabajo Internacional del Pie Diabético (The International Working Group on the Diabetic Foot, IWGDF) en 2007 da la siguiente definición, infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos del pie asociado a neuropatía o enfermedad arterial periférica en las extremidades inferiores de los pacientes con diabetes. (2)

La diabetes afecta a nivel mundial a más de 400 millones de personas y se estima que para el año 2030 ese número aumente a más de 500 millones. Las úlceras en los pies son unas de las complicaciones crónicas más frecuentes, alrededor del 15% de los diabéticos las desarrollan. Las amputaciones no traumáticas son 15 veces más frecuentes en diabéticos y mayor de 2 a 3 veces en hombres que en mujeres. (3)

En España en los últimos 10 años, han aumentado las amputaciones debidas al pie diabético, debido seguramente a la escasez de planes preventivos y la escasez de equipos multidisciplinares, que atiendan de forma eficaz y precoz a estos pacientes. (2)

En cuanto la fisiopatología del pie diabético, son tres los principales componentes:

- La enfermedad vascular periférica, que en los pacientes con diabetes es más grave, tiene menor probabilidad de revascularización, presenta una mayor proporción de amputaciones, aparece a edades más tempranas y causa una mayor mortalidad. (4) Se presenta bajo dos formas distintas: microangiopatía diabética y macroangiopatía diabética.
- La neuropatía diabética, es una de las complicaciones más frecuentes, y se caracteriza por aumento de las parestesias y disminución de la sensibilidad al dolor. A pesar de ser tan frecuente, es la que más se tarda en diagnosticar. (1) Al tener esa pérdida sensitiva se favorece la aparición de úlceras.
- La infección, que es importante ya que es una de las principales causas de hospitalización y aumenta de manera significativa el riesgo de amputación, ya que entre el 25-50% lleva a una amputación menor, y entre un 10-40% a una amputación

mayor. (5)

Acompañando a los previos, existen otros factores de riesgo en la aparición del pie diabético que son:

- Historial de úlceras previas.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo y alcoholismo.
- Hipertensión.
- Obesidad, dislipemia.
- Diabetes de más de diez años de evolución.
- Mal control glucémico.
- Deformidades estructurales del pie: hiperqueratosis, Charcot, dedos en garra, pie plano o cavo.
- Retinopatía o nefropatía diabética.
- Cambios en la calidad de la piel: sequedad, fisuras, micosis.
- Bajo estatus social y menor acceso a la asistencia sanitaria. (3)

Existen distintas clasificaciones para el pie diabético, pero la más utilizada es la Clasificación de Meggitt- Wagner. Descrita por primera vez en 1976 por Meggitt, pero popularizada en 1981 por Wagner. Este sistema consiste en el uso de 6 grados. Cada grado trata de describir un tipo de lesión. Los tres primeros tienen como descriptor principal la profundidad, el cuarto recoge como adicional la infección y los dos últimos incluyen la enfermedad vascular. (6)

GRADO 0: Ninguna lesión, pie de riesgo. Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, deformidades óseas.

GRADO I: Úlceras superficiales. Destrucción del espesor total de la piel

GRADO II: Úlcera profunda. Penetra la piel, grasa, ligamentos, pero sin afectar al hueso. Infectada.

GRADO III: Úlcera profunda más absceso (osteomielitis). Extensa y profunda, secreción, mal olor.

GRADO IV: Gangrena limitada. Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta.

GRADO V: Gangrena extensa. Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

Junto con la anterior, la más conocida y utilizada es la clasificación de Texas o "Escala Texas". Fue desarrollada por la University of Texas Health Science Center de San Antonio y fue la primera de tipo bidimensional. Está diseñada por Lavery and Armstrong en 1996 y posteriormente validada en 1998. Las lesiones son

estadiadas en función de dos criterios principales: profundidad y existencia de infección/isquemia.(6)

Estadio A GRADO 0: Lesiones pre o periulcerosas. Completamente epitelizadas.

GRADO I: Herida superficial, no afecta tendón, cápsula o hueso.

GRADO II: Herida que afecta a tendón o cápsula.

GRADO III: Herida que penetra hueso o articulación.

Estadio B GRADO 0: Infectada.

GRADO I: Infectada.

GRADO II: Infectada.

GRADO III: Infectada.

Estadio C GRADO 0: Isquémica.

GRADO I: Isquémica.

GRADO II: Isquémica.

GRADO III: Isquémica.

Estadio D GRADO 0: Infectada e isquémica.

GRADO I: Infectada e isquémica.

GRADO II: Infectada e isquémica.

GRADO III: Infectada e isquémica.

El papel de enfermería es muy importante en el abordaje de esta problemática empezando por una valoración minuciosa: antecedentes de interés como tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas, ejercicio, hipertensión arterial, problemas cardiacos, visuales o renales, oficio, historia previa de úlceras; signos y síntomas, como sensación de hormigueo en los pies, dolor de piernas o inflamación.

También es necesario realizar una exploración física tanto en decúbito como en bipedestación, para analizar posibles deformidades o prominencias óseas, sequedad en la piel, que exista micosis o hiperqueratosis.

Y por último, realizar una exploración vascular, mediante la palpación de pulsos, tanto pedio como tibiales posteriores; temperatura, coloración de la piel y tiempo de recuperación capilar. (7)

Una de las pruebas diagnósticas utilizadas en el ámbito de la Atención Primaria para la detección del pie diabético es el índice tobillo-brazo (ITB) o Índice YAO. Este método de cribado tiene como beneficios que no es invasivo, es simple, barato y rápido, permite la identificación precoz de aquellos sujetos con riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares, y permite establecer medidas terapéuticas en función de los resultados obtenidos. Se ha demostrado que un resul-

tado ITB < 0,90, ofrece una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100% en comparación con la angiografía, que es una técnica invasiva.

El ITB se determina empleando un ecografía Doppler bidireccional con una frecuencia de emisión de 5-10 MHz y un manguito para la toma manual de la presión arterial. Los sujetos deben situarse en decúbito supino y en reposo durante al menos cinco minutos antes de la determinación, con los brazos extendidos y las palmas de las manos hacia arriba. Se toma la presión arterial sistólica mediante Doppler en ambos brazos, empezando por el brazo derecho, se realizan 3 tomas consecutivas separadas 1-2 minutos y se elige la mayor, realizando idéntico procedimiento en el brazo izquierdo. Posteriormente se realiza la toma de la presión arterial sistólica en ambas arterias pedias, también comenzando por el lado derecho. El ITB se calcula dividiendo la tensión arterial sistólica obtenida en la arteria pedia entre el valor medido en la braquial (índice braquiopodial). (4)

Un índice < 0,90 se considera patológico, mientras que el índice 0,91-1,3 se considera normal. Aquellos casos en los que el índice sea > 1,3 es sugestivo de calcificación, con lo cual habría que descartar patología mediante otros métodos.

También debe hacerse una valoración del riesgo del pie diabético:

- Pie de alto riesgo en personas con diabetes mellitus cuando presentan uno o más de los siguientes factores: úlcera o amputación previa, vasculopatía periférica y/o neuropatía.
- Pie de moderado riesgo cuando presenta al menos uno de los siguientes factores: complicaciones propias de la diabetes como la nefropatía y la retinopatía y/o alteraciones del pie como deformidades por ejemplo.
- Pie de bajo riesgo cuando no existe ninguna de las condiciones anteriores. (2)

El IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot) ha preparado una clasificación de riesgo:

- Categoría 0: no neuropatía. Revisión anual.
- Categoría 1: neuropatía. Revisión cada 6 meses.
- Categoría 2: neuropatía con arteriopatía y/o deformidades. Revisión cada 3-6 meses.
- Categoría 3: neuropatía e historia de úlcera o amputación. Revisión cada 1-3 meses. (2)

Debido a la etiología multifactorial de producción de úlceras en los pies, es difícil prevenir la aparición de éstas, por lo tanto la atención de enfermería debe ir dirigida al autocuidado. Instruir a los pacientes diabéticos y con problemas vas-

culares en el cuidado de sus pies, para aprender a evitar lesiones o a detectarlas precozmente. La educación para la salud debe empezar en la consulta de enfermería. Cada tratamiento debe ser individualizado y dirigido en función de las necesidades de cada paciente.

Prevención:

- Educación diabetológica adecuada y un adecuado control metabólico; es necesario cumplir con la dieta, los ejercicios y el tratamiento farmacológico de la diabetes correctamente.
- Identificación y de aquellos factores de riesgo que pueden ser modificados.
- Cuidado de los pies: revisarlos diariamente (dedos, espacios interdigitales, planta del pie), en busca de pequeñas rozaduras, heridas, ampollas, zonas rojas, etc; lavarse los pies diariamente con jabón y agua tibia y secarlos bien sin frotar fuerte; aplicar crema hidratante, excepto en los espacios interdigitales; evitar traumatismos; cortarse las uñas de manera regular siguiendo la forma de los dedos, en caso de uñas muy gruesas puede realizarlo un podólogo; utilizar un calzado suave, ancho y que no apriete y no andar nunca descalzo; no usar medias apretadas; no cortarse los callos con tijeras o cuchillas, ni usar yodada u otros medicamentos que puedan irritar la piel, ni utilizar apósitos adhesivos si hay lesiones en la piel. (8)

2 Objetivos

- Dar a conocer el pie diabético y sus factores de riesgo.
- Explicar la importancia de la educación para la salud y la prevención desde el ámbito de la Atención Primaria por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en distintas bases de datos, Scielo, Google Académico, dialnet y el NCBI (National Center for Biotechnology Information). Se establecieron como criterios de búsqueda artículos científicos y revisiones publicadas, principalmente en los últimos años, principalmente en español y en inglés.

Las palabras claves utilizadas para realizar las búsquedas fueron: pie diabético, neuropatías diabéticas, diabetes mellitus, factores de riesgo, atención primaria de salud, educación en salud, diabetic foot, health education. Se seleccionaron

15 artículos y se descartaron otros que no se centraban en el tema que se quiere tratar.

También se utilizaron como fuente de información, la revista *Avances en Diabetología* y la *Guía de práctica clínica de la Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas*.

4 Resultados

La mayor parte de toda la literatura encontrada, nos indica que una detección precoz de posibles factores de riesgo de úlceras puede disminuir la frecuencia del desarrollo de la herida. Se recomienda que todos los pacientes con diabetes se sometan a un examen del pie al menos una vez al año, para determinar las condiciones que predisponen la aparición de las mismas. (9)

Según la OMS de 2016 sobre diabetes, el número de personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. La prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. Se estima que aproximadamente el 15% de los diabéticos desarrollan úlceras en los pies que resultarán graves, pudiendo llegar a comprometer la extremidad e incluso su vida. Entorno al 50% de las amputaciones de miembros inferiores no traumáticas pertenecen a pacientes diabéticos, y el 50% de los amputados desarrollaran una lesión grave y tendrán un alto riesgo de perder el otro miembro en los dos o tres años siguientes.

La prevalencia a nivel mundial de la patología del pie diabético varía entre el 1,3%-4,8%. Asimismo, según un estudio de EE.UU., el 56 % de las úlceras de pie diabético estaban infectadas. Esto demostró que el riesgo de hospitalización y de amputación de una extremidad inferior era entre 56 y 155 veces superior en pacientes diabéticos con una infección en el pie, que en el caso de aquellos que no la tenían. Según los datos de prevalencia en Europa, se estima que los costes asociados al tratamiento de las úlceras del pie diabético podría alcanzar los 10000 millones de euros al año. (10)

5 Discusión-Conclusión

Una buena educación para la salud es sumamente importante, comenzando siempre por la enseñanza en la consulta de enfermería de Atención Primaria de todos los pacientes diabéticos, para que sepan identificar aquellos factores de riesgo

que predisponen a la aparición del pie diabético y sepan también modificar aquellos que están en su mano poder hacerlo: dieta adecuada, ejercicio saludable, cumplimiento del tratamiento farmacológico, reducir hábitos tóxicos, etc.

Es fundamental que conozcan y entiendan cuales son las complicaciones derivadas, para que puedan actuar en consecuencia. Una buena enseñanza disminuirá los riesgos. Un diagnóstico precoz, también favorecerá a que el tratamiento sea el más eficaz y las complicaciones menos graves.

6 Bibliografía

1. Martín Muñoz MC, Albarrán Juan ME, Lumbreras Marín EM. Revisión sobre el dolor neuropático en el síndrome del pie diabético. *An Med Interna*. 2004; 21(9): 450-455.
2. Roldán Valenzuela A, Pérez Barreno D, Ibáñez Clemente P, Navarro Caballero MA, Alba Moratilla C, Esparza Imas G et al. El pie diabético. Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas. Guía de Práctica Clínica. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. 3ª ed. 2017. p. 58-107.
3. Pavia O, Rojas N. Pie diabético: ¿Podemos prevenirlo?. *Med Clin Condes*. 2016; 27(2): 227-234.
4. Roca MM, Carral F, Baena G, Sánchez C, Valencia I, Aguilar M. Evaluación de la enfermedad vascular periférica en pacientes con diabetes tipo 2 mediante medición del índice tobillo-brazo. *Av. Diabetol*. 2007; 23(5): 370-374.
5. García Herrera AL. El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia. *Rev Méd Electrón[Internet]*. 2016 Julio-Agosto; 38(4): 514-516. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu>
6. González de la Torre H, Mosquera Fernández A, Quintana Lorenzo ML, Perdomo Pérez E, Quintana Montesdeoca MP. Clasificaciones de lesiones en pie diabético. Un problema no resuelto. *Gerokomos*. 2012; 23(2).
7. Tizón Bouza E, Dovale Robles MN, Fernández García MY, Fernández Veiga C, López Vilela M, Mouteira Vázquez M et al. Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético. *Aten Primaria*. 2004; 34(5): 263-271.
8. <http://galeno.pri.sld.cu/index.php/galeno/article/view/583>.
9. Pendsey S. Understanding diabetic foot. 2010 Apr-Jun; 30(2): 75-79.
10. Espacio divulgativo sobre úlceras [sede web]. Sevilla. 2018. Disponible en: <https://www.ulceras.net/monograficos/83/66/pie-diabetico-epidemiologia.html>.

Capítulo 226

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

PATRICIA CALVO ALONSO

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están clasificados como trastornos mentales. Este tipo de trastornos se caracteriza por comportamientos patológicos hacia la ingesta de alimentos y sobre el control del peso, además de una compleja gamma de síntomas como la distorsión de la propia imagen corporal. Son caracterizados como enfermedades graves pero con cura posible si se sigue un tratamiento con personal especializado en este tipo de trastornos de la conducta. Los tratamientos son largos y complejos, y no están exentos de recaídas.

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen un origen multifactorial, que puede ser por causas biológicas, psicológicas, familiares o socioculturales. Además, repercuten en el enfermo tanto física como psicológicamente. En la mayoría de los casos, quienes sufren estas enfermedades no son conscientes de ello, por lo que no son capaces de ver los efectos negativos que la enfermedad les ocasiona, ni motivo alguno por el que iniciar un tratamiento. Esto dificulta en gran medida la continuidad del tratamiento, por ello es fundamental el papel de la familia y el entorno para asegurarse de que el afectado toma el tratamiento de manera correcta.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de trastornos alimentarios.
- Analizar las causas de los trastornos alimentarios.

3 Metodología

Para realizar este artículo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en algunas de las bases de datos más importantes, en este caso Scielo, Scopus y PubMed, a través de las cuales hemos obtenido los resultados principales del artículo.

Este trabajo es una revisión bibliográfica sobre los trastornos de la conducta alimentaria donde se pretende analizar especialmente los métodos diagnósticos de los principales TCA, la evolución y el tratamiento posible para ellos.

Se han utilizado como palabras clave: “trastornos de la conducta alimentaria”, “trastorno conducta alimentaria”, “causas trastorno alimentario”.

4 Resultados

Tipo de trastorno alimentario:

- Anorexia nerviosa: La anorexia nerviosa se caracteriza por una pérdida de peso significativa, mayor del 15%, a costa de un seguimiento estricto de dietas restrictivas y métodos purgativos como vómitos o ejercicio físico en exceso. Quienes la sufren presentan una alteración de la imagen corporal viéndose a sí mismos más gordos de lo que están. La anorexia puede ser restrictiva o purgativa. En la restrictiva la ingesta de alimentos es escasa y en la mayoría de los casos va acompañado de un exceso de ejercicio físico, mientras que en la purgativa a pesar de que la ingesta de alimentos es mínima, tras ello se recurre a laxantes, vómitos o diuréticos.
- Bulimia nerviosa: se caracteriza por ataques de voracidad seguidos de ayunos o vómitos para contrarrestar los ataques de ingesta excesiva. También hay casos en los que se recurre al uso de laxantes para facilitar la evacuación del exceso de ingestas. En este trastorno, quien lo padece sufre una preocupación excesiva por la imagen corporal, así como sentimientos de depresión, ansiedad y culpabilidad por no ser capaces de autocontrolarse. Esta enfermedad se presenta principalmente en jóvenes, mayormente mujeres, aunque también afectan a quienes hayan padecido anorexia o realizado dietas excesivas.
- Atracónes: se producen cuando hay sobreingesta de alimentos, tras esto la ansiedad disminuye, el estado de ánimo mejora y el sujeto se da cuenta de que el patrón no es correcto y le sobrevienen los sentimientos de culpa.

Causas de los trastornos de la conducta alimentaria:

- Factores biológicos: los estudios realizados a familias con miembros con

trastornos de la alimentación muestran que hay más de un familiar afectado por lo que se concluye que debe haber alguna predisposición genética.

Factores socioculturales: los que mayor riesgo causan para los TCA son entornos familiares sobreprotectores, rígidos, exigentes, poco cohesionados y conflictivos. También favorecen su aparición las familias desestructuradas, los antecedentes familiares de TCA, trastornos afectivos o síntomas de conducta obsesivo-compulsiva.

- Factores psicológicos: los trastornos alimentarios son trastornos mentales y por lo tanto los factores psicológicos están muy relacionados con ellos. En este caso, los trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) son claros predisponentes a sufrir alteraciones en la alimentación.
- Otros: los acontecimientos vitales potencialmente estresantes predisponen a sufrir algún tipo de TCA durante el acontecimiento, especialmente aquellos relacionados con abusos sexuales o físicos de la infancia, críticas respecto al físico y antecedentes de crisis vital. Existen varios modelos explicativos de la AN.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos de la conducta alimentaria o TCA son trastornos mentales donde se presenta una obsesión por la comida acompañado en su mayoría de una distorsión física y una insatisfacción corporal. Quienes los padecen pueden sufrir otro tipo de trastornos mentales de base como depresión, ansiedad o estrés. Es frecuente que se sientan incomprendidos por su círculo de amistades y familiares más cercanos y por ello traten de ocultar su trastorno y los síntomas a los demás.

Los trastornos alimentarios más frecuentes y a los que más nos hemos referido en este artículo son la anorexia y la bulimia nerviosa. En ambos, quienes los padecen no se encuentran a gusto con su físico sintiéndose gordas a pesar de estar en normopeso o con peso por debajo de lo normal. En el caso de la anorexia, existe una pérdida de peso importante a causa de dietas restrictivas y métodos de purga o ejercicio físico excesivo. La bulimia consta de periodos de atracones seguidos de vómitos para purgar y compensar el atracón previo; también pueden recurrir a laxantes o diuréticos para ayudar a bajar de peso.

Una vez el paciente está en quirófano, con el material preparado y los datos y el check-list correctamente realizado y comprobado se procederá a la canalización de una vía venosa a través de la que se comenzará a administrar fármacos en caso de anestesia general. Es necesario monitorizar al paciente previo a la ad-

ministración de cualquier fármaco, labor también de enfermería. Si la anestesia a utilizar es local o regional se deberá colocar al paciente en la posición adecuada para la anestesia y después modificarla, si es necesario, para la intervención, comprobando en todo momento que el paciente está cómodo, no está en contacto directo con la mesa quirúrgica y no presenta articulaciones forzadas.

Tras la inducción de la anestesia, enfermería debe de estar presente para aportar apoyo al anestesista y comprobar que no suceden imprevistos. Además, deben de anotarse y registrarse los procedimientos anestésicos realizados y la cantidad de fármaco usado para que todo quede reflejado ante posibles incidencias. Al finalizar la intervención, la enfermera/o colaborará con el anestesista en el despertar del paciente.

6 Bibliografía

1. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Tipos. Saludiet [Internet].2018[citado 1 ene 2020]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es>
2. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Ed. Panamericana.2000.
3. First M, Frances A, Pincus H. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.Texto revisado. Madrid: Ed. Masson; 2008.
4. Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria.2011.

Capítulo 227

CUIDADOR INFORMAL DEL PACIENTE TERMINAL

PATRICIA CALVO ALONSO

1 Introducción

Debido a que la esperanza de vida en España ha aumentado considerablemente, y con ello la cantidad de enfermedades que sufre la gente. Entre estas enfermedades destacan las enfermedades crónicas, con la morbilidad asociada que ellas conllevan.

Cuando un paciente se define como terminal, es porque sufre una enfermedad en estado avanzado, progresivo e incurable que no responde a tratamiento específico para la curación. Estos pacientes pueden continuar con un tratamiento paliativo, sintomatológico, pero no curativo. Normalmente, la esperanza de vida de estos pacientes es de 6 meses.

Los pacientes terminales requieren una serie de cuidados, normalmente en domicilio, que suele aportar un familiar del paciente. Este sería el cuidador principal, al que llamaremos informal por no tener formación para ello. Los cuidadores informales tienen una serie de características y necesidades que se explican a lo largo del artículo. Además, es necesario que el personal sanitario asesore y mire tanto por el paciente como por el cuidador informal, para enseñarle, instruirle y valorar su situación.

2 Objetivos

- Conocer los principales diagnósticos de enfermería para los cuidadores informales de pacientes terminales.
- Conocer las principales necesidades del cuidador informal de pacientes informales.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda de artículos necesarios para realizar este trabajo hemos consultado tres de las principales bases de datos relacionadas con temas sanitarios, en este caso Scielo, MedlinePlus y PubMed.

Para realizar la selección de los artículos hemos buscado aquellos que se relacionan con el tema de nuestro trabajo, es decir, con las funciones de enfermería en el cuidador informal del paciente terminal; más concretamente, aquellos relacionados con los diagnósticos de enfermería, las necesidades de los cuidadores y las escalas de valoración.

Para seleccionar los artículos hemos usado unas palabras claves que nos ayuden en la búsqueda en las bases de datos citadas anteriormente. En este caso, las palabras clave han sido “diagnósticos enfermería cuidador”, “necesidades cuidador informal” y “escalas cuidador informal”.

4 Resultados

Los principales diagnósticos son:

- Diagnósticos de enfermería para el cuidador informal del enfermo terminal.
- Diagnostico Enfermero de Cansancio del Rol de Cuidador (0061).
- Diagnostico Enfermero de Riesgo de Cansancio del Rol de Cuidador (00062).
- Diagnostico Enfermero de Afrontamiento Familiar Comprometido (00074).
- Diagnostico Enfermero de Disposición para mejorar el Afrontamiento Familiar (00075).
- Diagnostico Enfermero de Conflicto de Decisiones (00083).
- Diagnostico Enfermero de Déficit de Actividades Recreativas (00097).
- Diagnostico Enfermero de Baja Autoestima Situacional (00120).
- Diagnostico Enfermero de Conocimientos Deficientes (00126).
- Diagnostico Enfermero de Duelo (00136).
- Diagnostico Enfermero de Ansiedad (00146).

- Diagnostico Enfermero de Temor (00148).

Necesidades del cuidador informal.

Cuando nos encontramos con una situación en la que un paciente esta diagnosticado como terminal, el equipo sanitario debe prestar sus servicios tanto al paciente como a quien se encarga de sus cuidados y su familia. Este principio es básico para que la actuación de los profesionales sanitarios que se ven en estas situaciones tenga posibilidades reales de cumplir sus objetivos en todos los aspectos. Es el cuidador informal o familiar quien convive la mayor parte del tiempo con el paciente terminal, quien le da apoyo emocional cuando lo necesita y le administra los cuidados en su domicilio o entorno.

Para que el cuidador proporcione unos buenos cuidados y atienda de forma óptima al paciente, este necesita sentirse valorado y apoyado, además debemos aportarle formación, información y entrenamiento en las técnicas que le serán requeridas para llevar a cabo los cuidados. Es fundamental que el cuidador informal tenga satisfechas sus propias necesidades para poder encargarse correctamente del cuidado del paciente. Solo cuando se cumplan estas características el cuidador se sentirá capaz y seguro de que está llevando a cabo su papel de la mejor forma posible.

El cuidador informal se enfrenta a problemas a los que no está acostumbrado, ni en muchas ocasiones preparado, pudiendo ser muy variados y desconocidos, tanto para el como para el paciente. Debe tomar decisiones importantes, que en muchos casos marcaran el futuro de cuidador y/o paciente, sin sentirse preparado para ello por la falta de información y orientación que tiene.

Las necesidades de los cuidadores terminales no siempre son las mismas. No podemos estandarizar unas necesidades puesto que cada caso es especial, con unas peculiaridades características a cada paciente, cuidador y situación en la que ambos se encuentran. Aun así, podemos decir que en la mayoría de los casos, los cuidadores sentirán alguna o todas de las siguientes características:

- Posibilidad de ayudar al paciente terminal.
- Información sobre la proximidad del momento de la muerte.
- Acompañar al paciente en los últimos momentos.

5 Discusión-Conclusión

El paciente terminal es un tipo de paciente que no responde a tratamientos curativos para la enfermedad o el proceso que sufre, normalmente, continua con

tratamiento paliativo hasta que fallece. La esperanza de vida de estos pacientes esta entorno a los 6 meses, aunque según el caso puede ser más o menos.

Este tipo de pacientes suele necesitar alguien que le ayude en algunos aspectos de la vida, dependiendo de la situación del paciente requerirá más o menos ayuda. El cuidador que le proporciona estos cuidados suele ser un cuidador informal, normalmente un miembro de la familia. Este cuidador informal suele ser la mujer, hija o madre del paciente, normalmente entre los 40-50 años. En múltiples ocasiones, el cuidador principal no puede compaginar el cuidado del paciente con la actividad laboral, por lo que acaba abandonando el trabajo o renunciando a su búsqueda.

El cuidador principal debe de ser cuidado por el personal sanitario al igual que los pacientes terminales. Es fundamental que para que el cuidador aporte unos cuidados de calidad, este esté en buen estado de salud. Para que el cuidador tenga un buen estado de salud debe continuar teniendo tiempo para sí mismo y para el ocio, así como para su autocuidado.

6 Bibliografía

- Sánchez García O, Domínguez Rodríguez, MC. Plan de Cuidados para el paciente en Situación de Agonía en Atención Primaria. Rev ENE Enferm (Internet). 2012 [Consultado 23 diciembre 2019]. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/134/117>
- Heather Herdman T. NANDA Internacional: Diagnosticos Enfermeros. Efiniciones y Clasificación. 2012-2014. Barceona: Elsevier;2012.
- Luis Rodrigo M. Los Diagnosticos Enfermeros. Revision Critica y Guia Practica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- González Baron M, Lacasta Reverte M, Ordoñez A. Valoracion Clinica en el Paciente con Cancer. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2006.
- Mencía Seco VR, Diez Cagigal RA. Manejo del enfermo terminal en su domicilio. Actitudes y aptitudes de los profesinales ante la enfermedad, la agonía y la muerte. Jaen: Formacion Alcalá; 2006.

Capítulo 228

ALIMENTACIÓN ADECUADA DURANTE EL EMBARAZO

JAVIER SAMPEDRO RIOL

JUAN MERA CADENAS

1 Introducción

Las mujeres, durante el embarazo, intentan conseguir todos los conocimientos posibles para cubrir las necesidades tanto para el feto como para ella, de una forma saludable y segura. Para ello el organismo se tiene que adaptar a los nuevos cambios, evitando las carencias y los excesos nutricionales.

La OMS describe 5 claves para la seguridad de los alimentos que son: limpieza, separar los alimentos cocinados de los crudos, cocinarlos totalmente, con una temperatura adecuada y usar agua y alimentos seguros. En cuanto a los hábitos tóxicos como puede ser el tabaco, alcohol y drogas, hay que evitarlos al máximo ya que pueden producir grandes problemas a lo largo del embarazo. Esto es debido a que esas sustancias tóxicas pasan al feto mediante el cordón umbilical y la placenta, produciendo ciertos trastornos. En este trabajo vamos a revisar la importancia de la enfermería en relación a los hábitos saludables de las mujeres embarazadas.

La necesidad que tienen las mujeres embarazadas por saber cada vez más acerca de los hábitos saludables y las necesidades energéticas conlleva una mejor salud tanto para ella como para el futuro bebé. Esto hace que también aumente la tranquilidad de los padres. Encuestas realizadas por FESNAD y AECOSAN, demuestran que el 43% de las mujeres a las que encuestaron reconocían haber dudado respecto a la alimentación adecuada y saludable. De todas ellas, solamente

el 2% resolvieron sus dudas con algún dietista, el 46% a la matrona y el 23% al ginecólogo. Es por tanto, por lo que la enfermería está relacionada con ciertos cuidados del embarazo, orientando desde un primer momento a los padres sobre los hábitos saludables y no saludables en este proceso.(1)

2 Objetivos

Describir los hábitos alimentarios saludables durante el embarazo para evitar la aparición de efectos nocivos.

3 Metodología

En este trabajo vamos a realizar una revisión bibliográfica basada en la alimentación durante el embarazo, utilizando bases de datos y páginas relacionadas con la enfermería y la salud. Las bases de datos que hemos usado para llevar a cabo esta revisión han sido PubMed, MEDLINE, SciELO, entre otros. También hemos consultado páginas de Internet para la recogida de datos como es la OMS. Para ello hemos recopilado artículos en inglés y en español sobre todo. Los criterios de inclusión han sido artículos fiables y lo más actuales posibles, excluyendo aquellos artículos dudosos y a los que no teníamos acceso completo. Palabras clave: embarazo, alimentación, seguridad, cuidado, pregnancy.

4 Resultados

El embarazo es el tiempo transcurrido entre la fecundación y el parto, teniendo una duración aproximada de 40 semanas. Algunos de los cuidados a tener en cuenta en este periodo son los higiénicos y los correspondientes a la alimentación, demostrando que afectan tanto al embarazo como al periodo después del parto. Hay estudios que demuestran que el peso del recién nacido va relacionado directamente con la alimentación recibida durante el embarazo.(2,3)

Una adecuada alimentación no solo cubre las necesidades de la mujer, sino que también garantiza que el futuro bebé reciba los nutrientes necesarios para conseguir un buen desarrollo. Evitar los excesos nutricionales y las carencias hará que la probabilidad de que surjan complicaciones se reduzca notablemente.(4) Según la SENC (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria), la alimentación debe ser variada a la vez que completa, y tiene que adecuarse a los cambios que se producen durante el embarazo. Es recomendable realizar 5-6 comidas diarias,

para así evitar ayunos de más de 3-4 horas. A parte de ingerir un aporte extra de unas 300 kcal, es importante ingerir unas dosis adecuadas de hierro, ácido fólico y calcio para evitar problemas futuros. Aún con este suplemento de kcal, el aporte nunca debe sobrepasar las 2600 kcal aproximadamente.(5)

En cuánto a la cantidad de líquido que tienen que beber las mujeres embarazadas, es la misma que la de un adulto normal, entre 2 litros y 2,5 litros, evitando siempre bebidas azucaradas y no abusando del café. La ingesta de fibra (en torno a 30 gramos diarios) ayuda a prevenir el estreñimiento que tan frecuente es en el último tramo de la gestación.

El ácido fólico o vitamina B9 es importante ingerirla en dosis algo más altas de lo normal (400 microgramos al día) ya que esto previene la aparición de problemas congénitos como puede ser la anencefalia o la espina bífida. (6,7,8)

El yodo realiza una función sintética de hormonas tiroideas necesarias para el desarrollo cerebral prenatal. También sirve como prevención de bocio congénito y reduce el riesgo que tienen de aborto. Su ingesta estaría en torno a 200 microgramos diarios. En relación al hierro, las mujeres gestantes requieren el doble de hierro con el objetivo de formar hematies y producir más sangre, lo que facilitará el transporte de oxígeno al feto. Es recomendable una ingesta de 30 miligramos al día, combinándolo con la vitamina C para mejorar de esta manera su absorción. Además, la mujer embarazada debe ingerir más o menos 1 gramo de fósforo y 1 gramo de calcio al día para lograr un buen desarrollo de huesos y músculos del feto, pero también para evitar la osteoporosis de la madre. (9,10)

Las mujeres gestantes son un grupo de riesgo frente a las toxiinfecciones alimentarias, debido a que las complicaciones son bastante graves. Entre ellas se encuentra la listeriosis, salmonelosis, diarreas, toxoplasmosis, brucelosis, etc. Según varios estudios como el realizado por el ECDC (Centro Europea para la Prevención y el Control de Enfermedades), gracias a las medidas de control en cuanto a la producción de alimentos, la incidencia de listeriosis se ha reducido. Esta intoxicación puede provocar partos prematuros o abortos espontáneos, llegando incluso a la muerte en algunos casos.(11,12)

La toxoplasmosis puede aparecer al ingerir carne que no está bien cocida o que está poco hecha, en frutas y verduras sin lavar, etc. Puede transmitirse al feto mediante la placenta con bastante facilidad (con un 50% de probabilidad). Hay evidencias que demuestran que más o menos el 58% de las mujeres embarazadas adquieren infecciones urinarias causadas por la bacteria *Escherichia coli*. Las me-

didadas que se deben tomar para su prevención son higiénicas, alimentarias y con una buena educación para la salud. Las personas que están en contacto con animales frecuentemente, son más propensas a padecer brucelosis, siendo transmitida frecuentemente mediante los productos lácteos. (12-15)

En cuanto a las vacunas, las que son de virus atenuados como el sarampión, la rubeola, la varicela y la parotiditis, están contraindicadas durante la gestación. Sin embargo, las vacunas para el tétanos, difteria y tosferina pueden administrarse en el segundo trimestre de la gestación. Hay artículos que demuestran que inmunizar a la madre de la gripe tiene también un efecto protector en el recién nacido. La educación sanitaria es una parte muy importante para las mujeres gestantes, con la intención de que adquieran hábitos saludables. Incluye la participación tanto de ella como de la pareja a lo largo de todo el proceso de embarazo y parto. Los consejos que se les da tienen que seguir siendo controlados y evaluados durante todo el proceso, con el objetivo de comprobar su eficacia. A la hora de comunicarse con la mujer gestante, ha de ser de forma clara, con un lenguaje sencillo y evitando tecnicismos. Por último cabe destacar el ejercicio físico moderado acorde con las posibilidades de cada una, con una buena higiene, hidratación de la piel y descanso.(2,3,16-18)

5 Discusión-Conclusión

Es importante tener claro que una nutrición óptima, con la suplementación de oligoelementos como el yodo y el ácido fólico, ayudará a prevenir la aparición de malformaciones congénitas para el feto. El aumento de kcal extra que tiene que ingerir la mujer durante la gestación, deberá realizarse con alimentos de alta densidad nutricional, excluyendo aquellos alimentos que sean pobres en nutrientes. Hay que controlar el consumo de alimentos que contengan grasas de origen animal, azúcares y fritos, priorizando alimentos que lleven ácidos grasos poliinsaturados omega 3. En cuanto a la función enfermera, está evidenciado que es importante una buena educación sanitaria sobre los hábitos saludables y los no saludables, sabiendo diferenciar los alimentos ricos en nutrientes y los que no, para evitar intoxicaciones e infecciones alimentarias que darían lugar a graves complicaciones.

6 Bibliografía

- 1. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Día Nacional de la nutrición: en el embarazo y en la lactancia comer bien es el mejor “te quiero” [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es>
- 3. Torrens RM, Martínez . Enfermería de la mujer. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2001.
- 4. Fernández MI. Apps nutricionales para gestantes en atención primaria, aspectos clave para su uso. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2016; 35(2):75-9
- 5. <https://www.semfyec.es>
- 6. <https://www.nlm.nih.gov>
- 7. Pearl E. El ácido fólico y el embarazo [Internet]. 2014. Disponible en: <http://kidshealth.org>
- 8. CDC. Ácido fólico [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov>
- 9. Gavilán E. Suplementos de yodo en embarazadas sanas [Internet]. 1ª ed. 2011. Disponible en: <https://www.researchgate.net>
- 10. <http://nacersano.marchofdimes.org>
- 11. March of Dimes Foundation. Listeriosis [Internet]. 2014. Disponible en: <http://nacersano.marchofdimes.org>
- 12. Girard D, Leclercq A, Laurent E, Lecuit M, De Valk H, Goulet V. Pregnancy-related listeriosis. 2011
- 13. <http://www.fda.gov>
- 14. Mossel D, Moreno B, Struijk CB. Microbiología de los alimentos. Zaragoza: Acribia Editorial; 2002.
- 15. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec>
- 16. <http://www.medwave.cl>
- 18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Capítulo 229

¿ESTÁ JUSTIFICADA LA PROHIBICIÓN DE CAFÉ EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL? REVISIÓN SISTEMÁTICA

JUAN MERA CADENAS

JAVIER SAMPEDRO RIOL

1 Introducción

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeadas por el corazón. Cuanto mas alta es la tensión, mas esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

Se conoce como hipertensión al trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo cardiovascular mas frecuente del mundo, alcanzando el 70% entre la población anciana y oscilando entre el 30-45% en la población adulta. Esto puede ser debido a un envejecimiento de la población y hábitos no saludables.

De las 17 millones de muertes al año derivadas de enfermedades cardiovasculares, se calcula que 9,4 millones son consecuencia de complicaciones que tienen que ver con la hipertensión arterial.

La prevalencia de la hipertensión arterial es menor en países desarrollados donde tienen un nivel de vida mayor. Por lo tanto, en países subdesarrollados es donde encontramos los porcentajes mas altos, como en África (46%). En Europa, las

cifras oscilan entre el 40-45%. El sistema sanitario existente que permite diagnosticar y tratar a estos pacientes y así controlar, así como el menor número de habitantes en zonas desarrolladas, son factores muy importantes a la hora de analizar estas estadísticas.

En España, la prevalencia de hipertensión arterial estaría en torno a un 42,6%, siendo en hombres de un 49,9% y en mujeres en 37,1%. Una vez alcanzados la edad anciana, estas prevalencias se igualan.

1. Tratamiento

Para el tratamiento de la hipertensión arterial existe infinidad de fármacos que nos ayudan a controlarla, pero es muy importante incidir en las medidas no farmacológicas.

Estas medidas pueden ser suficientes tanto para controlarla como para prevenirla.

La pérdida de peso: Es muy importante y debe ser lograda a través de la moderación de la ingesta calórica así como del incremento de la actividad física.

La reducción de sodio en la ingesta: Es un factor muy a tener en cuenta en la prevención de la hipertensión arterial. Se suele reducir el 25% de la cantidad de sodio que se ingiere al día y conlleva una disminución de 2 a 3 mmHg en la presión sistólica.

La importancia de la ejercicio físico en la tensión arterial es un tema más que sabido por todo el mundo, y es que se ha sido evidenciado que la actividad física, especialmente ejercicios aeróbicos, puede desembocar en una reducción media de las cifras sistólicas de 2-4 mmHg y 5-8 mmHg, tanto en adultos con hipertensión o normotensos.

El consumo de alcohol está relacionado directamente con el aumento de la tensión arterial, especialmente si este consumo supera las 3 bebidas alcohólicas por día.

La dieta DASH ha demostrado buenos resultados en cuanto a reducción de tensión arterial, tanto en pacientes hipertensos como normotensos. Este efecto es potenciado positivamente si va de la mano de la reducción de peso y de la ingesta de sodio

Hay más medidas y recomendaciones a tener en cuenta pero que no han sido

tan contrastadas y no se ha demostrado el mismo nivel de eficacia, como por ejemplo el uso de probióticos u otras variantes de la dieta DASH, como la dieta mediterránea, cuya eficacia ha sido demostrada cuando se usa junto con una dieta establecida y un tratamiento farmacológico.

Factores como el sedentarismo, la obesidad, el consumo del alcohol o la excesiva ingesta de sal son determinantes a la hora de padecer de hipertensión arterial, pero existe otro factor dietético que no sabemos si es perjudicial o no, que es el consumo de café.

El café es una bebida que se obtiene a partir de la mezcla en agua caliente de granos tostados de la planta de café. Comercialmente es la bebida numero uno del mundo, aunque solo la consume un tercio de la población (la mitad de la población es consumidora de te).

Los compuestos un extrae el agua hirviente se clasifican en componentes de sabor no volátiles (caféina, trigonelina, ácido clorogénico, ácidos fenolicos, aminoácidos y minerales) y componentes de aroma volátiles (ácidos orgánicos, aldehidos, cetonas, ésteres, aminos y compuestos de azufre)

2. Efectos de la cafeína:

- Estimula el sistema nervioso central.
- Acción estimulante sobre el corazón.
- Estimulación muscular, disminuyendo fatiga.
- Genera dependencia.

Estos son efectos contrastados y de los que existe evidencia, sin embargo, existe el mito de que tiene una relación directa con las cifras de tensión arterial, de hecho, es elevada la cifra de dietas que existen que privan de la cafeína como medida diurética para controlar las cifras de tensión arterial pero, ¿realmente están relacionados?

2 Objetivos

- Averiguar si el consumo moderado de café afecta directamente a las cifras de la tensión arterial.

- Comprobar si la restricción de consumo de café en personas que padecen de hipertensión puede resultar una medida evidenciada en el tratamiento de ésta.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica, se han seleccionado artículos tanto en español como en inglés.

Se utilizaron como descriptores de ciencias de la salud (DeCS):

- Hypertension..
- High blood pressure.
- Coffee.
- Se combinan estos descriptores con operador booleano AND y OR.

Se utilizan como bases de datos CINAHL y MEDLINE.

Criterios de inclusión:

- Ensayos clínicos.
- Revisiones sistemáticas.
- Guías de práctica clínica.
- Idiomas: español e inglés.

Estrategias de búsqueda:

- MEDILINE- Hypertension AND coffee (adverse effects) – Se cogen 4 artículos.
- CINAHL – Hypertension OR High blood pressure AND coffee – Se cogen 6 artículos

Se seleccionan 10 artículos más utilizando el método de búsqueda inversa iniciando en artículos de MEDLINE.

Estos 16 artículos han sido clasificados en tres grupos, 1,2 y 3, en función del tipo de documentos y su manera de aborda ese tema.

El grupo 1 estaría formado por guías clínicas y artículos que tengan en cuenta recomendaciones tanto farmacológicas como no farmacológicas para el

tratamiento de la HTA. Este grupo consta de 3 documentos que bien fueran guías clínicas o artículos que revisaban y estudiaban evidencias, investigaban sobre este tipo de recomendaciones, bien sea centrándose en dieta, nutrientes...

El grupo 2 esta construido por 10 revisiones sistemáticas y meta análisis que pueden estar subdivididos a su vez en tres apartados:

1. Estos artículos estudian las enfermedades cardiovasculares (centrándonos en la HTA) y su relación con el café. De esta manera, un grupo distingue de población general con enfermedad cardiovascular del efecto de la bebida en personas sanas o con patologías diferentes.

2. Este grupo esta formado por aquellos artículos que quisieron estudiar de forma mas general la relación directa que tiene el café u otras bebidas con cafeína sobre la tensión arterial.

3. Este grupo lo forman aquellas revisiones y meta análisis que estudiaron si el consumo de café es un factor de riesgo para el desarrollo de la hipertensión.

El grupo 3 está formado por 3 artículos, que tenían en común la manera de abordar el tema: la relación entre el consumo de café y la tensión arterial a largo plazo.

4 Resultados

Grupo 1:

- Los artículos de este grupo coinciden en que aun no hay investigación que evidencia la relación directa entre el consumo de café y el desarrollo de la hipertensión arterial, por lo que no se puede recomendar la restricción del café para el tratamiento de esta.
- Si que hay un articulo que afirma que la cafeína y su consumo conllevan un aumento de las cifras de tensión arterial pero inmediato, entre 4 horas y 5 días.

Grupo 2:

- En este grupo todos los artículos coinciden en el efecto vasopresor agudo que tiene la cafeína, y que este efecto es producido sobre todo en personas que no son consumidoras habituales, por lo que se evidencia la tolerancia a la cafeína que muchos artículos habían propuesto.

- La mayoría de los artículos de este grupo nos afirman que no se debería restringir el consumo del café, ya que observan efectos beneficiosos para la salud, como efecto anti inflamatorios y antioxidantes, y reductores de la mortalidad, siempre teniendo en cuenta que estos efectos serian conseguidos con la dosis correcta.

Grupo 3:

- En este grupo hay mucha variedad de opiniones, mientras uno afirman que no existe relación ninguna entre el consumo de café y el desarrollo de hipertensión arterial, otros afirman que ésta relación es causa directa de cifras de tensión arterial descontroladas.

- En cuanto a las recomendaciones también existe disparidad de opiniones ya que mientras uno defienden la restricción y el control del consumo café para controlar y prevenir la hipertensión arterial, otros afirman que no es una medida útil la restricción de este.

Por tanto es necesaria mucha más investigación para sacar un resultado significativo y evidenciado.

5 Discusión-Conclusión

El efecto de la cafeína sobre la tensión arterial no es crónico, si no que tiene una duración aproximada de 3 horas a 5 días, por lo que no son significativos sus efectos a largo plazo.

Así como la cafeína genera dependencia, también genera un efecto de tolerancia en las personas que la consumen habitualmente .

En cantidades moderadas el café tiene efectos beneficiosos para la salud, como la reducción de la mortalidad y efectos antioxidantes.

Sigue siendo necesaria más investigación y mas estudios sobre este tema ya que no existe evidencia significativa de que la restricción de café deba ser una medida a recomendar en el tratamiento de la hipertensión arterial.

6 Bibliografía

1. <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
2. <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-22357-5>

3. <https://apps.who.int>

4. Edelmiro Menéndez, Elías Delgado, Francisco Fernández-Vega, Miguel A. Prieto, Elena Bordiú, Alfonso Calle, Rafael Carmena, Luis Castaño, Miguel Catalá. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio Di@bet.es. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2016 [consulta 2019 diciembre];69(6):572-578. Disponible en: <https://ac.els-cdn.com>

5. Marvin Moser. Evolution of the Treatment of Hypertension From the 1940s to JNC V. *American Journal of Hypertension* [Internet]. 1997 March 01 [consulta 2019 diciembre]; 10:2S-8S. Disponible en: <https://doi.org>

6. <https://link.springer.com>

.

Capítulo 230

RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN VPH EN NIÑOS: APOYO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y TCAE

RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ

FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA

PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA

1 Introducción

Actualmente en España la vacunación infantil sistemática frente al virus del papiloma humano se encuentra incluida en los diferentes calendarios vacunales de la mayoría de comunidades autónomas. Pero cabe destacar que en todos los casos va principalmente dirigida al sexo femenino.

En esta revisión se tratará de destacar la relevancia de que la vacunación infantil frente al virus del papiloma humano también esté dirigida al sexo masculino como ya se hace en otros países. El virus del papiloma humano (VPH) tiene más de 140 subtipos catalogados pero son en torno a 40 los que pueden llegar a producir lesiones en genitales, boca y en vías respiratorias como la papilomatosis respiratoria (Sedaghat N, Sahba, 2013). Nueve de estos subtipos que pueden derivar en diferentes afecciones en el huésped tienen vacuna. Actualmente en España existen 3 vacunas comercializadas dirigidas a prevenir la infección por diferentes de estos subtipos.

- Cervarix (GSK): Vacuna bivalente frente a los subtipos VPH 16 y 18.
- Gardasil (MSD): Vacuna tetravalente frente a los subtipos VPH 6, 11, 16 y 18.
- Gardasil 9 (MSD): Vacuna nonavalente frente a los subtipos VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58.

Los ensayos clínicos con las vacunas bivalente y tetravalente mostraron una gran eficacia de ambas vacunas en la prevención de infecciones por VPH y lesiones precancerosas, sobre todo si estas son administradas en adolescentes antes de la posible exposición al virus, es decir, previo a las primeras relaciones sexuales (Bruni, Serrano, Bosch & Castellsagué, 2015). Según diferentes estudios, se han detectado 15 tipos virales catalogados de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82); tres tipos se han catalogado como de probable alto riesgo (26, 53 y 66); y 12 tipos se han clasificado como tipos de bajo riesgo (VPH-BR) (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108). En los casos de infección por VPH-AR, se ha detectado que el riesgo de una mujer de terminar desarrollando cáncer de cuello de útero se incrementa en un 150%. Entre los subtipos de VPH de alto riesgo más comunes nos encontramos con el 16, detectable en cerca del 60% de todas las lesiones cancerosas ya implantadas; y el 18, presente en aproximadamente un 10% de las mismas.

Datos de ensayos clínicos con dos vacunas de VPH, la bivalente frente a los VPH 16 y 18 (Cervarix) y la tetravalente frente a los VPH 6, 11, 16 y 18 (Gardasil), demuestran que estas vacunas son seguras, inmunógenas y altamente eficaces para la prevención tanto de la infección persistente de los tipos virales incluidos en la vacuna sino también para la prevención de las lesiones precursoras del carcinoma invasor de cuello de útero. Resultados de la vacuna tetravalente indican que esta vacuna es también altamente eficaz para la prevención de las verrugas genitales o condilomas así como de las neoplasias de vulva y vagina (Castellsagué & Bosch, 2007).

2 Objetivos

- Determinar y analizar las diferentes recomendaciones establecidas para la vacunación en niños del VPH

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. En total se han revisado 15 artículos académicos, de los cuales 7 han sido utilizados para este estudio.

4 Resultados

Ya que las vacunas trabajan mejor cuando una gran proporción de la población es cubierta, lo que en epidemiología se conoce como “inmunidad de manada”, incluir adicionalmente varones mejoraría la efectividad poblacional de la protección de la vacuna. Los modelos matemáticos muestran que una cobertura amplia de la población (ej. al menos 75% de la cohorte en riesgo) con una vacuna medianamente efectiva que prevenga del 50 al 75% de la infección persistente por el VPH 16/18, podría lograr una reducción mayor en la incidencia de cáncer de cérvix, en comparación a una cobertura menor del 50% de la población en riesgo con una vacuna muy efectiva que prevenga el 98% de los VPH 16/18 persistentes (Hughes JP, Garnett GP, Koutsky L; 2002). Algunos otros modelos matemáticos sugieren que la vacunación tanto de varones como de mujeres produce una reducción en las infecciones que es 50% mayor que la reducción que se lograría si se vacunaran sólo a las mujeres.

Al ser los VPH virus de transmisión sexual, la población diana prioritaria de los programas de vacunación contra el VPH deberían ser las niñas antes del inicio de sus primeras relaciones sexuales (a partir de los 9-10 años). Por lo tanto, es importante conocer el grado e intensidad de la seroconversión inducida por las vacunas contra el VPH en estos grupos de edad. Block et al. (2006) presentaron los resultados de un ensayo clínico en el que cuantificaron la inmunogenicidad (tasas de seroconversión y niveles de anticuerpos en sangre) de la vacuna tetravalente de VPH 6, 11, 16 y 18 en 510 niños y 506 niñas de entre 10 y 15 años comparándola con la de un grupo de 513 mujeres de entre 16 y 23 años. En el mes siete, un mes después de la última dosis, en los tres grupos combinados las tasas globales de seroconversión anti-VPH 6, 11, 16 y 18 fueron del 100%, 100%, 100% y 99,6%, respectivamente. Las medias geométricas de los títulos de anticuerpos en niñas y niños fueron de 1,7 a 2,7 veces superiores a la observada en mujeres adultas

jóvenes. Las medias de los títulos de anticuerpos en niños fueron de entre 1,07 y 1,33 veces superiores a la de las niñas. La tasa de efectos secundarios adversos fue comparable entre los tres grupos. Estos datos apoyan la generalización de los datos de eficacia de la vacuna tetravalente observados en mujeres jóvenes a niños y niñas de 10 a 15 años.

Hay países que han aprobado su uso en niños, sin embargo, el aspecto de costos probablemente se convertirá en la limitante para la decisión sobre vacunar varones y mujeres como una medida de salud pública por ahora (García, Patricia J., 2007).

5 Discusión-Conclusión

El pediatra desempeña una función clave en el éxito de la introducción de la vacuna en las niñas y niños preadolescentes, la población diana prioritaria para conseguir el máximo potencial preventivo de la vacuna. El pediatra, la enfermera de pediatría y el personal auxiliar deben implicarse en transmitir a padres y preadolescentes la importancia de las vacunas contra el VPH para la prevención de un cáncer que puede desarrollarse en la edad adulta. Es una oportunidad única para contribuir de forma directa y activa en la prevención del cáncer de cuello de útero.

Por todo esto, cabe destacar la importancia de que la vacunación también esté dirigida a los niños ya que aunque el sexo masculino no vaya a desarrollar cáncer de cérvix, puede presentar otro tipo de lesiones o incluso ser portador y transmisor silente del mismo.

6 Bibliografía

- Sedaghat N, Sahba. (2013). Papilomatosis respiratoria recurrente y el rol de la vacunación antiVPH. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 73(1), 89-93.
- Bruni, L., Serrano, B., Bosch, X., & Castellsagué, X. (2015). Vacuna frente al virus del papiloma humano. Eficacia y seguridad. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 33(5), 342-354
- 3. Castellsagué, X., & Bosch, F. X. (2007). Vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH): incorporación del pediatra en la lucha contra el cáncer de cuello uterino. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 9, 21-42.

- Block, S. L., Nolan, T., Sattler, C., Barr, E., Giacoletti, K. E., Marchant, C. D., . . . Reisinger, K. S. (2006). Comparison of the Immunogenicity and Reactogenicity of a Prophylactic Quadrivalent Human Papillomavirus (Types 6, 11, 16, and 18) L1 Virus-Like Particle Vaccine in Male and Female Adolescents and Young Adult Women. *PEDIATRICS*, 118(5), 2135–2145.
- García, Patricia J.. (2007). Que hay en el horizonte sobre el virus del papiloma humano, vacunas y el control del cáncer. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 24(3), 272-279.
- Hughes JP, Garnett GP, Koutsky L. The theoretical population-level impact of a prophylactic human papilloma virus vaccine. *Epidemiology*. 2002; 13(6): 631-39.
- Chan Acón, Wendy, Aguilar Morales, Lara, Soley, Carolina, & Arguedas Mohs, Adriano. (2008). Estado actual de la vacuna recombinante contra el virus del papiloma humano. *Acta Médica Costarricense*, 50(4), 203-210.

Capítulo 231

LA LABOR DE ENFERMEROS Y TCAES EN EL CRIBADO DE CANCER DE COLON EN ESPAÑA

RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ

FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA

PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA

1 Introducción

El cáncer de colon es la neoplasia más frecuente llegando a haber 28.000 nuevos casos cada año. Es el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres tras el de mama, y el tercero en los hombres tras el de pulmón y el de próstata. Tiene mayor incidencia entre los 65 y los 75 años de edad, y en el 90% de los casos se trata de una neoplasia curable sobre todo si se hace una detección precoz del mismo. A partir del cribado, que consta de una serie de pruebas y exploraciones, es posible detectar y extirpar los pólipos precancerosos para prevenir el desarrollo del tumor maligno o bien detectarlo lo antes posible.

El 80% de los cánceres de colon son de carácter esporádico y solamente una quinta parte tiene una influencia genética, siendo dos los síndromes que se suelen relacionar con esta neoplasia, la poliposis adenomatosa familiar y el síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario no polipósipo. Con frecuencia el cáncer de colon se asienta sobre pólipos y un 5% de los mismos se puede convertir en una tumoración maligna. Un pólipo puede tardar entre dos y tres años en medir más de un centímetro y de 7 a 10 años en degenerar en un cáncer, es decir, que son

tumores de crecimiento lento, de ahí la importancia de poder detectarlos en sus etapas más tempranas. Los pacientes con estas enfermedades deben someterse a un control más estricto que el resto de la población, dada la mayor probabilidad de sufrir un cáncer de colon si se padecen estas enfermedades.

Los principales factores de riesgo del cáncer de colon son: la edad, los antecedentes familiares, la dieta, las enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn), el consumo de alcohol y el hábito tabáquico.

2 Objetivos

- Determinar los principales factores de riesgo del cáncer de colon.
- Analizar que parte de la población es más propensa a contraer dicha enfermedad.
- Establecer la importancia de educar a los profesionales sanitarios para captar a toda la población a la que va enfocado el cribado.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva del tema a tratar en diferentes bases de datos como ScieLo. Se seleccionaron 6 artículos y 2 protocolos hospitalarios generados en diferentes comunidades autónomas dentro del sistema sanitario español.

4 Resultados

Hay que clasificar el nivel de riesgo individual de padecer cáncer de colon para determinar cuándo debe iniciarse el programa de cribado, a quién debe ofrecérsele, qué tipo de pruebas es preciso realizar y con qué frecuencia se deben llevar a cabo. Por tanto, la primera consideración que se debe tener en cuenta en el cribado de esta patología es determinar si el paciente presenta un riesgo bajo, medio o elevado.

El cribado de cáncer de colon es una medida eficiente para la detección precoz de lesiones malignas y premalignas y su rápido tratamiento con el fin de evitar su evolución y garantizando una mayor supervivencia de la población.

Como norma general, el cribado poblacional de cáncer de colon está destinado a pacientes que cumplen determinados criterios de edad, patología, antecedentes, pruebas previas como colonoscopias recientes o que hayan presentado cáncer colorrectal en el pasado.

Es función del profesional clínico que recibe al paciente (médico, enfermería y TCAES), explicar al paciente su motivo de exclusión (cuando exista) o inclusión en el programa, cuya aceptación habrá de ser voluntaria por parte del paciente. En el caso de cumplirlo quedarían excluidos del programa pero no de pruebas, es decir, no se realizaría un test de detección de sangre oculta en heces, sino que se pasaría directamente a la segunda fase, la colonoscopia (dependiendo de la comunidad autónoma esto puede llegar a variar).

Dos estudios europeos de base poblacional realizados en el Reino Unido y Dinamarca mediante cribado bienal sin rehidratación de las muestras evidenciaron una reducción de la mortalidad del 15 y 18%, respectivamente. Un estudio francés más reciente obtuvo con una metodología similar una reducción del 16%.

Este importante estudio, realizado sobre una amplia base poblacional, confirma la factibilidad de la implementación de programas de cribado del cáncer colorrectal en nuestro medio. Probablemente, el aspecto de mayor trascendencia del estudio es el porcentaje de pacientes diagnosticados en estadio I en el grupo de cribado (41,7%), muy superior al de los casos incidentes diagnosticados en el hospital de referencia del área evaluada (11%). Aunque el estudio no está diseñado de forma específica para evaluar este efecto, cabe esperar que este mayor porcentaje de casos diagnosticados en estadios potencialmente curables tenga un impacto positivo en la supervivencia.

En concordancia con otras series previas, la tasa de participación de la población es baja: un 17% en la primera ronda y un 22% en la segunda, siendo también significativo el hecho de que el 33% de las personas cribadas en la primera ronda no participó en la segunda. Dado que, como se mencionó previamente, los resultados del cribado dependen en gran medida tanto de una alta tasa de participación inicial como de un seguimiento adecuado, es probable que este hecho afecte de forma negativa el rendimiento global del programa.

Uno de los aspectos más controvertidos es si debe aplicarse una estrategia de cribado diferenciada en función del sexo. El trabajo de Navarro y Cols. aporta nuevos datos al revelar que el número de neoplasias avanzadas detectadas en hombres duplica al de las mujeres, por lo que futuros estudios deberán evaluar la posibilidad de introducir cambios en las recomendaciones actuales de cribado en ambos sexos.

Por su integración en Atención Primaria, ausencia de aparataje, fácil uso y rápida realización, el test de detección de SOH inmunoquímico cualitativo facilita la extensión del cribado, con resultados similares a los de los test inmunoquímicos cuantitativos. Por todo esto es muy recomendable continuar con su uso como

medida de prevención ya que se transformaría en un menor gasto sanitario y un mayor aprovechamiento de los recursos.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo del cribado es la detección de la presencia de lesiones precancerosas o de cáncer en individuos asintomáticos, permitiendo así el tratamiento precoz y el aumento de la supervivencia. El cáncer colorrectal tiene una lesión precursora, el pólipo adenomatoso, de lento crecimiento y fácilmente identificable, sobre el que se puede actuar mediante polipectomía. El período desde la primera aparición de un pólipo hasta el desarrollo de cáncer oscila, probablemente, entre 5 y 15 años.

Aunque el CCR es más probable en individuos con riesgo moderado o alto, a escala poblacional la mayoría de los casos inciden en personas con riesgo medio. Para la valoración del riesgo de un individuo en relación con el desarrollo de esta patología es fundamental la evaluación de los antecedentes personales y/o familiares. Se debe realizar una correcta anamnesis que recoja los antecedentes de cáncer de colon propios y de familiares de primer grado principalmente aunque también resulta relevante tener en cuenta los familiares de segundo grado.

6 Bibliografía

- Abraldes Belchiarelli A, Santamaría Rodríguez G, Rodríguez Ramos C. Tumores de intestino grueso. *Medicine*.2008;10(7):442-8.
- Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: clinical applications. *JAMA*. 2003;289:1297-302.
- Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology* 2004; 126: 1674-80.
- Kronborg O, Fenger C, Olsen J, et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet* 1996; 348: 1467-71.
- Díaz Tasende J., Marín Gabriel J. C.. Cribado del cáncer colorrectal mediante test de sangre oculta en heces. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2008 Jun [citado 2020 Ene 03]; 100(6): 315-319.
- Brugos-Llamazares Verónica, González de Aledo Lino Álvaro, Vada-Sánchez Javier, Terán-Lantarón Álvaro. Resultados del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria durante el periodo noviembre de 2008 a marzo de 2010. *Rev. Esp. Salud Publica*.

- Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee JP, Arsene D, Boutreux S et al. Comparison of a guaiac based and an immunochemical faecal occult blood test in screening for colorectal cancer in a general average risk population. *Gut*. 2007; 56: 210-214.
- Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*. 2007; 18: 581-592.

Capítulo 232

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM: SÍNTOMAS, CAUSA, UBICACIÓN Y TRATAMIENTO.

LAURA MONTESERIN FERNANDEZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES PELÁEZ ÁLVAREZ

ALEJANDRA ÁLVAREZ DIAZ

JOANA ÁLVAREZ DÍAZ

1 Introducción

El molusco contagioso o Molluscum contagiosum es una infección cutánea de origen vírico que se da con frecuencia en la edad pediátrica, aunque no es un virus del que se tenga gran conocimiento. Se caracteriza por la aparición de elevaciones de la piel benignas que suelen desaparecer de forma espontánea con el tiempo.

2 Objetivos

- Determinar la causa y medio de contagio del molusco contagioso.
- Determinar los síntomas y lugares más frecuentes de aparición de los moluscos.
- Determinar cuál es el tratamiento a realizar para la eliminación de este.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos relacionados con el tema a tratar. La fuente principal de información ha sido la Asociación Española de Pediatría. Algunas de las palabras clave empleadas han sido: molusco contagioso; infancia

4 Resultados

El virus molluscum contagiosum, de la familia Poxvirus, se contagia mediante el contacto directo o, sobre todo en el caso de los niños, por el contacto con objetos infectados, como juguetes, por ello se da con mayor frecuencia en edades tempranas. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que el contagio no se da exclusivamente en niños. También es común en personas adultas inmunodeprimidas y en la zona genital de personas sexualmente activas. Las personas de piel atópica son más propensas al contagio del virus.

El molusco es similar a una verruga, es una elevación de aspecto perlado, rosado, liso y brillante, que puede aparecer solo o en grupos e hileras. Algunos parecen tener una especie de hoyo en el centro. Es frecuente que aparezcan en las extremidades, el rostro o la zona genital. Aunque también aparece con frecuencia en la cara interna del muslo y puede llegar a darse alrededor de los ojos y la boca, lo que dificulta enormemente su eliminación mediante la aplicación medicamentosa.

En cuanto a su cuadro clínico se refiere, su único síntoma son las propias elevaciones, sin embargo, estas pueden inflamarse, enrojecer, picar o dolor. Incluso pueden llegar a infectarse debido al rascado al que son sometidos, sobre todo por parte de los niños de edad temprana. La infección del molusco también puede ser ocasionada debido al rozamiento producido por la propia ubicación de este, esto suele ocurrir en zonas como la cara interna del muslo.

Aunque el molusco puede desaparecer de forma espontánea, por sí solo, en ocasiones se usan tratamientos para acelerar el proceso de eliminación. Algunos de ellos son: la congelación, el curetaje o mediante la aplicación de pomadas o líquidos especializados.

5 Discusión-Conclusión

El molusco contagioso (MC) es un virus de alta contagiosidad en la infancia. La elevación cutánea característica de este tipo de virus suele aparecer en las extrem-

idades y el tronco, así como en la zona genital y el rostro. Suele ser eliminado de forma espontánea, aunque para acelerar el proceso pueden llevarse a cabo una serie de tratamientos recomendados por el médico.

6 Bibliografía

- Asociación Española de Pediatría. Anales de pediatría. "Molusco Contagioso: estudio descriptivo."
- KidsHealth. "Molusco contagioso".
- Scielo. "Molluscum Contagiosum". Mirian Martínez Carretero, María Emilia Villena Zálveza, Alejandro Villena Ferrer.

Capítulo 233

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (FDG-PET) PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS DISTINTOS SUBTIPOS DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

IRENE GARCIA CANCELO

RUBÉN VALLES SUÁREZ

RAÚL PÉREZ ISAAC

1 Introducción

La demencia frontotemporal (DFT) se define como un síndrome clínico constituido por un grupo heterogéneo de enfermedades marcadas por la neurodegeneración focal progresiva de los lóbulos temporal y frontal anterior, implicados en la motivación, el procesamiento de recompensas, la personalidad, la cognición social, la atención, el funcionamiento ejecutivo y el lenguaje. La DFT, fue descrita por primera vez por Arnold Pick en 1892.(1)

La DFT, es la segunda forma más común de demencia neurodegenerativa en la población presenil (después de la enfermedad de Alzheimer (EA) y la tercera forma más prevalente de demencia neurodegenerativa en general (después de la

EA y la demencia Vascular). Con una prevalencia estimada de 15 / 100.000 en el grupo de edad de 45-64 años. Afecta tanto a hombres como mujeres, aunque clásicamente la forma conductual ha sido descrita mayoritariamente en hombres.(2)

La DFT puede presentarse en tres subtipos cuya característica común es la atrofia relativamente limitada a los lóbulos frontales o temporales, lo cual determina la aparición de cuadros clínicos diferentes: uno con predominio de síntomas comportamentales -variante comportamental de la demencia frontotemporal (DFTc) con afectación principal del lóbulo frontal (especialmente de la región prefrontal), y otros dos con predominio de deficiencias en el área del lenguaje; la variante semántica de la afasia progresiva primaria (svPPA) y la afasia progresiva primaria de la variante no fluente (nfvPPA), ambas con afectación predominantemente del lóbulo temporal.(3)

Signos y síntomas.

Los síntomas iniciales de la demencia frontotemporal están relacionados con cambios de personalidad (por ello se suelen confundir al inicio con enfermedades psiquiátricas, como depresión o trastorno bipolar), así como alteraciones comportamentales, del afecto, el lenguaje o las funciones ejecutivas.

Los síntomas comportamentales son; cambios marcados en la personalidad y el comportamiento, ya menudo muestran una mezcla de apatía y desinhibición. La apatía se caracteriza por la pérdida de interés en asuntos personales y responsabilidades, retiro social. La desinhibición se manifiesta por una multitud de comportamientos socialmente inapropiados, incluyendo la búsqueda de confrontación, haciendo comentarios perjudiciales o insensibles a los demás, participando en conductas francamente sociopáticas (por ejemplo, robo en tiendas). Los pacientes parecen fríos, mostrando poca preocupación por el efecto de su comportamiento en los seres queridos. Algunos pacientes desarrollan cambios dramáticos en las creencias religiosas, las convicciones políticas, o el estilo de vestir y social, cambios de personalidad tan profundos que han sido descritos como un "cambio en uno mismo".

Tienen comportamientos motores repetitivos (por ejemplo, frotamiento, recolección, aclaramiento de la garganta, estimulación), acumulación y recolección idiosincrásicas, cambios en el comportamiento alimentario (por ejemplo, comer en exceso y aumento de peso, pérdida de hábitos de mesa) e hiperoralidad (incluida la exploración oral de objetos no comestibles)(4)

· Los síntomas cognitivos más comunes son; mal juicio, falta de atención y distracción, pérdida de la capacidad de planificación y desorganización. La fun-

ción visuoespacial casi siempre se conserva tempranamente en la enfermedad. El lenguaje también se ve afectado en este caso con; pérdida del significado de las palabras, aun cuando se conservan los aspectos fonológicos y sintácticos del lenguaje. Dificultades para la nominación; anormalidades en el discurso, con disminución en el tamaño de las frases; parafasias fonológicas; alteraciones en la velocidad del lenguaje, la articulación y la prosodia, y errores gramaticales. La memoria no se ve afectada hasta el último estadio de la enfermedad⁵

Diagnóstico de demencia frontotemporal. El diagnóstico DFT ha sido durante años un reto para muchos clínicos que se enfrentaban, por un lado, a un importante desconocimiento sobre esta enfermedad, y por otro, a una falta de consenso en los criterios diagnósticos.

En 1994 se establecen unos criterios diagnósticos y neuropatológicos consensuados por los grupos de Lund y Manchester.

Características clínicas y anatomopatológicas. El diagnóstico de DFT se realiza principalmente mediante la evaluación clínica (signos y síntomas). A pesar de sus potenciales trampas diagnósticas, la presencia de conducta social anormal, cambios en los hábitos alimenticios, comportamientos estereotipados y apatía en la ausencia relativa de la memoria o déficit visuoespacial normalmente llevará a hacer un diagnóstico diferencial de DFT.

Anatomopatológicamente este tipo de demencia se caracteriza microscópicamente por la atrofia frontotemporal, pudiendo identificarse a nivel microscópico diferentes sustratos patológicos.: inclusiones ubiquinadas, depósitos de tau, cuerpos de Pick y neuronas acromáticas tumefactadas (células de Pick).

Estudios de Neuroimagen. La imagen cerebral es a menudo útil, puede transformar un diagnóstico de "posible" en "probable" y debe dirigirse a los lóbulos frontales y temporales anteriores. La imagen estructural puede apoyar el diagnóstico, sin embargo, en las primeras etapas de la enfermedad la imagen puede ser normal. La imagen estructural del cerebro puede demostrar una atrofia focal ya veces muy marcada de los lóbulos temporales frontales y/o anteriores, que a menudo es asimétrica.

En la resonancia magnética, se observa atrofia cortical (que es más prominente en los lóbulos temporales y frontales), dilatación ventricular y atrofia de la cabeza del núcleo caudado.

Las imágenes funcionales son útiles en el diagnóstico en las fases tempranas de

la enfermedad, cuando la atrofia aún no es evidente. Se observa hipoperfusión en las imágenes de tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) o hipometabolismo en la tomografía por emisión de positrones (PET), en los lóbulos frontales y temporales; así como disminución de la activación cortical frontal y parietal en la resonancia magnética funcional. En imágenes de perfusión por resonancia magnética se evidencia una disminución de la perfusión en los lóbulos frontales y temporales, de una forma similar al SPECT y al PET.

2 Objetivos

- Estudiar la utilidad de la tomografía por emisión de positrones (FDG-PET) para el diagnóstico diferencial de los distintos subtipos de demencia frontotemporal.
- Valorar las diferencias en el hipometabolismo regional, existentes en los distintos subtipos de demencia frontotemporal.

3 Metodología

Se trata de un estudio descriptivo. Para llevar a cabo nuestro estudio se tomaron los pacientes con diagnóstico de sospecha de DFT en el Hospital Universitario Central de Asturias a los que se les realizó una prueba funcional de imagen PET con 18FDG y se estudió de forma retrospectiva el subtipo de DFT hacia el que habían evolucionado. La recogida de datos se ha realizado durante los meses de Marzo de 2017 hasta Abril de 2017 ambos inclusive. La muestra del estudio está formada por 10 pacientes del servicio de neurología, del HUCA.

- Criterios de inclusión (deben cumplirlos todos): Pacientes diagnosticados de DFT y pacientes que hayan realizado estudios de neuromaigen FDG-PET.
- Criterios de exclusión: Pacientes con otro tipo de comorbilidad neurológica.

Las variables recogidas para mi trabajo han sido: Edad del paciente, género del paciente, edad al diagnóstico (edad al debut de DFT), subtipo de demencia frontotemporal (Comportamental, semántica, afasia progresiva primaria no fluente, afasia logopélica) y resultados obtenidos en el FDG-PET, especificando las regiones cerebrales donde se aprecia hipometabolismo.

Clasificación según el tipo de PET: Para clasificar un patrón de hipometabolismo en el PET como compatible o atípico para DFT se tomó como único criterio el informe en tal sentido del facultativo del Servicio de Medicina Nuclear que informó el PET de cada paciente. Ello no obstante se recogieron en cada historia datos de

la captación de FDG en hasta un mínimo de 5 regiones diferentes a efectos de tratar de determinar si existen diferencias en la evolución de pacientes con patrones de hipometabolismo, todos ellos compatibles con DFT, pero afectando a distintas áreas. Las áreas seleccionadas son: región frontobasal, región frontolateral, unión frontotemporal, temporal anterior (punta), temporal lateral, temporal medial, cíngulo anterior, cíngulo posterior, parietal, precuneus, giro angular, occipital y difuso.

Procedimiento: Inicialmente se realizó una revisión sistemática de la literatura científica en bases de datos científicas y electrónicas, como Pubmed, Biblioteca Cochrane, utilizando para ello las siguientes palabras clave: "Frontotemporal demencia", "biomarker", "diagnostic", "magnetic resonance imaging", "PET". Una vez realizada la revisión exhaustiva del tema, se diseñó el trabajo, concretando los objetivos. Una vez establecidos, se decidió, realizar un estudio descriptivo, con diez pacientes diagnosticados de DFT y a los que se les realizó una prueba de neuroimagen (PET-DFT), del servicio de Neurología del HUCA, durante los meses de marzo y abril del 2017.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, las variables cuantitativas: Se expresaron mediante medias, medianas, con un intervalo de confianza (IC) del 95% y rangos.

4 Resultados

Características de la muestra:

Sexo:

La muestra de pacientes cuenta con 4 hombres y 6 mujeres, siendo la representación de 40% y 60% respectivamente.

Edad al Diagnóstico DFT:

La edad a la que se realizó el PET nos permite conocer dos datos importantes: el periodo de tiempo que ha pasado desde el inicio de los síntomas de DFT hasta la captación de las imágenes del PET y, todavía más importante, el tiempo que ha transcurrido desde la obtención de dicho mapa del metabolismo cerebral hasta la última valoración por el neurólogo, que será la quien determine si se ha producido evolución o no hacia DFT. La edad media de la muestra del diagnóstico de DFT es de 67,5 años con una mediana de 68. Agrupando los datos por sexos obtenemos una media de 69,5 años para el diagnóstico en los varones con una mediana de 71,5 años, en el caso de las mujeres la media de edad es la misma 69,5

años con una mediana de 70,5 años.

Valoración de la utilidad del FDG-PET:

Para llevar a cabo la clasificación de la evaluación del PET de los pacientes diagnosticados de DFT en los cuatro tipos de DFT – Comportamental, Demencia semántica, Afasia progresiva no fluente y Afasia logopéica– hemos decidido utilizar como único criterio la opinión emitida por el servicio Medicina Nuclear en el informe del PET. Sin embargo en la tabla 2, recogemos desglosada la descripción del patrón de metabolismo de 13 diferentes regiones cerebrales así como el predominio hemisférico del patrón de hipometabolismo (derecho, izquierdo y bilateral).

Al cruzar los datos resultantes de la agrupación de los pacientes de la muestra en las categorías arriba mencionadas obtenemos los siguientes resultados:

- En la DFT de tipo comportamental, parecen estar más afectadas las regiones; frontobasal, frontolateral y unión frontotemporal, es decir la parte anterior cerebral. En este tipo de DFT se ven afectados de los hemisferios es bilateral (izquierdo y derecho).
- En la DFT de tipo demencia semántica, parece estar afectados el lóbulo temporal en su parte anterior y lateral, de ambos hemisferios, aunque la muestra en este tipo de demencia, resulta muy pequeña para poder determinar la zona afectada con exactitud.
- En la DFT de tipo afasia progresiva no fluente, parece estar afectadas las zonas posteriores (cíngulo posterior, parietal, precuneus...). Lo que sí se observa con claridad en los resultados obtenidos en el PET, es que la zona afectada siempre se encuentra en la región del hemisferio izquierdo.
- En la DFT de tipo afasia logopéica, afecta tanto al lóbulo temporal, como al lóbulo frontal. Como en el caso anterior en este tipo de DFT, se ve más afectada la región del hemisferio izquierdo.

5 Discusión-Conclusión

La clínica y la exploración neuropsicológica siguen siendo la herramienta principal para el diagnóstico de los diferentes subtipos de demencia frontotemporal. Las pruebas complementarias como el FDG-PET puede resultar de utilidad como pruebas de apoyo para el diagnóstico diferencial de los diferentes subtipos de demencia frontotemporal.

6 Bibliografía

1. Olszewska DA, Lonergan R, Fallon EM, Lynch T. Genetics of Frontotemporal Dementia. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2016; 16(12):107.
2. Gordon E, Rohrer JD, Fox NC. Advances in neuroimaging in frontotemporal dementia. *J Neurochem.* 2016; 138(1): 193-210.
3. Cerami C, Dodich A, Greco L, Iannaccone S, Magnani G, Marcone A et al. The Role of Single-Subject Brain Metabolic Patterns in the Early Differential Diagnosis of Primary Progressive Aphasias and in Prediction of Progression to Dementia. *J Alzheimers Dis.* 2016; 55(1): 183-197.
4. Federica Agosta F, Galantucci S, Filippi M. Advanced magnetic resonance imaging of neurodegenerative diseases. *Neurol Sci.* 2016;1-11.
5. Koikkalainen J, Rhodius-Meester H, Tolonen A, Barkhof F, Tijms B, Lemstra AW et al. Differential diagnosis of neurodegenerative diseases using structural MRI data. *Neuroimage Clin.* 2016; 11:435-49.
6. Rosness TA, Engedal K, Chemali Z. Frontotemporal Dementia: An Updated Clinician's Guide. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2016; 29(5):271-80.
7. Li YQ, Tan MS, Yu JT, Tan L. Frontotemporal Lobar Degeneration: Mechanisms and Therapeutic Strategies. *Mol Neurobiol.* 2016; 53(9):6091-6105.
8. Wang J, Redmond SJ, Bertoux M, Hodges JR, Hornberger M. A Comparison of Magnetic Resonance Imaging and Neuropsychological Examination in the Diagnostic Distinction of Alzheimer's Disease and Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. *Front Aging Neurosci.* 2016; 8:119.
9. Oeckl P, Steinacker P, Feneberg E, Otto M. Neurochemical biomarkers in the diagnosis of frontotemporal lobar degeneration: an update. *J Neurochem.* 2016; 138(1):184-92.
10. Karageorgiou E, Miller BL. Frontotemporal lobar degeneration: a clinical approach. *Semin Neurol.* 2014; 34(2):189-201.

Capítulo 234

LA TENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA

CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA

TERESA CRIADO GONZÁLEZ

1 Introducción

La tensión arterial o presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de la arteria cuando esta es bombeada por el corazón. La presión es máxima durante la contracción del corazón, sístole, denominándose presión arterial máxima o sistólica, hablaremos de presión mínima o diastólica durante la relajación del músculo cardíaco, la cual se produce entre dos latidos del corazón.

2 Objetivos

- Analizar las cifras normales de tensión arterial, causas de hipertensión y prevalencia.

3 Metodología

El método de trabajo fue una revisión artículos sobre la tensión arterial. Se han consultado bases de datos SciELO, Porta Regional de la BVS, Dialnet así como directorios de revistas con acceso abierto (Elsevier), se han utilizado descriptores en español (“tensión”, “arterial”, “prevalencia”, “causas”). De un total de 12 publicaciones, fueron seleccionadas 4. Los criterios establecidos fueron:

- Estudios que analicen la tensión arterial.
- Estudios que aporten datos sobre la causa y prevalencia.
- Estudios escritos en español.

4 Resultados

Las cifras de tensión arterial sistólica normales son entre 120-129 mmHg y las de diastólica entre 80 y 84 mmHg. Un 25% de la población adulta sufre hipertensión, pero hay entre un 20-30% de hipertensos que no lo saben, además de los que lo saben solo entre el 50-60% recibe tratamiento y solo mantienen unas cifras correctas entre el 20-30%. La causa principal es idiopática, es decir, no se conoce su origen, siendo esta el 90-95% de los casos, influyen los factores hereditarios y ambientales, el otro 5-10% es de origen secundario, siendo lo más frecuente una enfermedad vasculo-renal. La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular y una de las enfermedades que mas consultas y la enfermedad crónica más frecuente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante detectar y tratar precozmente la hipertensión arterial, minimizando así el riesgo de sufrir una complicación cardio-vascular. Es tarea la de los profesionales sanitarios de concienciar y educar a la población sobre el problema de la hipertensión.

6 Bibliografía

- López-González, Ángel A. et al. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. *Gac Sanit*, Feb 2015, vol.29, no.1, p.27-36. ISSN 0213-9111
- Navas Santos, Lucía et al. Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos. *Enferm Nefrol*, Mar 2016, vol.19, no.1, p.20-28. ISSN 2254-2884
- Macías J, Robles N.R, Herrera J y cols. Recomendaciones para la detección y el tratamiento del anciano con hipertensión arterial. *Nefrología* 2007; 27(3): 270-278.
- Mancia G. Guía Europea de práctica clínica para el tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*. 2007; 60(9): 968-994.

Capítulo 235

CURACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA: PRÓTESIS PARCIAL DE CADERA

VERONICA ALVAREZ ESPINETE

1 Introducción

La cirugía de fractura de cadera se realiza para reparar una ruptura en la parte superior del hueso del muslo conocido como fémur, que forma parte de la articulación coxofemoral. Las posibles causas de la fractura de cadera son:

- Traumatismo: caída, accidente, fuerte impacto.
- Osteoporosis: el hueso tiene menos resistencia porque pierde masa ósea.
- Otras enfermedades que debiliten al hueso: cáncer y otros tumores óseos, infección en el hueso, osteomalacia, osteogénesis imperfecta, enfermedad de Paget...

La prevalencia de la fractura de cadera es un problema relevante de salud pública, por su frecuencia, coste y riesgo. Afecta a ancianos, mujeres, y varía en incidencia, mortalidad y estancia hospitalaria y las consecuencias médicas, sociales y de rehabilitación tienen un gran impacto.

2 Objetivos

Conocer a través de un caso clínico el manejo de una paciente intervenida de fractura de cadera.

3 Caso clínico

Mujer de 77 años, que acude al servicio de urgencias del hospital tras caída accidental durante la noche en su domicilio. Consulta por caída accidental sobre la cadera derecha en la que presenta dolor intenso con impotencia funcional. Niega traumatismo craneal, no pérdida de conciencia

Antecedentes personales: Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, Sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. En tratamiento crónico con enalapril 20 mg 1/24 horas, atorvastatina 40 mg 1/24 horas,

Manejo en urgencias:

- Se realiza una analítica de sangre y una radiografía de pelvis (antero-posterior y lateral): se observa fractura subcapital de fémur derecha
- Se realiza por parte del servicio de traumatología de urgencias, una intervención de colocación de prótesis parcial de cadera derecha con anestesia raquídea, la cirugía dura 3 horas y presenta una incisión quirúrgica en el muslo derecho con 15 grapas. La intervención y el postoperatorio transcurre sin complicaciones.

Tras 6 días de hospitalización, es dada de alta. Precisando curas cada 48 horas en su centro de salud y retirada de grapas en el mismo a los 12 días de la intervención

4 Resultados

La paciente ha sufrido una fractura de cadera que ha precisado de intervención quirúrgica, por una caída accidental.

Tras 12 días de la intervención, se retiran las grapas sin incidencia. La paciente no refiere dolor. Camina 1 hora todos los días y cumple con las recomendaciones indicadas al alta hospitalaria

5 Discusión-Conclusión

El equipo enfermero realizara curas cada 48 horas ó previamente si fuera necesario. Además de estar pendiente de los signos de alarma, como sangrado abundante, fiebre o aumento del dolor

Se explica la necesidad de caminar con ayuda de andador (puede apoyar la pierna intervenida pero no echar el peso del cuerpo); esto ayuda a evitar la formación de coágulos en las venas, que se denomina trombosis venosa profunda, de las

piernas, además deberá administrar durante 15 días heparina subcutánea cada 24 horas como profilaxis.

No deberá sentarse en sillas bajas o sofás blandos, al menos durante los tres primeros meses, y mantener las rodillas ligeramente separadas. Al sentarse en el inodoro es conveniente igualmente separar las rodillas. Si fuese muy bajo el su inodoro puede comprar un suplemento especial de venta en ortopedias. Procure Deberá de retirar las alfombras de las habitaciones para evitar tropezar y poder caerse al suelo. Deberá usar zapatillas o zapatos cerrados.

Al agacharse a coger algún objeto del suelo debe hacerlo con rotación hacia afuera del pie, nunca girando el pie hacia adentro, También puede agacharse dejando la pierna operada hacia detrás, flexionando sobre la pierna no operada. Al intentar ponerse los calcetines o zapatos hágalo con rotación hacia afuera del pie, nunca girando el pie hacia adentro. Utilizará medias de compresión, pudiendo retirarlas por la noche.

Existen principalmente tres movimientos que el paciente debe evitar, al menos, durante los 3 meses siguientes a su operación, por ello el equipo enfermero deberá de comunicárselo. Este tiempo puede ser aumentado o disminuido según indicaciones de su traumatólogo.

1. No cruzar las piernas.
2. No realizar ni mantener posturas con la cadera flexionada más de 90°.
3. No caminar con el pie girado hacia fuera ni hacia dentro, cuidar que siempre está dirigido hacia delante.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.fjd.es>

Capítulo 236

HIPERCOLESTEROLEMIA, UN PROBLEMA DEL SIGLO XXI

CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA

TERESA CRIADO GONZÁLEZ

1 Introducción

La hipercolesterolemia o cifras de colesterol altas (superiores a 200 mg/dl) es uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares. La genética y la alimentación son los principales agentes causales de esta patología. Una dieta adecuada y un estilo de vida saludable reducen el riesgo.

2 Objetivos

- Analizar prevalencia de la hipercolesterolemia.

3 Metodología

El método de trabajo fue una revisión artículos sobre la colesterolemial. Se han consultado bases de datos (SciELO, Porta Regional de la BVS, Dialnet) así como directorios de revistas con acceso abierto (Elsevier). Se han utilizado descriptores en español (“hipercolesterolemia”, “españa”, “prevalencia”).

Los criterios establecidos fueron:

- Estudios que analicen la hipercolesterolemia.
- Estudios que aporten datos sobre la causa y prevalencia.
- Escritos en español.

4 Resultados

La prevalencia de la hipercolesterolemia en España es alta, si analizamos la población entre los 35 y 64 años de edad nos encontramos con que el 58% tiene una colesterolemia igual o superior a 200mg/dl y un 18% superior a 250 mg/dl. Está influida por la genética y la alimentación, en especial por la ingesta de grasas.

5 Discusión-Conclusión

Se debe de recomendar una dieta equilibrada, que la persona mantenga un índice de masa corporal entre 20 y 25. En España se ha potencia mucho el consumo de grasas monoinsaturadas con el aceite de oliva, por tanto hay que regular su ingesta en la llamada dieta mediterránea. Se debe recomendar el abandono del hábito tabáquico y potenciar la actividad física. En caso de ser necesario se puede administrar tratamientos farmacológicos para su control.

6 Bibliografía

- Villar Álvarez, Fernando et al. Recomendaciones para el control de la colesterolemia en España. Rev. Esp. Salud Publica, Dic 2000, vol.74, no.5-6, p.00-00. ISSN 1135-5727
- Ministerio de Sanidad y Consumo, , Sociedad Española de Cardiología, and Sociedad Española de Arterioesclerosis, Control de la colesterolemia en España, 2000 un instrumento para la prevención cardiovascular. Rev. Esp. Salud Publica, Jun 2000, vol.74, no.3, p.00-00. ISSN 1135-5727
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sociedad Española de Cardiología. Consenso para el Control de la Colesterolemia en España. Madrid: MSC; 1990.
- Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Lorenzo Piqueres A, Vilaseca Canals J, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares: aplicaciones prácticas del riesgo cardiovascular. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Aten Primaria 1999;24 (supl 1): 66-75.

Capítulo 237

TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN LA HIPERFENILALANINEMIA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las hiperfenilalaninemias se definen como el aumento de la fenilalanina en plasma por encima de $120\mu\text{mol/l}$ en ayunas como consecuencia de la alteración relacionada con la hidroxilación de la fenilalanina, la cual es dependiente de la enzima fenilalanina hidroxilasa (PAH). El déficit de PAH está condicionado genéticamente, y constituye una enfermedad autosómica recesiva. El gen de la PAH se localiza en el cromosoma 12q (región q22-q24.1) y existen más de 300 mutaciones diferentes. La enfermedad se manifiesta de diversas formas clínicas, dependiendo del grado de actividad residual de la enzima PAH. Así pues, está la fenilcetonuria (PKU) clásica, en la cual la actividad residual es menor del 1% y el control terapéutico es la restricción dietética de la fenilalanina.

La hiperfenilalaninemia moderada, en la cual la actividad residual de la PAH se encuentra entre el 1 y el 5%, y que también requiere la restricción dietética de la fenilalanina, y la hiperfenilalaninemia benigna, cuya actividad residual enzimática se encuentra por encima del 5%, y que inicialmente no requiere una dieta restrictiva en fenilalanina, salvo pacientes que se encuentran en el límite aconsejado como normal para las concentraciones de fenilalanina en plasma.

Existe una forma transitoria neonatal como consecuencia de un retraso en la maduración de la enzima PAH. También hay otras formas clínicas, que representan el 1% de la totalidad de los pacientes afectados de PKU, no dependientes directamente de un déficit de PAH.

La hiperfenilalaninemia moderada, en la cual la actividad residual de la PAH se encuentra entre el 1 y el 5%, y que también requiere la restricción dietética de la fenilalanina, y la hiperfenilalaninemia benigna, cuya actividad residual enzimática se encuentra por encima del 5%, y que inicialmente no requiere una dieta restrictiva en fenilalanina, salvo pacientes que se encuentran en el límite aconsejado como normal para las concentraciones de fenilalanina en plasma.

Existe una forma transitoria neonatal como consecuencia de un retraso en la maduración de la enzima PAH. También hay otras formas clínicas, que representan el 1% de la totalidad de los pacientes afectados de PKU, no dependientes directamente de un déficit de PAH.

Una de ellas se debe al déficit de dihidropteridina reductasa (DHPR), enzima que actúa en el reciclaje de la bipterina (BH4), que es un cofactor de la enzima PAH, encontrándose el gen en el cromosoma 4p (región p15.1-p16.1); la otra se debe a una alteración en la síntesis de BH4 como consecuencia de alteraciones enzimáticas: GTPCH, gen localizado probablemente en el cromosoma 14q11, o una alteración enzimática del PPH4S, formas clínicas éstas que precisan una restricción dietética, así como un aporte de los precursores de los cofactores. En el caso del déficit de DHPR, se administra L-dopa o 5-hidroxitriptófano unido a ácido fólico; en el déficit de síntesis de BH4 éste se administra por vía oral.

En la actualidad, y debido al cribado neonatal de la PKU no se debería asistir a la historia natural de la enfermedad, la cual se conoce a partir de 1934 por la descripción de Asbjorn Folling. Los pacientes que no son tratados o son diagnosticados tardíamente con formas graves (fenilalanina > 1.200 $\mu\text{mol/l}$) desarrollan una enfermedad neurológica precoz, caracterizada por un retraso mental importante, en ocasiones con convulsiones infantiles y registros en el electroencefalograma compatibles con hipsarritmia, lo cual sucede a partir de los primeros meses de vida, y que en ocasiones se asocia a microcefalia. La mayor parte de estos enfermos presentan hipopigmentación en ojos, pelo y piel, y en el 20-40% se aprecia un eccema asociado. También es característico el olor de la orina a moho-humedad debido a la eliminación de ácido fenilacético.

En los niños mayores, la alteración es fundamentalmente conductual, presentando hiperactividad. Se trata de personas con una tendencia a la destrucción, que se autolesionan y pasan por fases de hiperexcitación. En ocasiones se han descrito síntomas compatibles con la esquizofrenia en estos pacientes.

En los pacientes que no siguen un tratamiento, el deterioro intelectual y

neurológico es progresivo. En la actualidad, en pacientes que no siguen el tratamiento o lo han abandonado precozmente se han observado alteraciones en el sistema nervioso central objetivadas por resonancia magnética en las que la alteración corresponde a áreas de desmielinización, las cuales son reversibles al reiniciar el control dietético.

El diagnóstico inicial corresponde a los programas de cribado neonatal, en los que a las 48-72 horas de vida se efectúa la determinación de la fenilalanina por medio de una muestra en gota seca; las concentraciones aceptadas como normales se sitúan hasta 120-150 μ mol. Con valores superiores el enfermo debe ser remitido al centro de referencia para la PKU, donde se repite el análisis y se confirma el diagnóstico de sospecha por medio de: a) un análisis cuantitativo de aminoácidos plasmáticos, iniciándose el estudio de pteridinas en orina (estudio de defecto en la síntesis del cofactor tetrahidropterina); b) la determinación sanguínea de DHPR (que excluye un defecto de regeneración de dicho cofactor), y c) un análisis de fenilalanina y tirosina plasmática tras sobrecarga oral de tetrahidropterina, lo cual confirmará y orientará el punto de bloqueo en el caso de un defecto de la síntesis del cofactor.

2 Objetivos

- Determinar los objetivos nutricionales que deben plantearse ante un paciente con hiperfenilalaninemia.
- Describir las características de la dieta que debe prescribirse a este tipo de pacientes.
- Describir el manejo nutricional de las descompensaciones.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos científicas: PubMed, Elsevier y Scopus utilizando como descriptores las palabras clave: "hiperfenilalaninemia", "tratamiento nutricional", "fenilcetonuria", "descompensaciones", "objetivos nutricionales". Se seleccionaron estudios publicados tanto en castellano como en inglés.

También se consultaron libros y revistas científicas disponibles sobre el tema en estudio.

4 Resultados

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

El tratamiento de la PKU es básicamente nutricional. Para ser óptimo en sus resultados requiere:

- Un diagnóstico precoz, dentro del primer mes de vida.
- Tratamiento y control continuos durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta.
- Control riguroso durante el embarazo de madres fenilcetonúricas.
- Restricción de fenilalanina en la dieta para mantener unas concentraciones inferiores a $360\mu\text{mol/l}$ en la infancia y a $600\mu\text{mol/l}$ en el adulto.

Los objetivos nutricionales serían los siguientes:

- Realizar una alimentación restrictiva en alimentos proteicos con la finalidad de mantener la fenilalanina en plasma en valores normales.
- Equilibrar los requerimientos proteicos mediante el aporte de las proteínas necesarias a través de un suplemento especial repartido en tres o cuatro tomas.
- Ajustar las calorías a las necesidades individuales en función de la actividad física a través de alimentos y, si es preciso, con suplementos calóricos destinados para tal fin.

La elaboración de esta dieta requiere una valoración personalizada que clasificará a los alimentos en función de la tolerancia individual a la fenilalanina.

MANEJO NUTRICIONAL EN EL PERIODO NEONATAL

En función de la concentración plasmática de fenilalanina, y una vez descartado el defecto del cofactor, es posible encontrarse ante dos situaciones:

- Concentración plasmática de fenilalanina $<360\mu\text{mol/l}$: se considera una hiperfenilalaninemia benigna y no requiere tratamiento dietético, pero sí control clínico.
- Concentración plasmática de fenilalanina $>360\mu\text{mol/l}$: se trata de una PKU clásica que requiere tratamiento dietético. Debe restringirse o suprimirse el aporte de leche materna y/o las fórmulas de inicio según las concentraciones de fenilalanina, tras las que se empezará la administración de fórmulas de inicio exentas de fenilalanina hasta lograr valores aconsejados entre 120 y $360\mu\text{mol/l}$. Dependiendo de las concentraciones de fenilalanina obtenidas podrán darse en dos situaciones diferentes, y a su vez cada una de ellas puede dar lugar a otras dos opciones, dependiendo de si la madre opta por la lactancia materna o artificial, lo cual queda reflejado de forma esquemática de la siguiente manera:

Opción de lactancia materna:

- Si las concentraciones de fenilalanina se encuentran entre 360 y 780 $\mu\text{mol/l}$ y la opción es lactancia materna, se seguirá el siguiente esquema: Entre 360 y 540 $\mu\text{mol/l}$: fórmula exenta de fenilalanina (30 ml tres veces al día) + lactancia materna a demanda. Entre 540 y 780 $\mu\text{mol/l}$: fórmula exenta de fenilalanina (30 ml cinco veces al día) + lactancia materna a demanda.
- Si las concentraciones de fenilalanina se encuentran entre 780 y 1.800 $\mu\text{mol/l}$: suspender la lactancia materna de 1 a 3 días y administrar una fórmula exenta de fenilalanina (45 ml cinco veces al día) + leche materna a demanda.
- Si las concentraciones de fenilalanina se encuentran por encima de 1.800 $\mu\text{mol/l}$: suspender la lactancia materna de 3 a 5 días y administrar una fórmula exenta de fenilalanina (150-200ml/kg/día) de 3 a 5 días. Continuar con una fórmula exenta de fenilalanina (60 ml cinco veces al día) + lactancia materna a demanda.

Opción de lactancia artificial:

- Si las concentraciones de fenilalanina se encuentran entre 360 y 780 $\mu\text{mol/l}$ y la opción es lactancia con fórmula, se seguirá el siguiente esquema: Entre 360 y 540 $\mu\text{mol/l}$: fórmula exenta de fenilalanina (30 ml tres veces al día) + fórmula de inicio hasta 150 ml/kg/día. Entre 540 y 780 $\mu\text{mol/l}$: fórmula exenta de fenilalanina (30 ml cinco veces al día) + fórmula de inicio hasta 150 ml/kg/día.
- Si las concentraciones de fenilalanina se encuentran entre 780 y 1.800 $\mu\text{mol/l}$: suspender la lactancia artificial de 1 a 3 días y administrar una fórmula exenta de fenilalanina (150-200ml/kg/día) de 1 a 3 días. Continuar con una fórmula exenta de fenilalanina (45 ml cinco veces al día) + fórmula de inicio hasta 150ml/kg/día.
- Si las concentraciones de fenilalanina se encuentran por encima de 1.800 $\mu\text{mol/l}$: suspender la lactancia artificial de 3 a 5 días y administrar una fórmula exenta de fenilalanina (150-200ml/kg/día) de 3 a 5 días. Continuar con una fórmula exenta de fenilalanina (60 ml cinco veces al día) + fórmula de inicio hasta 150ml/kg/día.

Pasado el periodo en el cual la alimentación es exclusivamente con leche, el niño ha de ir incorporando a su dieta la alimentación complementaria (beikost). Los principios básicos que orientan la alimentación en el niño con PKU son los mismos que en el resto de niños. La alimentación debe ser equilibrada, variada y suficiente en nutrientes y energía.

Las necesidades calóricas que aportan los macronutrientes deben ser las apropiadas para cada edad, aunque las necesidades de aminoácidos y proteínas pueden estar algo aumentadas. El reparto calórico debe ser similar al de los niños no afectados, variando según el período de vida. En el lactante se acepta que tiene

que ser del 10,35 y 55%, para las proteínas, los lípidos y los hidratos de carbono, respectivamente.

En el niño mayor se pasaría al 15, 30 y 55%, respectivamente. Las necesidades diarias de vitaminas y oligoelementos también son idénticas a las del niño sano. Éstas están condicionadas por las diferentes etapas de crecimiento.

La fenilalanina es un nutriente esencial, ya que el organismo lo utiliza para formar proteínas, neurotransmisores, hormonas, enzimas digestivas, anticuerpos, etc. Por tanto, es necesario mantener unos niveles aceptables de fenilalanina con la dieta y un aporte adecuado para cubrir estas funciones en los pacientes con baja tolerancia.

Todos los alimentos contienen proteínas en diversa cantidad y, por consiguiente, fenilalanina, aunque existen unos más ricos que otros. Las carnes, aves, pescados, leche y derivados (excepto la mantequilla) y los huevos son los alimentos que más contienen y por ello deben restringirse al máximo. Contienen menos cantidad de fenilalanina los cereales y legumbres, así como sus derivados, motivo por el cual estos alimentos deben ser controlados en la dieta.

Por último, las verduras, hortalizas y frutas son alimentos que contienen una menor cantidad de fenilalanina y su consumo puede ser más libre. Así pues, la dieta de estos pacientes debe ser restrictiva en proteínas naturales, razón por la cual pueden utilizarse fórmulas comerciales que aporten los aminoácidos esenciales (excepto la fenilalanina).

Existen diversos preparados o fórmulas comerciales en el mercado, con variaciones de su contenido en aminoácidos por 100 gr de producto, para poder satisfacer las necesidades propias de cada edad y/o situación. Asimismo, existen una serie de preparados alimenticios bajos en proteínas que pueden utilizarse en la preparación de los menús diarios.

Es preciso lograr un equilibrio entre la proteína de origen alimentario (tolerancia individual) y la proteína de la fórmula o suplemento especial.

La realización de una pauta estricta controlada en proteínas es de por vida. Requiere practicar nuevas recetas para diversificar el consumo de verduras y hortalizas permitidas y evitar de esta manera la monotonía en la dieta.

Estos nuevos hábitos deben incorporarse en el seno familiar para que el paciente sea integrado en el entorno inmediato. Para ello, será necesario educar a la familia

en la utilización de alimentos dietéticos controlados en proteínas, lo cual ayudará a seguir una pauta hipoproteica adaptada al menú familiar y escolar.

Un problema especial que hay que tener en cuenta en la alimentación de estos pacientes es la existencia de un edulcorante denominado aspartamo, usado en muchos alimentos light, así como medicamentos, y cuya composición química es metil-N-aspartil-fenilalanina, con lo que aumenta peligrosamente las concentraciones de este aminoácido en la sangre.

ALIMENTOS PERMITIDOS, PROHIBIDOS Y QUE HAY QUE CONTROLAR EN LOS PACIENTES CON FENILCETONURIA

Alimentos desaconsejados:

- Carnes
- Pescados
- Aves
- Huevos
- Leche y derivados
- Pan
- Pastelería
- Frutos secos
- Legumbres
- Caldos de carne

Alimentos aconsejados:

- Azúcares y productos azucarados.
- Confituras.
- Todos los aceites.
- Mantequillas.
- Margarinas vegetales.
- Zumos de fruta naturales.
- Maizena
- Productos hiperproteicos comerciales.
- Condimentos

Alimentos controlados

- Cereales
- Puré de verduras
- Patatas
- Harinas infantiles

MANEJO NUTRICIONAL DE LAS DESCOMPENSACIONES

Las descompensaciones en la PKU no se manifiestan mediante un cuadro neurológico evidente (como tóxico) como en otras metabolopatías; por regla general sólo se advierte una elevación de la fenilalanina plasmática. Esta alteración se debe sobre todo al aporte inadecuado de energía, como sucede en el ayuno voluntario, vómitos, rechazo de la ingesta, o cuando las necesidades están aumentadas (enfermedades, crecimiento, excesiva actividad física) o debido al aumento de la ingesta diaria de fenilalanina. Cuando esto sucede, las medidas que deben adoptarse son las siguientes:

- Reducir la ingesta de proteínas naturales, recalculando la fenilalanina ingerida.
- Proporcionar el aporte energético necesario para reducir los efectos del ayuno y evitar el catabolismo.

Aportar la ingesta normal de aminoácidos (sin fenilalanina) para promover una síntesis proteica adecuada.

Se monitorizan las concentraciones de fenilalanina para determinar el momento de la reintroducción de proteínas naturales, haciéndolo de acuerdo con las necesidades propias y su tolerancia individual. Puede utilizarse la siguiente regla:

1 Equivalente de fenilalanina = 50 mg de fenilalanina

FENILALANINA PLASMÁTICA

<60 - Aumentar 1 ó 2 equivalentes

60-120- Aumentar 1 equivalente

120-360- No modificar

360-600- Disminuir medio equivalente

>600- Disminuir 1 equivalente

MONITORIZACIÓN DE LA DIETA

La dieta debe ser monitorizada por métodos clínicos, bioquímicos y controles del estado nutricional, prestando especial atención a los signos de malnutrición proteica. Deben efectuarse análisis periódicos para valorar el estado en oligoelementos, ya que se han descrito deficiencias de los mismos en relación con el sistema antioxidante. También debe prestarse especial atención a la valoración del estado en algunos minerales para valorar sobre todo el riesgo de osteopenia que presentan estos pacientes. En los lactantes, el control de los niveles de fenilalanina plasmática debe efectuarse semanalmente. Esto es imprescindible ya que los lactantes presentan un rápido crecimiento. Durante el primer y tercer año de vida las concentraciones de fenilalanina deberían controlarse cada 2-3 semanas y luego cada 8 semanas, dependiendo de la estabilidad del paciente.

EMBARAZO Y FENILCETONURIA

También denominada fenilcetonuria materna (MPKU), se sabe que produce una fetopatía importante y cursa con un grave retraso mental en el 92% de los casos, microcefalia en un 73%, cardiopatía congénita en el 12% y bajo peso en el 40%. Es importante recordar el gradiente transplacentario maternofetal para la fenilalanina, que es el responsable directo de la embriopatía. Se acepta como media un 1,5, aunque se han observado variaciones individuales que comprenden desde 1,13 hasta 2,91, razón por la cual se aconsejan unos niveles plasmáticos maternos comprendidos entre 120 y 240 $\mu\text{mol/l}$.

La prevención de la fetopatía fenilcetonúrica debe iniciarse en el momento que la futura madre decide iniciar la gestación. Es preciso llevar a cabo controles previos al embarazo al menos 10 semanas antes e iniciar una dieta que mantenga las concentraciones de fenilalanina entre 120 y 240 $\mu\text{mol/l}$. Inicialmente se puede calcular una ingesta de 6 mg/kg/día de fenilalanina, la cual se deberá aumentar, según la tolerancia individual, durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. Esto se debe a que está comprobado que existe una mayor tolerancia, debido, por una parte, al aumento de la síntesis proteica fetomaterna y, por otra, por el aumento de la capacidad para metabolizar la fenilalanina por parte del feto heterocigoto.

5 Discusión-Conclusión

Mientras no conozcamos con más detalle la fisiopatología del daño cerebral, parece lógico pensar que en toda hiperfenilalaninemia, lo ideal sería conseguir restituir los niveles de fenilalanina plasmáticos de los pacientes a la normalidad.

El problema radica en que, hoy por hoy, mantener niveles estables de 60 nmol/ml de fenilalanina exigiría un control extraordinario de la dieta, y una monitorización de la Phe del tipo de la que se practica con la glucemia en los pacientes diabéticos. En el niño sometido a dieta láctea exclusiva, aunque difícil, ello podría ser posible; pero en el niño de más de 1 ó 2 años, con una dieta en la que intervienen un gran número de alimentos, parece un objetivo casi utópico por el momento.

Este hecho, y la evidencia clínica de que niveles de Phe más elevados son compatibles con un desarrollo aparentemente normal de los individuos con hiperfenilalaninemia por déficit de fenilalanina hidroxilasa, justifican probablemente por el momento, aceptar niveles de Phe plasmática 4 ó 5 veces superiores a lo normal,

incluso en las primeras semanas de la vida

Desde esta perspectiva, y en relación con los niveles máximos permitidos, las recomendaciones inglesas son coherentes, ya que el nivel máximo de Phe tolerado sin tratamiento (400nmol/ml) en el recién nacido es prácticamente el mismo que se establece para los primeros 10 años de la vida. Sin embargo las recomendaciones del grupo alemán son más difíciles de asumir en este punto concreto, ya que proponen iniciar el tratamiento del recién nacido en niveles mucho más elevados de Phe (600nmol/ml), pero establecen posteriormente unos límites mucho más bajos para los primeros 10 años de vida (240 nmol/ml), sin aclarar el motivo de esta diferencia.

En relación con los niveles mínimos tolerados, los objetivos del grupo alemán (40 nmol/ml) parecen por el contrario más razonables, de acuerdo con la idea de acercar los valores de Phe lo más cerca posible de la normalidad.

Finalmente, mientras las recomendaciones alemanas definen claramente las edades en las que deben aplicarse las distintas normativas, las inglesas, por el contrario, resultan muy ambiguas en este punto.

Es evidente que en el momento actual el tratamiento de la hiperfenilalaninemia se basa en el control lo más estricto posible de la dieta (especialmente durante los primeros 10 años de vida) y en el mantenimiento de unos valores plasmáticos de Phe lo más cercanos posible a la normalidad; y en este sentido parece lógico el nuevo rango de 40 – 240 nmol/ml propuesto por el grupo de trabajo alemán para estas edades.

Como consecuencia de ello, es urgente definir con mayor claridad cuáles son los niveles máximos y mínimos que deben aceptarse universalmente en cada una de las edades del niño. La utilización de los mismos protocolos terapéuticos permitirá valorar mejor los resultados obtenidos; pero, además, será una ayuda muy valiosa para los familiares de los pacientes que con frecuencia se ven desorientados por informaciones contradictorias.

Simultáneamente, es imprescindible destinar más tiempo y más recursos en la investigación de los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad con el fin de obtener los conocimientos necesarios para abordar con mayores y mejores garantías el tratamiento de la hiperfenilalaninemia.

6 Bibliografía

- Buist NRM, Prince AP, Huntington KL, Tuerck JM, Powell BR, Waggoner DD. Treatment of genetic deseases. Desnick RJ, editor. Nueva York: Churchill Livingstone: 1991. P. 23-44.
- Campistol J, Cambra F, Lambruschini N, Vilaseca Ma, Fuste ME, Gutiérrez A, Manula PKU. Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu. 2005.
- Campistol J, Lambruschini N, Vilaseca MA, Pérez-Dueñas B, Fuste E, Gómez L. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades metabólicas hereditarias. Sanjurjo P, Baldellou A. editores. 2ª Edición. Madrid: Ergon. 2006. p. 305-18.
- White F. Phenulketonuria. En: Shaw V, Lawson M, editores, clinical paediatric dietetics. 2ª Ed. Londres: Blackwell; 2001. p-235-53.
- Schriver Cr, Kaufman S. Hyperphenylalaninemia. En: Schriver Cr, Beaudet A, Sly W, Valle D, editores. The metabolic and molecular bases of inherited diseases. Nueva York. Mc Graw-Hill. 2001. p. 1667-724.
- Smith I, Lee Ph. The hyperphenylalaninaemias. En: Fernandes J, Saudubray JM, Van den Berghe G, editores. Inborn metabolic diseases. 3ª Ed. Berlín: Springer; 2000. p. 171-84.
- Shaw V, Lawson M. Clinical pediatric dietetics. Oxford: Blackwell; 2000.
- Report of Medical Resarch Council Working Party on PKU. Recommendations on the dietary management of phenylketonuria. Arch. Dis. Chil. 1993; 68: 426-7.

Capítulo 238

MUERTE SÚBITA CARDIÁCA EN EL DEPORTE

ALEJANDRA ROZADA GARCÍA

1 Introducción

La muerte súbita en el deporte es aquella que se produce de manera inesperada durante la práctica deportiva o una hora tras finalizarla, por causa natural, no traumática ni violenta, en una persona con aparente buen estado de salud. Su incidencia es mayor en deportistas debido a las exigencias que provoca: aumento en la frecuencia cardíaca, tensión arterial y contractilidad del corazón, lo que produce un aumento de la demanda de oxígeno, los cambios ambientales extremos a los que se enfrentan algunos deportistas e incluso el propio estrés emocional de la competición (1).

2 Objetivos

Analizar la incidencia y las principales causas de muerte subita en el deporte.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos con las siguientes palabras: deporte, atleta, muerte, paro cardíaco,...

4 Resultados

En atletas, la MSC puede ocurrir en cualquier momento durante la competición, entrenamiento, o incluso en reposo. Se deben excluir otras causas, tales como problemas respiratorios, cerebrovasculares, drogas, etc. Saber la incidencia real de MSC en atletas es todo un reto, debido a las diferencias en cuanto a edad, raza y tipo de deporte, además de un denominador común para realizar los cálculos adecuados. En general, podemos decir que la incidencia de MSC en atletas se encuentra en el rango de 1-3 por 100.000 atletas (2).

5 Discusión-Conclusión

Los médicos recomiendan un cribado antes de empezar un programa de ejercicio físicos para poder así evaluar el nivel de actividad física recomendable, la presencia de enfermedades cardíacas así como la intensidad del ejercicio físico que debemos realizar.

6 Bibliografía

- <https://fundaciondelcorazon.com>.
- <https://secardiologia.es>.

Capítulo 239

EL CRUP EN NIÑOS

ALEJANDRA ROZADA GARCÍA

1 Introducción

El crup es un problema de salud que se presenta en los niños pequeños. Es un problema que provoca la inflamación de la laringe y la tráquea. La inflamación hace que las vías aéreas que están debajo de las cuerdas vocales se angosten, haciendo que la respiración sea ruidosa y dificultosa. Su causa más común es una infección viral, es más usual entre los tres meses y los cinco años de edad. A medida que el niño crece deja de ser tan común, ya que la tráquea es más grande y no es tan probable que la inflamación impida la respiración apropiada. Puede presentarse en cualquier momento del año, pero es más común durante los meses de otoño e invierno(1)

2 Objetivos

Diferenciar entre una tos normal de un pequeño catarro y una laringitis

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La laringitis se caracteriza porque el niño tiene tos seca y fuerte, parecida al ladrido de un perro (tos perruna) y asociada a ronquera o afonía. A veces se acompaña de un ruido ronco al respirar, cuando el niño coge aire, llamado estridor.

Solo en algunas ocasiones la inflamación de la laringe puede dificultar la entrada de aire y provocar dificultad respiratoria (respiración rápida, que hace que al niño se le marquen las costillas al respirar o se le hunda el pecho). Al principio de la enfermedad, el niño puede tener mucosidad nasal durante unos días y también fiebre(2)

5 Discusión-Conclusión

Evitar el ambiente seco en casa: poner depósitos de agua en los radiadores. Si se tiene un humidificador o vaporizador, se puede utilizarlo. Si no se dispone de aparato humidificador, abrir los grifos del agua caliente del baño para que se llene de vapor y sentarse el pequeñ@ (fuera de la ducha) durante 10 o 20 minutos. Procurar tener una buena higiene de manos es un factor muy importante y a tener en cuenta(2)

6 Bibliografía

1. <https://www.healthychildren.org/>
2.)<https://www.saludadiario.es/opinion/laringitis-cuando-la-tos-asusta>

Capítulo 240

EL ESTREÑIMIENTO , CAUSAS Y SOLUCIONES.

SALUD CUENCO CUELLO

1 Introducción

El estreñimiento es un trastorno caracterizado por la dificultad persistente para defecar o la sensación de que este es incompleto, también puede ser por movimientos intestinales infrecuentes (cada tres o cuatro días o más) . El estreñimiento es mayor en mujeres, empeorando con la edad. Así como una alta incidencia también en niños pequeños, embarazadas y ancianos. Cuando acudimos al médico o a la farmacia y tenemos que describir el tipo de deposiciones normalmente nos muestran la escala de las deposiciones de Bristol en la que se clasifican las deposiciones atendiendo a la forma y consistencia de las mismas. Existen siete tipos : 1) grumos separados y duros, como maníes (pasaje difícil). Tipo 2) con forma de embutido, pero con grietas en la superficie. Tipo 3) Con forma de embutido, pero con grietas en la superficie. Tipo 4) Con forma de embutido, o serpiente, lisas y suaves. Tipo 5) Pequeños acumulos blandos, como gotas, de bordes bien definidos (pasaje fácil) Tipo 6) Trozos aligdonados con bordes desflecados. materia fecal pastosa, totalmente líquidas.

Existen varios tipos de estreñimiento, según su duración se clasifican en :

- Agudo: Se trata de un estreñimiento puntual y se corrige fácilmente. Las principales causas del estreñimiento agudo son los cambios alimentarios presentes por ejemplo en los viajes, cambios en la actividad física por ejemplo en los pacientes encamados. Inhibición repetida y prolongada del reflejo de defecar. Medicamentos astringentes, fiebre, enfermedades metabólicas o endocrinas, patologías del sistema nervioso central y enfermedades intestinales , embarazo ...

- Crónico: Se diagnostica cuando hay deposiciones líquidas , en raras ocasiones y además están presentes dos o mas de las características siguientes: Esfuerzo al defecar una de cada cuatro veces. Menos de tres deposiciones por semana. Heces duras al menos una de cada cuatro deposiciones. Necesidad de realizar maniobras manuales para realizar la defecación en una de cuatro ocasiones. Sensación de obstrucción anal al menos en la cuarta parte de las deposiciones.

A su vez el estreñimiento crónico puede ser:

- Atónico. Hay debilidad motora en el intestino, lo que provoca un enlentecimiento del tránsito intestinal.
- Espástico. Existen espasmos que impiden el movimiento normal de las heces.
- Rectógeno. No hay función evacuadora del recto y por tanto no existe reflejo de evacuación.

2 Objetivos

- Conocer en que consiste un trastorno tan frecuente como es el estreñimiento, así como los diferentes tipos del estreñimiento que existen.
- Conocer las pautas , recomendaciones , medidas higienico dietéticas y farmacológicas actualizadas para el manejo del estreñimiento.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos y revistas científicas, revisiones bibliográficas en asociaciones de profesionales, delimitando la búsqueda a publicaciones en español y en publicaciones de los últimos diez años.

4 Resultados

El estreñimiento sea agudo o crónico se debe a muchos factores. Es importante conocer su origen para encontrar el tratamiento adecuado que ofrezca los resultados deseados. Para toda esta problemática existen varias soluciones.

Medidas higienico dietéticas:

- Aumento del consumo de fibra. Según la OMS la ingesta recomendable de fibra diaria para adultos es de 25-30 gramos y en niños mayores de un año 5 gramos añadidos a su edad. (un niño de tres años necesitaría 8 gramos de fibra diaria)
- La fibra favorece el tránsito intestinal, evitando el estancamiento de las heces.

Aunque haya diferencias entre las fibras solubles e insolubles ambas son necesarias, tanto para aumentar el peristaltismo y variar consistencia de las heces, como por su efecto probiótico.

- Ingerir abundantes líquidos (agua, caldos, zumos naturales...) hasta alcanzar 1.5 litros o 2 litros al día. El agua junto con la fibra será determinante como primer eslabón frente al estreñimiento.
- Consumir probióticos. Los probióticos que son microorganismos vivos beneficiosos, pueden ayudar a una flora intestinal debilitada por el estrés, antibióticos, mala alimentación. Las cepas más eficaces son los *Lactobacillus* y las *bifidobacterium*
- Realizar ejercicio: Simplemente andar veinte o treinta minutos diarios sirve para favorecer el tránsito intestinal.
- Mantener el hábito defecatorio regular: Se trata de mantener una defecación regular, tras pasados quince o veinte minutos del desayuno y comida había que ir al baño para generar un reflujo regular aprovechando los mayores movimientos intestinales.
- No retrasar las ganas de evacuar. En el momento que aparezca el reflejo hay que ir al baño, evitando el retraso y con ello la sequedad de las heces.
- Defecar en posición adecuada. La mejor posición es en cuclillas, pero como esto no es fácil de realizar, poner un pequeño escalón en los pies para alzar las rodillas y conseguir un ángulo agudo para la expulsión de heces.

Medidas farmacológicas:

- Laxantes formadores de masa: consisten en suplementos de fibra, que junto con la ingesta de agua modifica la consistencia de las heces.
- Laxantes osmóticos: se basan en su capacidad de extraer y retener el agua en la luz intestinal. Aumentan el volumen de las heces.
- Laxantes estimulantes: Se basan en la estimulación directa de los movimientos intestinales.
- Laxantes emolientes: Producen una emulsión de heces con grasas y agua.
- Enemas: Se usan para evitar la impactación fecal.

5 Discusión-Conclusión

Por lo general el estreñimiento es un problema pasajero que se produce por llevar una dieta pobre en fibra, tener una vida sedentaria, beber poco agua, sufrir estrés... que se solucionaría siguiendo unas medidas higiénico dietéticas o farmacológicas, pero en ocasiones el problema se cronifica, sus causas pueden ser

menos evidentes. De ahí la importancia de ir al médico si los consejos habituales no funcionan.

6 Bibliografía

- 1)guia mundiales de la organización mundial de gastroenterología. Estreñimiento: una perspectiva mundial.,2010
- 2)Esther Ganado Martinez, Itxaso Garay Ruiz, Aida Hernando Dieguiez , Lorena Vega García. Estreñimiento. Atención Farmacologica. REV. El farmaceutico.
- 3)Escudero Alvarez y P Gonzales Snchez, Fibra Dietética . nutricion hospitalaria. (2006) 21. (Suple.2)61-72.
- 4)Profesor Miguel Minguez Perez . Guia Practica de Actuación Diagnostico terapeutico en estreñimiento Cronico. FEAD (Fundacion española de aparato digestivo) 2013
- 5) Blog farmadicta. <https://farmadicta.com/2016/06/12/el-estreñimiento/>

Capítulo 241

MANEJO DE ULCERAS ARTERIALES Y VENOSAS EN UN PIE DIABETICO

LUIS PEREZ MORENO

1 Introducción

La elección del presente Trabajo se fundamenta en el interés despertado por las úlceras vasculares y heridas en pie diabético como consecuencia del déficit de conocimientos propios sobre este ámbito fundamental para el trabajo enfermero. Se trata de un problema con gran importancia sociosanitaria, en el que la enfermería tiene un papel fundamental. Este tipo de úlceras constituyen un proceso patológico crónico frecuente en la práctica diaria, con importante demanda en los servicios de salud, con dificultades encontradas para establecer un diagnóstico diferencial, así como gran variabilidad en su tratamiento.

Son muchas las lesiones en extremidades inferiores que he podido observar en los períodos de prácticas realizados, con un abordaje, intervenciones y recursos empleados diversos, sin lograr adquirir los conocimientos necesarios para realizar un diagnóstico diferencial y un manejo integral de los diversos tipos de úlceras.

Gracias a la posibilidad de acudir al curso: Cuidados de enfermería en pacientes con patología vascular, pude obtener una primera aproximación al tema a desarrollar y, despertar más si cabe, el interés por la realización del presente Trabajo, por la variedad de intervenciones del ámbito enfermero destinadas al diagnóstico y tratamiento integral de este tipo de úlceras.

Como úlcera se entiende la “lesión con deterioro de la solución de continuidad de la piel con pérdida de sustancia”. Se trata de heridas crónicas caracterizadas por

retraso o mala evolución en su curación y cuya etiología reside en deficiencias en la circulación, en el caso de las úlceras vasculares.

En la actualidad, las úlceras vasculares constituyen un importante problema de salud y un reto para los profesionales de enfermería . Su prevalencia varía entre el 0.10-0.30% y su incidencia, de 3-5casos/1000personas/año, aumenta atendiendo a poblaciones o grupos de mayor edad o de riesgo según etiología. Se evidencia además una alta tasa de cronicidad y recidiva de estas úlceras si no se alivia la causa que la provoca, generando un aumento de los costes directos e indirectos. Debido a la alta tasa de cronicidad asociada, las heridas van a requerir de una cicatrización con períodos muy prolongados de evolución, por lo que van a generar una gran demanda de los servicios sanitarios tanto desde Atención Primaria como de Atención Especializada.

Según la etiología, la úlcera vascular se puede clasificar en venosa, arterial o mixta. Las úlceras de etiología venosa son las más frecuentes, entre un 75-80% de las úlceras de etiología vascular. En cuanto a las úlceras de etiología arterial, presentan una prevalencia entre 0,2 -2% y una incidencia de 220 casos nuevos por cada millón de habitantes al año.

Además, existen un tipo especial de úlceras de Pie diabético. Según el Consenso Internacional sobre el Pie Diabético, se estima que en el 2025 se alcanzará la cifra de 380 millones de diabéticos, el 7,1% de la población, afectando de forma progresiva a pacientes cada vez más jóvenes. Entre las posibles complicaciones de la diabetes se halla la ulceración del pie, calculándose aproximadamente que hasta un 25 % de las personas diabéticas se verán afectadas por una úlcera en el pie, siendo el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud define el Síndrome del Pie Diabético como la “presencia de ulceración, infección y/o gangrena en el pie asociada a neuropatía diabética y a diferentes grados de enfermedad vascular periférica como consecuencia de la interacción compleja de diferentes factores inducidos por una hiperglucemia mantenida. Por todo ello, resulta conveniente abordar y realizar una valoración y manejo adecuado de este tipo de úlceras, puesto que suponen una gran carga personal, familiar y social, con elevados costes para el sistema sanitario” .

El papel de los profesionales de enfermería resulta clave en la atención de los pacientes con este tipo de úlceras vasculares y úlceras en pie diabético. Cuando se aplica correctamente el tratamiento de las heridas, utilizando las intervenciones adecuadas en función de un diagnóstico preciso, se producen beneficios para los

pacientes, el sistema sanitario y la sociedad.

Se trata del desarrollo de herramientas para facilitar la adquisición de conocimientos por parte de los profesionales de enfermería y valorar las posibilidades con las que cuentan para llevar a cabo el manejo de los tipos de úlceras, con el fin de mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados, desde una perspectiva global e individualizada y resultando enriquecedor para el ámbito de los profesionales de enfermería.

2 Objetivos

- Adquirir conocimientos sobre los conceptos de úlcera arterial, venosa y úlcera en pie diabético con sus características etiológicas.
- Facilitar el diagnóstico diferencial a través de la valoración completa y los pasos a seguir en la exploración vascular.
- Adquirir conocimientos acerca de los cuidados y tratamientos existentes y/o empleados para el manejo integral de las lesiones vasculares y lesiones en pie diabético.
- Conocer los materiales y apósitos empleados y disponibles en el tratamiento local de las úlceras.
- Facilitar el aprendizaje a través de la reorganización de la información

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica extensa del tema propuesto, describiéndose los aspectos más relevantes de las úlceras vasculares y úlceras en pie diabético, diagnóstico diferencial y tratamiento, con el fin de elaborar un documento de apoyo / guía práctica para los profesionales sanitarios.

En primer lugar, se ha procedido a la búsqueda bibliográfica en las páginas web de referencia en el ámbito de estudio: Página web de GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y el Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. A través de la página web de referencia he tenido acceso a los servicios de su biblioteca propia, contando con información de reconocido interés y actualizada por el organismo de referencia y pudiendo acceder y extraer información de los siguientes subapartados incluidos en la biblioteca propia:

- Documentos:
Documentos de consenso internacional

Documentos EWMA
Documentos posicionamiento
Documentos técnicos

- Guías:

Guías de Práctica Clínica acreditadas por GNEAUPP

Guías de Práctica Clínica de Heridas

Guías de úlceras en miembros inferiores

- Publicaciones:

Libros disponibles

Manuales y Protocolos reconocidos de interés por EWMA y GNEAUPP

- Manuales dirigidos a pacientes

Página web de EWMA: European Wound Management Association. Se procede a la búsqueda y obtención de artículos y documentos de posicionamiento sobre este ámbito, contemplando la diversidad idiomática e incluyendo el inglés en la revisión bibliográfica. Se revisan y obtienen artículos con acceso, a su vez, desde la página de GNEAUPP.

Página web de AEEV: Asociación Española Enfermería Vascular. Se procede a la revisión y obtención de guías de práctica clínica a nivel nacional, obteniéndose la guía práctica más reciente publicada en 2014 y en la que se contemplan las úlceras vasculares y heridas en Pie Diabético.

4 Resultados

El abordaje de las úlceras vasculares y heridas en pie diabético supone un reto para los profesionales de enfermería, precisando de múltiples conocimientos para llevar a cabo el abordaje de este tipo de úlceras, quedando constatado a lo largo del proceso de elaboración del presente Trabajo.

La variabilidad en el tratamiento es un aspecto clave a tomar en consideración. Será fundamental remarcar la importancia de un abordaje integral y no centrado en un tratamiento o apósito/producto concreto. Resultará necesario contar con las limitaciones propias del servicio y los recursos disponibles y/o posibilidad de incorporación.

5 Discusión-Conclusión

Es probable que la prevalencia y la incidencia de las heridas siga creciendo, en parte por el aumento de la edad media de la población, diabetes, obesidad, arteriopatía y factores de riesgo asociados. Considerando la combinación de bajas tasas en el diagnóstico preciso de heridas y la irregular implantación de los principios del tratamiento de heridas, así como necesidad de toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios, será conveniente educar a los profesionales y dotarles de las herramientas necesarias para garantizar un tratamiento eficaz y un adecuado uso de los recursos. Se recomiendan líneas de actuación dirigidas a cursos formativos en los diversos ámbitos del Servicio Navarro de Salud, dotando a los profesionales de los conocimientos necesarios para el manejo de este tipo de heridas crónicas así como formación destinada al conocimiento de las terapias o productos novedosos a los que pueden tener acceso para garantizar el empleo adecuado.

La variedad de medidas de resultado empleadas en la investigación con respecto al tratamiento de heridas dificulta las comparaciones entre las intervenciones realizadas y los avances, siendo difícil recopilar datos que demuestren la eficacia y efectividad de un determinado producto o tipo de cura realizado. Será preciso desarrollar medidas de resultado centradas en los pacientes, enfocadas en la funcionalidad y la calidad de vida y obtener un consenso acerca de cuáles son las medidas de resultado que se deben emplear.

Los apósitos modernos basados en la cura húmeda son más caros que los tradicionales de gasa. No obstante, cuando se contemplan las variables que intervienen (mejor evolución, menor grado de complicaciones, menor frecuencia de cambio de apósitos...), aumenta la coste-efectividad. Será necesaria la investigación en este ámbito, nuevos estudios, evidencias científicas y desarrollo de nuevos métodos para el tratamiento de este tipo de heridas crónicas

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. [Internet]. 2a ed. Sevilla; 2014. [Acceso 25 Marzo de 2015].
2. Cacicedo González R, Castañeda Robles C, Cossío Gómez F, Fernández Saíz B, Delgado Uría A, Gómez España MV et al. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. [Internet]. Servicio Cántabro de Salud; 2011. [Acceso

25 Marzo de 2015].

3. López Muñoz D, Muñoz García L, García León S. Estandarización de cuidados en pacientes con úlceras de extremidad inferior de etiología venosa. NURE Inv [Internet]. Nov-dic 2012 [Acceso 15 de

4. Guimarães JA, Nogueira LM. Directrices para el tratamiento de úlcera venosa, revisiones. Rev Enfermería Global [Internet]. Oct 2010. [Acceso 15 de Mayo de 2015]; (20): 1-13.

5. Antolínez de Abía N. Atención al paciente con úlceras arteriales. Rev ROL Enf. Enero 2009; 32 (1): 45-48.

Capítulo 242

SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL

SALUD CUENCO CUELLO

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2016, más de 41 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos. Cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia y una cuarta parte vivían en África.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.

2 Objetivos

- Exponer la importancia del control del peso y problemas asociados al sobrepeso y obesidad infantil.
- Explicar medidas para el control y bajada del peso.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda sistemática en distintas bases de datos como Medline y en diversas revistas científicas sobre el sobrepeso y obesidad infantil.

4 Resultados

El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles conexas son en gran medida prevenibles. Se acepta que la prevención es la opción más viable para poner freno a la epidemia de obesidad infantil, dado que las prácticas terapéuticas actuales se destinan en gran medida a controlar el problema, más que a la curación. El objetivo de la lucha contra la epidemia de obesidad infantil consiste en lograr un equilibrio calórico que se mantenga a lo largo de toda la vida.

Recomendaciones generales aumentar el consumo de frutas y hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta total de grasas y sustituir las saturadas por las insaturadas; reducir la ingesta de azúcares, y mantener la actividad física: un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada o vigorosa que sea adecuada para la fase de desarrollo y conste de actividades diversas. Para controlar el peso puede ser necesaria una mayor actividad física.

Recomendaciones para la sociedad:

Para frenar la epidemia de obesidad infantil es necesario un compromiso político sostenido y la colaboración de muchas partes interesadas, tanto públicas como privadas. Los gobiernos, los asociados internacionales, la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado tienen un papel fundamental en la creación de entornos saludables y de condiciones de asequibilidad y accesibilidad de opciones dietéticas más saludables para los niños y los adolescentes. Por consiguiente, el objetivo de la OMS consiste en movilizar estos asociados e involucrarlos en la aplicación de la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.

La OMS apoya la definición, aplicación y seguimiento de medidas, así como el liderazgo en su aplicación. Para avanzar es necesario un enfoque multisectorial que movilice las energías, recursos y conocimientos técnicos de todas las partes interesadas a escala mundial.

La prevención de la obesidad en niños y adolescentes debe considerarse prioritaria para obtener resultados, adoptando para ello las siguientes estrategias:

- Promoción exclusiva de la lactancia materna.
- Evitar fórmulas infantiles con azúcares y almidones añadidos.
- Instruir a las madres para que acepten la habilidad de los niños en regular su propia ingesta de energía, en lugar de exigir que el plato quede limpio.
- Asegurar una ingesta adecuada de micronutrientes para propiciar un crecimiento adecuado.

En adolescentes, se debe:

- Promover un estilo de vida activo.
- Limitar las horas frente al televisor, ordenador y/o videojuegos.
- Promover la ingesta de frutas y verduras.
- Restringir la ingesta de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes.
- Restringir la ingesta de bebidas azucaradas.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo (año 2005) desarrolló la estrategia NAOS con el objetivo de implantar hábitos saludables en la sociedad. En este documento, se presta especial atención a la prevención de la obesidad infantil mediante el programa PERSEO (Programa Educativo de Referencia para la Salud, Ejercicio Físico y contra la Obesidad)

5 Discusión-Conclusión

La obesidad es más que un problema estético, pues su presencia conlleva serios riesgos para la salud de los afectados. Lo más recomendable es que las generaciones jóvenes aprendan a prevenirla.

6 Bibliografía

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Naos. La alimentación de tus niños y niñas. www.aesan.mspsi.es, 2010.
- Aranceta J. Definición, clasificación y epidemiología de la obesidad en España en distintas etapas de la vida. En: Rubio M. A., Bellido D., López de la Torre M., Moreno B. Curso básico de formación de la obesidad. 2a Ed. Acción médica. Madrid, 2006: p. 1-12.
- Bueno M., Bueno G., Moreno L.A., Sarría A., Bueno O. Epidemiología de la obesidad infantil en los países desarrollados. En: Serra Ll. Aranceta J. Obesidad Infantil

y juvenil. Estudio enKid. Ed: Masson, 2011, 55- 62.

- Cañete R., Gil M., Moya M. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la obesidad infantil. En: Gil A., ed. Tratado de nutrición. 2a ed. Madrid, Médica Panamericana, 2010; 389-417.

- Fernández ME. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 Supl 1:S35-47.

Capítulo 243

MENOPAUSIA ETAPAS Y TRATAMIENTOS

EVA CLARA SAIZ LANDERAS

MONICA FERNANDEZ FALCÓN

1 Introducción

La menopausia es la época de la vida de la mujer en la cual deja de tener menstruaciones. Suele ocurrir naturalmente, con mayor frecuencia después de los 45 años. Los ovarios de la mujer en la menopausia dejan de producir estrógeno y progesterona. Una mujer llega a la menopausia cuando no tiene un periodo menstrual durante un año.

Durante todo este proceso vamos a distinguir tres etapas:

1ª Perimenopausia: Tiene lugar de tres a cuatro años antes de comenzar la menopausia, pero puede iniciarse diez años antes, en este tiempo los ovarios comienzan a reducir la cantidad de estrógeno, en esta fase la mujer puede quedar embarazada, la edad habitual del inicio de esta fase son los 40 años. Los síntomas de la perimenopausia pueden pronunciarse más a medida que se acerca a la menopausia.

2ª Menopausia: Como ya mencionamos anteriormente en esta etapa la mujer deja de tener menstruación, finalmente deja de liberar el ovulo y deja de tener el periodo y también experimentara diferentes síntomas que no afectan a todas las mujeres en el mismo grado.

3ª Postmenopausia: Periodo que empieza tras la menopausia y que alcanzaría hasta la entrada en la tercera edad. Esta etapa se caracteriza por la reducción

de los clásicos síntomas de la menopausia, aunque algunos síntomas como los problemas psicológicos, son frecuentes también en esta etapa.

2 Objetivos

- Exponer las diferentes etapas de la menopausia
- Identificar las situaciones más vulnerables para la mujer en el periodo de la menopausia
- Exponer las principales medidas terapéuticas y conocimientos actuales sobre el periodo de la menopausia

3 Metodología

Revisión bibliográfica y de la literatura sobre las fases de la menopausia, situaciones más vulnerables y principales medidas terapéuticas.

4 Resultados

El objetivo es que el grado en que los síntomas de la menopausia afectan a la mujer varía mucho de unas a otras, por eso enumeramos algunos tipos de síntomas que se pueden o no experimentar. Cuanta más información se pueda tener, más beneficios se podrá obtener al tratamiento médico para así tener mejor calidad de vida.

Posibles Síntomas:

- Cambios en la frecuencia, duración o regularidad en los periodos.
- Calor repentino.
- Sudores nocturnos.
- Sequedad y irritación vaginal.
- Vértigo y palpitaciones a causa de cambios en la circulación.
- Trastornos urinarios.
- Cambios repentinos de humor.
- Pérdida de interés sexual.
- Dificultad para dormir.
- También pueden aparecer otros síntomas como dolores articulares y musculares.

Una vez que tenemos los posibles síntomas de la menopausia, tenemos que trabajar un poco de forma individual según el grado de sintomatología de cada paciente y decidir los posibles métodos y terapias que se adaptan a su caso concreto.

Estas terapias son de sustitución hormonal. Algunos médicos recomiendan que las mujeres tomen hormonas solo si los síntomas de la menopausia son muy agudos.

Los resultados de los tratamientos hormonales tienen efectos adversos y beneficiosos, en todo caso si se sigue el tratamiento de sustitución, debe hacerse chequeos de forma regular, incluyendo exploración pélvica, frotis cervical(Pap), determinación de la presión arterial y mamografías.

El médico puede evaluar cualquier sangrado o pérdida errática, posiblemente mediante colposcopia, biopsia o aspiración de endometrio.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de sustitución hormonal mejora la calidad de vida en muchas mujeres. Sin embargo, no se conocen bien todavía los efectos acumulativos a largo plazo del tratamiento hormonal en mujeres que previamente han usado anticonceptivos hormonales. Antes de tomar una decisión acerca de tomar hormonas, la mujer debe considerar seriamente los riesgos y los beneficios. Es aconsejable discutir las opciones con el médico y con otras mujeres y recordar, por último que, al final, la elección es suya.

6 Bibliografía

- <https://www.muyinteresante.es//salud/articulo/menopausia>
- <https://medlinep/us.gav/spanish/menopause.html>
- Home medical library 1995Dorling Kindersley, Ltd..., Editorial Everest, s.a.

Capítulo 244

CANCER VAGINAL

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

1 Introducción

El cáncer de la vagina es una enfermedad en la cual las células malignas se encuentran en los tejidos de la vagina. Los tumores primarios de vagina son raros pues suelen extenderse desde el cuello o desde el endometrio.

Hay varios tipos de cáncer de la vagina, los dos más comunes son los siguientes: el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma.

2 Objetivos

- Exponer la patología ginecológica del cáncer vaginal.
- Comentar los principales métodos diagnósticos y terapéuticos del cáncer vaginal

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática de la literatura sobre el cáncer vaginal

4 Resultados

EPIDEMIOLOGÍA

El carcinoma escamoso es encontrado con más frecuencia en las mujeres de 60 a 80 años de edad, y es responsable de un 85-90 por ciento de todos los cánceres vaginales.

El adenocarcinoma es encontrado más frecuentemente en mujeres de 12 a 30 años de edad, y es responsable de un 5-10 por ciento de todos los cánceres vaginales.

Las mujeres entre 18 a 20 años diagnosticadas de cáncer vaginal suelen tener madres que tomaron dietilestilbestol durante el embarazo.

Son también factores de riesgo: radiación para el cáncer cervical, los tumores de recto, infección con el papilomavirus humano, adenosis vaginal, irritación vaginal, prolapso del útero, fumar.

FISIOPATOLOGÍA

Normalmente el cáncer de vagina se sitúa en la pared posterior del tercio superior vaginal, este puede extenderse por la pared vaginal hasta alcanzar el cuello o la vulva. El tumor se expande mediante extensión directa hacia la fosa del obturador, los ligamentos cardinales, la pared pélvica lateral y el ligamento ureterosacro.

La metástasis suele localizarse en los pulmones o los ganglios supraclaviculares.

ETAPAS

Etapa 0 ó carcinoma in situ: el cáncer de la vagina en la etapa 0 es un cáncer temprano, se encuentra dentro de la vagina únicamente y solo en unas cuantas etapas celulares.

- Etapa I: el cáncer se encuentra en la vagina, pero no se ha diseminado fuera de ésta.
- Etapa II: El cáncer se ha diseminado a los tejidos externos que se encuentran en la parte inmediatamente afuera de la vagina, pero no ha llegado hasta los huesos de la pelvis.
- Etapa III: el cáncer se ha diseminado a los huesos de la pelvis. Las células cancerosas también se pueden haber diseminado a otros órganos y a los ganglios linfáticos de la pelvis.
- Etapa IV a: el cáncer se ha diseminado a la vejiga o al recto.
- Etapa IV b: el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como los pulmones.

Recurrente: enfermedad recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer (recurrido) después de haber sido tratado. Puede volver a aparecer en la vagina o en otro lugar.

PRONÓSTICO

El pronóstico depende principalmente de la etapa en que se encuentra la enfermedad, pero la supervivencia se reduce en pacientes mayores de 60 años, son sintomáticas al momento del diagnóstico, tienen lesiones del centro y tercio inferior de la vagina o tienen tumores mal diferenciados. La extensión de pared vaginal comprometida está relacionada con la supervivencia y la etapa de la enfermedad en pacientes con carcinoma de células escamosas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Algunas mujeres no presentan signos ni síntomas, pero de presentarlos los más comunes son estos:

Sangrado fuera de los periodos menstruales.

Secreción vaginal.

Dificultad o dolor al orinar.

Dolor durante el coito.

Molestias y dolor pelviano.

Estreñimiento.

Una masa palpable.

VALORACIÓN

-Valorar la cantidad y características de la sangre perdida.

-Valorar signos vitales.

-Valorar aportes, pérdidas y densidad urinaria.

-Valorar resultados de laboratorio para detectar la aparición de anemia.

-Valorar el conocimiento que tiene la paciente y el nivel de comprensión relacionado con la función del útero en relación con el ciclo de respuesta sexual y con el impacto potencial de la terapia sobre la función sexual.

-Valorar el grado de dolor y molestias en la zona de la pelvis.

-Valorar la presencia de estreñimiento.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Las mujeres a partir de los 20 años o cuando empiecen a ser sexualmente activas deberían hacerse una exploración vaginal bimanual anual junto con una extensión de Papanicolaou y una inspección minuciosa de la vagina, la vulva y área perineal. Las que sus madres tomaron dietilestilbestol durante el embarazo,

deben someterse a estos controles a partir de una edad más temprana. A las mujeres hay que enseñarles medidas higiénicas genitales prudentes e informarles de que deben comunicar rápidamente cualquier signo y síntoma anómalo o sospechoso a los profesionales sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

La patología del cáncer vaginal tiene una incidencia no despreciable en nuestro medio. Un adecuado conocimiento de la misma permitiría un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- Baird SB, McCordler, Grant M: Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia, 1991. WB Saunders.
- Belcher, Anne E. Enfermería y cáncer. Serie Mosby de Enfermería clínica.
- Diccionario terminológico de ciencia médica. 13ª edición. Masson. S.A.
- Lowdermilk; Perry; Bodak. Materno-infantil. Enfermería Mosby 2000.
- Valerie Edge, Mindi Miller. Cuidados de salud de la mujer. Serie Mosby de Enfermería clínica.

Capítulo 245

CANCER VULVAR

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de vulva es un tumor canceroso, aparece con más frecuencia en los labios mayores o los labios menores, aunque puede aparecer en cualquiera de los órganos externos. El cáncer de la vulva es una enfermedad rara, que puede formarse lentamente a través de muchos años. Alrededor del 90 por ciento de los cánceres vulvares son células cancerosas escamosas, mientras que el melanoma es el segundo tipo más común de los cánceres vulvares, usualmente encontrado en los labios menores o en el clítoris.

2 Objetivos

- Exponer el cáncer de vulva como patología neoplásica
- Comentar los principales aspectos que ayudan a su diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

EPIDEMIOLOGÍA

Suponen entre el 3 y el 5 por ciento de todos los cánceres ginecológicos. La edad en la que hay más riesgo es en los 65 años o más. El 70 por ciento de estos tumores aparecen en los labios y el 13 por ciento en el clítoris.

FISIOPATOLOGÍA

Por regla general estos cánceres se desarrollan muy lentamente y se extienden por contacto directo a los tejidos adyacentes o a través de los vasos linfáticos hasta los ganglios linfáticos inguinales.

Aparecen con mayor frecuencia en los labios mayores que en los menores y el lugar menos frecuente es el clítoris, otras localizaciones son los orificios vaginal y uretral o las áreas perianales.

No se conoce la causa de su origen pero el prurito de larga evolución es un importante factor de riesgo, así como el virus del papiloma humano, la inflamación crónica vulvar, la infección con el virus de inmunodeficiencia humana, bajo nivel socioeconómico, otros cánceres genitales o el fumar.

La tasa de supervivencia a los 5 años en casos sin afectación ganglionar es del 85 por ciento.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Cada mujer puede presentar los síntomas de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Prurito
- Nódulos o masas vulvares.
- Cambios en el color y la forma en que luce la vulva.
- Sangrado o flujo que no está relacionado con la menstruación.
- Ardor, comezón o dolor severos.
- La piel de la vulva parece blanca y se siente áspera.

Los síntomas del cáncer vulvar pueden parecerse a otras condiciones o problemas médicos.

VALORACIÓN

- Valorar aumento de la secreción, cambios en la piel, hinchazón y lesiones con el fin de detectar las complicaciones de forma temprana.
- Valorar el apetito, pérdida de peso, niveles de actividad y patrón de sueño para detectar ansiedad o posible depresión.
- Valorar la presencia de sistemas de apoyo.
- Valorar la presencia de sangrado y secreción.

DIAGNÓSTICO PRECOZ Y PREVENCIÓN

Las mujeres de 40 años o más deberían someterse a un control de un año en el que se realice una exploración vaginal bimanual y una inspección de la zona vulvar. La autoexploración vulvar es importante y la mujer debe de aprender a realizarla.

Aunque no se conoce exactamente la causa de este cáncer hay algunas sugerencias para la prevención:

- Evitar los factores de riesgo conocidos cuando sea posible.
- Retrasar el comienzo de la actividad sexual.
- Usar condones.
- Realizar chequeos físicos regulares.
- Realizar su prueba del Papanicolaou y sus exámenes pélvicos rutinariamente.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de vulva supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- Baird SB, McCordler, Grant M: Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia, 1991. WB Saunders.
- Belcher, Anne E. Enfermería y cáncer. Serie Mosby de Enfermería clínica.
- Diccionario terminológico de ciencia médica. 13ª edición. Masson. S.A.
- Lowdermilk; Perry; Bodak. Materno-infantil. Enfermería Mosby 2000.
- Valerie Edge, Mindi Miller. Cuidados de salud de la mujer. Serie Mosby de Enfermería clínica.

Capítulo 246

EL COLESTEROL

SOUKAINA EL HIRCH FARHI

JENNIFER QUIRANTES GIL

OLAIA CHOMON MENDOZA

SANDRA MORENO SANCHEZ

LYDIA ALVAREZ RIOS

1 Introducción

El colesterol es una sustancia cerosa y parecida a la grasa que se encuentra en todas las células del cuerpo. El cuerpo necesita cierto nivel de colesterol para producir hormonas, vitamina D y sustancias que le ayuden a digerir los alimentos. El cuerpo produce todo el colesterol que le es necesario pero también se encuentra en alimentos que se ingieren de origen animal, como yemas de huevo, carne y queso, y que son los que a menudo nos hace elevar ese índice de colesterol en el organismo. Si se tiene demasiado colesterol en el organismo puede combinarse con otras sustancias de la sangre y formar una placa de grasa que se adhiere a las paredes de los vasos sanguíneos. Esta acumulación de grasa en los vasos sanguíneos se llama arterioesclerosis y puede llegar a provocar una enfermedad en las arterias coronarias, las puede estrechar e incluso bloquear y crear una obstrucción que ponga en riesgo la vida de la persona.

El colesterol es uno de los lípidos o grasas más importantes que se encuentran en nuestro cuerpo. Participa en muchos procesos fisiológicos importantes en el

organismo humano, fundamentalmente en la formación de las membranas de las células de nuestros órganos y como materia prima para la síntesis de hormonas sexuales y las de origen suprarrenal, es necesario para la producción de ciertas hormonas, como los estrógenos, la testosterona y la adrenalina. También es precursor de los ácidos biliares, que son sustancias que forman parte de la bilis y que facilitan la digestión de los alimentos grasos.

En circunstancias normales, casi todo el colesterol de nuestro organismo procede del que absorbemos de los alimentos y del que el hígado es capaz de elaborar. Este colesterol pasa a la sangre, donde es transportado por unas proteínas especialmente diseñadas para ello, las lipoproteínas, para ser distribuido hacia los diversos aparatos y sistemas del cuerpo humano.

El exceso de colesterol en el cuerpo es uno de los problemas de salud que más preocupa a la población. Cuando existe un exceso de colesterol circulante en la sangre, tiende a depositarse en la pared de las arterias, originando las denominadas “placas de ateroma”.

Las placas de ateroma están constituidas principalmente por el colesterol allí almacenado, por células que fagocitan el colesterol: los macrófagos, y por células musculares, que acuden a estas lesiones donde sintetizan sustancias que fibrosan y hacen a las placas susceptibles de calcificación. Los niveles altos de colesterol en sangre perpetúan este proceso. Las placas van aumentando de tamaño, lo que contribuye a una mayor rigidez de los vasos sanguíneos y a una progresiva obstrucción de los mismos. En ocasiones, las placas se rompen, formándose trombos que potencialmente pueden ocluir total o parcialmente la arteria.

En el transcurso de estas rupturas y trombosis se pueden desprender émbolos que viajarían por el torrente circulatorio hasta impactar en arterias de menor calibre, impidiendo desde ese momento la irrigación del tejido que dependía de ellas.

Todos estos fenómenos originan una enfermedad denominada arteriosclerosis, responsable de diversos cuadros cardiovasculares que, dependiendo de la localización de las arterias afectadas, conocemos como cardiopatía isquémica, angina de pecho e infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares, infartos y trombosis cerebrales, arteriopatía periférica, isquemia de los miembros inferiores, aneurismas aórticos e isquemia intestinal.

2 Objetivos

- Exponer de una manera actualizada los conocimientos del colesterol.
- Abordar desde el punto de vista fisiopatológico las principales enfermedades y problemas asociados al colesterol
- Identificar las principales medidas que pueden ayudar a controlar el colesterol.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un método de búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline Cuidateplus. Palabras clave utilizadas; enfermedades cardiovasculares, colesterol, dieta mediterránea. También se ha buscado información en revistas científicas.

4 Resultados

Se puede prevenir el colesterol sanguíneo alto con una alimentación sana y equilibrada, baja en grasas saturadas y a la vez incluyendo una pequeña cantidad de grasas no saturadas en la alimentación se puede contribuir a reducir los niveles de colesterol.

Hay que informar y concienciar a la población de la importancia de los estilos de vida en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y también sobre qué es el Riesgo Cardiovascular (RCV) y la incidencia que tienen los distintos estilos de vida sobre él. Se debe valorar la actitud terapéutica del médico en función a las cifras de colesterol LDL y conocer la evolución clínica, el tratamiento y el grado de control de las hipercolesterolemias familiares. Tener el colesterol alto es una situación de riesgo, y controlar los niveles de colesterol es preocuparse por vivir más y mejor.

Se puede prevenir el incremento de los niveles de colesterol en la sangre en el caso de una hipercolesterolemia poligénica, es decir, aquella en la que además de las alteraciones genéticas, participan también factores ambientales. Se debe consumir una dieta equilibrada con abundantes frutas y verduras que son ricas en fibra. Elegir alimentos con grasas insaturadas como las aceitunas, los frutos secos, el pescado, los frejoles, la soja, el germen de trigo, etc.

Hay que evitar las grasas saturadas, que se encuentran principalmente en productos animales, y los ácidos grasos, que se encuentran en las comidas rápidas

y los alimentos procesados. Limitar el consumo de bebidas alcohólicas y si se es fumador sería importante abandonar este hábito.

No hay que olvidar hacer ejercicio con regularidad para ayudar a aumentar el nivel de HDL, que es el denominado colesterol bueno, el que no daña las arterias, y a su vez ayuda a bajar de peso cuando existen casos de obesidad o sobrepeso. Es conveniente realizarse chequeos médicos y exámenes de colesterol periódicos para tener un control.

5 Discusión-Conclusión

El colesterol forma parte de las membranas celulares y es precursor de hormonas esteroideas, ácidos biliares y de la formación de la vitamina D. A pesar de su importancia biológica, es evidente que elevadas concentraciones plasmáticas de colesterol ocasionan alteraciones profundas, tales como, la hipercolesterolemia, la cual promueve, la disfunción endotelial causada por la aterosclerosis. La evolución de la aterosclerosis representa el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

La hipercolesterolemia en general, es un problema grave de Salud Pública que requiere de estudios más detallados en cuanto a la homeostasia del colesterol, ya que la implementación de nuevas estrategias dietéticas, farmacológicas o cambios en el estilo de vida, permitirán mantener en niveles recomendables el colesterol plasmático.

La administración conjunta de ezetimiba y estatinas es una nueva alternativa eficaz y segura que permite reducir significativamente los niveles de C-LDL, que cuando se administran por separado. El efecto terapéutico de estos dos fármacos logra disminuir en gran medida la incidencia de las enfermedades cardiovasculares; finalmente, todas las estrategias para mantener los niveles de colesterol en valores recomendables, tanto las no farmacológicas que incluyen cambios en los hábitos alimenticios y en el estilo de vida, y las farmacológicas, mejorarían la calidad de vida de los pacientes con problemas de colesterol, finalmente es importante recalcar que la farmacoterapia no sustituye al tratamiento integral con modificación de la dieta y el estilo de vida.

6 Bibliografía

1. <https://www.fbbva.es/>

2. <https://medlineplus.gov>
3. <https://cuidateplus.marca.com/>
4. <https://www.mayoclinic.org>

Capítulo 247

CANCER DE OVARIO

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

1 Introducción

El cáncer de ovario es la sexta forma más frecuente de cáncer en la mujer, y la cuarta causa principal de muerte por cáncer. Su incidencia está aumentando más rápidamente que la tasa de supervivencia.

Hay que separar los denominados “pseudotumores” del resto de tumores, estos hacen referencia a procesos benignos que condicionan un aumento de volumen ovárico, pero que no presentan un auténtico neoformativo como entendemos clásicamente. Todos tienen un carácter evidentemente benigno. Dentro de este grupo se incluyen: quistes foliculares o luteínicos (funcionales), EIP (abscesos tubo-ováricos), enometriosis (endometriomas), ovario poliquístico, quiste de inclusión y quiste del para-ovario (derivados a partir de restos embrionarios).

2 Objetivos

- Exponer la fisiopatología del cáncer de ovario.
- Explicar la clínica, diagnóstico y tratamientos actuales sobre el cáncer de ovario.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática de la literatura sobre el cáncer de ovario.

4 Resultados

EPIDEMIOLOGÍA

La causa del cáncer de ovario no se ha determinado, pero el incremento de la incidencia del cáncer de ovario entre las mujeres nulíparas sugiere que la ovulación ininterrumpida puede ser un factor predisponente, por otra parte, las mujeres mayores de 50 años (postmenopáusicas) muestran una posibilidad creciente de presentarlo, y esto aumenta hasta los 70 años. Otros factores son el celibato, la infertilidad, una historia prolongada con irregularidades menstruales, un nivel socioeconómico más elevado, una dieta con alto contenido en grasas y la exposición a sustancias químicas industriales como el asbesto y el talco.

Suele descubrirse tardíamente, raramente se detecta antes de que el tumor alcance el estadio III por ello es el cáncer ginecológico de más difícil curación. Más del 60% de las mujeres que sufren la enfermedad son diagnosticadas cuando ya está muy avanzada.

FISIOPATOLOGÍA

En el ovario existen dos porciones diferentes

- Cortical. En ella distinguimos:

Epitelio germinal de superficie (monoestratificado), es peritoneo primitivo.

- Estroma ovárico específico o goanadal (aparato folicular).

Célula germinal.

Granulosa.

- Estroma inespecífico: tejido conjuntivo, vasos, etc.

- Médula. Vasos, nervios, células de Bergen, rete ovarii (restos de los cordones sexuales primarios).

Entre el 70 y el 80% de los cánceres de ovario son de origen epitelial, el tipo más común es el citadenocarcinoma seroso.

ESTADIOS

- Estadio I: crecimiento limitado a los ovarios.

- Estadio II: crecimiento que afecta a uno o ambos ovarios con extensión pélvica.

- Estadio III: crecimiento que afecta uno o ambos ovarios con metástasis intraperitoneales fuera de la pelvis y/o afectación de los ganglios retroperitoneales.

- Estadío IV: crecimiento que afecta uno o varios ovarios con metástasis a distancia.

PROPAGACIÓN Y PRONÓSTICO

La diseminación del tumor se produce por la siembra de células en la superficie del peritoneo pélvico, el colon sigmoide, el ciego, el íleon terminal y el epiplón, además de las vías linfáticas. La tasa de supervivencia a los 5 años para los tumores en estadio I es del 55-90%; para los tumores en estadio II, del 0-40% y muy baja para los tumores en estadios III y IV.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La sintomatología es pobre en líneas generales y totalmente inespecífica, motivo por el que el diagnóstico suele ser tardío.

- Síntomas dependientes de un aumento de volumen. Nota un aumento del perímetro abdominal, con distensión, incluso puede paparse la masa la propia paciente.

- Síntomas dependientes de la compresión de órganos vecinos. Su intensidad depende de la movilidad del tumor, así los móviles comprimirán menos y más tarde que los fijos, y de su orientación en el crecimiento, así los anteriores darán más síntomas urinarios y los posteriores digestivos.

Digestivos: dispepsia, estreñimiento.

Urinarios: cólico nefrítico, polaquiuria.

Ginecológicos: disminorrea, metrorragia.

Vasos linfáticos: edema de miembros inferiores.

Peritoneo: dolor, molestias abdominales.

- Síntomas dependientes de su capacidad funcionante. Suele ser un síntoma raro. Fundamentalmente están en relación con los tumores del estroma específico y los germinales. Sus síntomas dependerán de la hormona producida.

- Ascitis. Es relativamente frecuente, pone de manifiesto la participación peritoneal y se asocia a malignidad.

- Otros. Astenia, anorexia, adelgazamiento y anemia.

En ocasiones la manifestación clínica viene derivada de la aparición de alguna complicación del tumor ovárico.

Los principales son:

-Rotura del quiste.

- Infección.
- Torsión del pedículo.

VALORACIÓN

Nutricional:

- Valorar la ingesta calórica.
- Valorar los signos de pérdida de peso y deshidratación.
- Valorar la presencia de molestia abdominal

Renal:

- Valorar los aportes y pérdidas.
- Valorar la presencia de hematuria.
- Valorar distensión abdominal.

Psicosocial:

- Valorar patrón de sueño y los niveles de actividad.
- Valorar la presencia y la calidad de los sistemas de apoyo.
- Cambios en la comunicación con los demás.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Los malos resultados pronósticos obtenidos en el tratamiento del cáncer de ovario se deben fundamentalmente a un diagnóstico tardío. De aquí su interés por encontrar procedimientos que permitan un diagnóstico precoz.

Las posibilidades de un diagnóstico precoz se basan en la aplicación de una metodología a una amplia masa de población o a un grupo de riesgo, pero esto último es difícil catalogarlo en el cáncer de ovario. Sólo podríamos considerar de riesgo relativo, para el cáncer epitelial, a las mujeres de más de 50 años, con antecedentes familiares, nulíparas, que no han consumido anovulatorios o que han padecido una enfermedad ovárica previa.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de ovario supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- Baird SB, McCordler, Grant M: Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia, 1991. WB Saunders.
- Belcher, Anne E. Enfermería y cáncer. Serie Mosby de Enfermería clínica.
- Diccionario terminológico de ciencia médica. 13ª edición. Masson. S.A.
- Lowdermilk; Perry; Bodak. Materno-infantil. Enfermería Mosby 2000.
- Valerie Edge, Mindi Miller. Cuidados de salud de la mujer. Serie Mosby de Enfermería clínica.

Capítulo 248

APORTE ENERGÉTICO Y ALIMENTACION EN LA MADRE LACTANTE

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

1 Introducción

La lactancia debemos entenderla como la consumación fisiológica del ciclo reproductor.

La importancia de la nutrición sobre el desarrollo adecuado del recién nacido y su futura salud ha adquirido cada vez más relevancia, sobre todo a partir de los años 70 en los que se volvió a la lactancia natural método natural cómo método fundamental de alimentación de recién nacido.

La importancia de la nutrición de la madre y la calidad de de los alimentos demuestran las ventajas de la leche humana y su interdependencia.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la lactancia materna así como composición de la leche materna.
- Exponer con detalle los diferentes elementos de la leche materna, propiedades,

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

ALIMENTACIÓN MATERNA DURANTE LA LACTANCIA

Una dieta ideal es aquella capaz de mantener la salud del sujeto según su peso, talla y actividad que realiza. Hay casos, como ocurre en la mujer que amamanta, en que los requerimientos de la madre aumentan en cantidad calidades tales que pueden plantear un riesgo en potencia para su salud.

La situación de la madre lactante hace más difícil el control sobre unas dietas que mantengan unos supuestos lógicos, más o menos estables, sobre el consumo energético, según el peso, la talla y la actividad física.

A ello se añade la lactancia y, además, el paso de la gestación a otra totalmente diferente que debe soportar la sobrecarga de producción y pérdida posterior de elementos energéticos y de otra índole, la cuál, según el estado nutricional en el que se encuentre y la dieta que siga, puede mermar sus reservas e influir negativamente sobre su salud.

APORTE ENERGÉTICO Y DE NUTRIENTES EN LA MADRE LACTANTE

En las raciones dietéticas recomendadas (RDA) se indica para el periodo de la lactancia un suplemento de unas 500 Kcal/día a la cantidad recomendada para la misma mujer fuera del periodo reproductivo (2.200 Kcal), lo que equivale a unas 2.700Kcal/día.

REQUERIMIENTO DE PROTEINAS

Se debe incrementar el aporte de proteínas de unos 10-15 g/diarios debido al contenido proteico de la leche y teniendo en cuenta que se producen unos 750/850 ml/día.

APORTE DE LÍPIDOS

La energía proveniente de lípidos en la madre lactante no ha de superar el 30/35 % del total, como en la dieta de cualquier persona.

COLESTEROL

Como objetivo ideal se recomienda que el colesterol lo supere los 300 mg/día. Sin embargo, no se han demostrado de forma incontrovertible que un aporte dietético superior sea perjudicial en el curso del embarazo ni durante la lactancia.

ÁCIDOS GRASOS

Las recomendaciones generales son que los ácidos grasos no superen la tercera parte del total de los ácidos grasos y que los monoinsaturados superen a los poliinsaturados. En España suele cumplirse dicha premisa gracias a la utilización del aceite de oliva en lugar del grasas de origen animal. Los ácidos grasos saturados no deben superar el 10% del total de la energía en la dieta.

HIDRATOS DE CARBONO

Los hidratos de carbono deben constituir el 50% del aporte de energía.

VITAMINAS, MINERALES Y OLIGOELEMENTOS

Las vitaminas no tienen valor energético pero son fundamentales para regular algunos procesos vitales del organismo, especialmente para el crecimiento del feto y del lactante. Las necesidades de la madre son más altas en la Gestación.

Los minerales participan en sistemas enzimáticos u hormonales. En las sociedades desarrolladas y con dietas equilibradas se consiguen mediante la dieta en cantidades suficientes para una mujer fuera del periodo reproductivo.

Especial mención merece el hierro, puesto que a los 500600 g que supone el coste neto del embarazo, hay que añadir otros 125mg por la lactancia, lo cual obliga a dar suplementos a la madre en esta fase, si no queremos agravar más el déficit que arrastra del embarazo.

El calcio es también otro mineral fundamental y de elevado consumo en la lactancia, siendo las necesidades de unos 1.200 mg/día.

El fósforo se requiere en una proporción similar al calcio, pero debido a que su absorción es más fácil y a que está presente en un mayor número de alimentos, no es necesario dar suplementos si la dieta es equilibrada.

El consumo sistemático de la leche, cereales y frutas en el desayuno ayudaría a mantener un aporte adecuado de los nutrientes necesarios en la gestación y la lactancia, favoreciendo el consumo de hidratos de carbono en lugar de los lípidos.

La utilización del sal yodada, de uso habitual en España, ayuda a un aporte adecuado de yodo en la dieta.

La composición del calostro y de la leche madura, explica el aumento de los requerimientos que justifica el incremento de las cantidades recomendadas. Las diferencias observadas en la composición de ácidos grasos en la leche de mujeres vegetarianas y no vegetarianas nos indican la importancia que puede llegar a tener la alimentación y su posible influencia en el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia es fundamental para el recién nacido y supone la principal fuente de energía y nutrientes que permitirán el correcto desarrollo global. La correcta alimentación de la lactante es fundamental para que la lactancia pueda cumplir con su función y conseguir el máximo beneficio.

6 Bibliografía

- Características biológicas de la lactancia materna. X Jornadas de invierno. Reencantándonos con la lactancia materna. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- <http://www.prematuros.cl>
- Características Biológicas y Químicas de la leche materna.
- Díaz Gómez, N.M. y Domenech, E. Avances en lactancia materna. Canarias Pediátrica; 24(1).

Capítulo 249

ENFERMEDADES OCULARES COMO CONSECUENCIA DE LA DIABETES

BLANCA ROSA INFANTES BUENO

1 Introducción

Normalmente asociamos la palabra diabetes con régimen, con el que no debemos abusar de lo dulce, de que debemos controlar la alimentación, y el hacer algo de ejercicio para controlar los niveles de glucosa en sangre.

Hay muchas enfermedades causadas por esta enfermedad, y puede afectar a diversos órganos y tejidos de nuestro cuerpo, como los ojos.

La diabetes puede provocar problemas de visión e incluso ceguera por lo que es importante la prevención y el control de la diabetes para evitar que progrese la enfermedad.

Las enfermedades oculares más frecuentes asociada a la diabetes son:

- Retinopatía diabética
- Edema macular
- Cataratas
- Glaucoma

Enfermedades relacionadas y síntomas a tener en cuenta:

RETINOPATIA DIABETICA:

- Visión borrosa y pérdida gradual de la visión
- Visión de manchas
- Sombras o áreas de pérdida de visión

-Dificultad para ver de noche

EDEMA MACULAR:

-Perdida de agudeza visual

-Visión borrosa

-Distorsión de imagen

-Percepción descolorida

CATARATAS:

-Visión borrosa o difusa

-Visión nocturna precaria

-Halo alrededor de las luces

-Sensibilidad a la luz y el brillo

-Cambios frecuentes en la graduación de gafas

GLAUCOMA:

-Visión borrosa y pérdida gradual de la visión

-Visión de manchas

-Sombras o áreas de pérdida de visión

-Dificultad para ver de noche

2 Objetivos

Exponer las enfermedades oculares como consecuencia de la diabetes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Usando palabras claves tales como enfermedad ocular, diabetes, glaucoma entre otras.

4 Resultados

Muy importante la información a este tipo de personas (diabéticos), para acudir a los profesionales de la salud, en cuanto noten algún síntoma relacionado con alguna de estas enfermedades. A veces el desconocimiento deriva en que los síntomas no se tomen en serio, y acaben en patologías irreversibles.

Es importante iniciar cuanto antes el tratamiento específico, según el tipo de patología que se padezca, pues de ello dependerá una mejora sustancial para una mejor calidad de vida. Saber que muchas dolencias y enfermedades causadas por la diabetes si se cogen a tiempo pueden ser reversibles o que se pueden paliar en tal medida que apenas se vea afectada la calidad de vida.

Qué tan importante es el tratamiento como la prevención, que seguir unas normas dictadas por los especialistas que nos tratan son tan importantes como los remedios médicos destinados a tales males.

- Dieta saludable y controlada y equilibrada
- Ejercicio físico y control de peso
- Medicación
- Insulina
- Revisión ocular frecuente
- Control de la tensión
- Dejar de fumar

Saber que una vez ha aparecido la enfermedad no todo está perdido, ya que hoy día hay avances bastantes significativos para tratar estas dolencias.

MEDICINAS:

- Medicamentos anti-factor de crecimiento endotelial vascular.

LASER:

- Tratamiento focal o en rejilla.
- Tratamiento con láser disperso.

VICTRETOMIA:

- Extracción de la materia gelatinosa que rellena el espacio interior del ojo (humor vítreo) y posteriormente se inyecta una solución salina para ayudar en la cirugía y reemplazar el humor vítreo.

CIRUGIA DEL CRISTALINO CON CATARATAS:

- Extracción del cristalino para ser sustituido por una lente artificial.

5 Discusión-Conclusión

No todo el mundo con diabetes contrae enfermedades oculares, como no todas las diabetes son iguales. El ser consciente que adquirir nuevos hábitos de vidas a causa de la diabetes no es un castigo, sino una necesidad.

6 Bibliografía

- <https://www.aao.org/salud-ocular>
- <https://www.niddk.nih.gov/>
- <https://www.quironsalud.es/>
- <https://www.fundaciondiabetes.org>

Capítulo 250

ALIMENTACION Y DIETETICA.DIETAS Y PROCEDIMIENTOS

JULIA MENENDEZ FERNANDEZ

ROSA MARIA GARCIA PEREZ

1 Introducción

La nutrición es uno de los pilares fundamentales para la salud. Los términos de nutrición y alimentación son dos conceptos distintos. Alimentación es el acto de tomar o proporcionar alimento.

Nutrición es el conjunto de procesos implicados en la ingesta de nutrientes y en su utilización y asimilación para el funcionamiento del propio organismo y para el mantenimiento de la salud.

Existen dos tipos de sustancias en los nutrientes, sustancias orgánicas (proteínas, lípidos y glúcidos) y sustancias inorgánicas (vitaminas, minerales y fibra)-

2 Objetivos

Definir cuales son los principios de la nutrición y alimentación saludable y conocer las diferencias entre los distintos tipos de dietas, además de los procedimientos de alimentación.

3 Metodología

Se entiende por alimentación equilibrada aquel tipo de alimentación que permita al ser humano el mantenimiento de un adecuado nivel y estado de salud y que a su vez permita la realización de diferentes actividades. Debe ser variada, agradable y presentar unas raciones de nutrientes que sean adecuadas. Es aquella que puede conseguir un estado de salud óptimo.

Dietética es la aplicación de los principios científicos de la nutrición al ser humano, tanto en la salud como en la enfermedad y esta dirigida a grupos o colectividades tanto sanas como enfermas

4 Resultados

Objetivos para un estado de salud óptimo con la alimentación:

- Aportar una cantidad de calorías que sea suficiente para llevar a cabo los procesos metabólicos y de trabajo físico necesarios.
 - Aportar suficientes nutrientes con funciones plásticas y reguladoras (proteínas, minerales y vitaminas)
 - Que las cantidades de cada uno de los nutrientes estén equilibradas entre sí. (Proteínas, 10-15%, glucidos un 50-55% y los lípidos un 30-35%).
- Podemos distinguir dos tipos de dietas, la dieta basal y la dieta preventiva o terapéutica.

5 Discusión-Conclusión

Existen distintas dietas preventivas o terapéuticas:

- Pueden ser con modificaciones energéticas (dieta hipocalórica-baja en calorías y la dieta hipercalórica-alta en calorías)
- Con modificaciones de nutrientes (de hidratos de carbono, indicada en pacientes diabéticos, de proteínas-hipoproteica o hiperproteica, sin gluten-para enfermedad celíaca, de lípidos-baja en triglicéridos y colesterol, de minerales-dirigidas a controlar sodio y potasio. Otras dietas con bajadas de nutrientes pueden ser las laxantes y astringentes.
- Con modificaciones de textura y consistencia, dieta líquida-en fases de recuperación, diarreas etc., dieta semisólida o triturada-tipo purés para facilitar la ingesta, dieta blanda-alimentos enteros cocidos con poco aceite

Los procedimientos de alimentación pueden ser por vía oral(es la mas común de todas), vía enteral y via parenteral.

6 Bibliografía

- Macmillan Iberia,S,A
- Lopez Diaz R. Alimentacion en niños y adolescentes.Madrid:editorialBubok;2012
- Planas Vila M Conceptos practicos en nutricion enteral y parenteral.Barcelona Ediciones Mayo, S,A;2008 www.internet.com
- Tortosa Espinola MJ Segura Calvo O Administracion de nutricion enteral por sonda; actividades de enfermeria

Capítulo 251

VEJIGA HIPERACTIVA

YESICA DÍAZ BEJARANO

ANGELA GAMERO FERNÁNDEZ

MARTA GARCÍA RODRIGUEZ

ALBA ÁLVAREZ LÓPEZ

MAITE GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Se conoce como vejiga hiperactiva cuando la vejiga ocasiona una necesidad urgente de orinar y es muy frecuente. Puede ser muy difícil de controlar, incluso este trastorno puede llegar a ocasionar una pérdida involuntaria de orinar (incontinencia imperiosa).

Es posible que, si se padece de vejiga hiperactiva, te sientas avergonzado/a, te aísles o limites tu vida social e incluso laboral. Pero con una buena evaluación se puede determinar si los síntomas de vejiga hiperactiva tienen una causa específica.

Uno de los principales tratamientos y primeros a tener en cuenta suele ser comenzar con estrategias de conducta, como por ejemplo cronogramas para beber líquidos, horarios para orinar y técnicas de contención de la vejiga mediante la rehabilitación del suelo pélvico. Si estas estrategias iniciales no son suficientes, se puede pasar a tratamientos con medicamentos.

2 Objetivos

- Evaluar y analizar los síntomas
- Determinar las causas
- Analizar los factores de riesgo
- Determinar una prevención

3 Metodología

Búsqueda en google palabras clave como, por ejemplo: “problemas más comunes de vejiga” “Vejiga” “ganas de orinar continuamente” “incontinencia urinaria”.

Para la elaboración de este estudio hemos realizado y consultado diferentes búsquedas en bases de datos, consultando libros de diferentes médicos especialistas en urología.

También hemos obtenido información del buscador Google Académico. Para ello se han utilizado términos como “patologías de la vejiga”, “el estudio de la incontinencia urinaria” “vejiga hiperactiva” “tratamientos para la vejiga hiperactiva”, así como revistas relacionadas con la urología y los efectos de la sociedad sobre el problema de la vejiga hiperactiva.

Hemos valorado principalmente los artículos y referencias encontradas basadas principalmente en el estudio de los orígenes de la vejiga hiperactiva y como al cabo de los años ha ido cambiando y evolucionando debido a los cambios de vida producidos hasta la actualidad.

Nos hemos centrado de las más de 200 referencias encontradas en aquellas que han sido más influyentes y que han contribuido a lo largo de la historia a su estudio y resolución de la problemática de hoy en día que hemos comprobado ha aumentado considerablemente debido al estilo de vida a la que la sociedad nos ha llevado, reduciendo nuestra revisión bibliográfica a un número aproximado de 20.

Introducimos gran variedad de artículos de páginas extranjeras ya que hemos encontrado numerosos historiadores a lo largo de la historia de los que todavía se habla y se tienen en cuenta sus destacados avances, ampliándolo con psicólogos más recientes para destacar y demostrar de esta manera la evolución que ha llevado a cabo el concepto del estrés que esta enfermedad nos puede originar, a

partir de estos psicólogos en relación a las épocas, fechas y formas de vida que reflejan e interactúan de una manera directa en este tema.

4 Resultados

Los síntomas más comunes cuando alguien sufre de vejiga hiperactiva suelen ser los siguientes:

- Se siente una necesidad urgente y repentina de orinar y muy difícil de controlar.
- Se puede sufrir de incontinencia imperiosa: pérdida involuntaria de orinar inmediatamente después de la necesidad urgente de orinar.
- Orinar más de 8 veces en 24 horas, es lo que se conoce como orinar con frecuencia.
- Despertarse durante la noche dos o más veces para orinar (nicturia)

Aunque llegues al baño a tiempo a orinar, solo el hecho de tener que orinar frecuentemente o por la noche levantarte a menudo puede llegar a alterar la vida diaria de una persona. Por lo que se recomienda consultar al médico, si los síntomas te llegan a producir angustia o afectan a tu vida diaria, hay tratamientos que pueden ayudarte.

Las causas pueden ser varias, por eso siempre es recomendable acudir al médico y que revisen tu sistema urinario, ya que éste tiene un proceso de llenado y de vaciado. Los riñones producen orina que va hasta la vejiga, cuando se orina, ésta sale por una abertura ubicada en la parte inferior de la vejiga y va hasta el exterior por un tubo llamado uretra. Las mujeres tienen la uretra o el agujero de la uretra ubicado arriba de la vagina, sin embargo, los hombres tienen el orificio de la uretra colocado en la punta del pene. Cuando se llena la vejiga, las señales nerviosas enviadas al cerebro finalmente desencadenan la necesidad de orinar. Al orinar o satisfacer esa necesidad, las señales nerviosas coordinan la relajación de los músculos de la uretra (músculos del esfínter urinario). Los músculos de la vejiga se tensan (contraen) y, de este modo, expulsan orina hacia el exterior.

Contracciones involuntarias de la vejiga

La vejiga hiperactiva se da cuando los músculos de la vejiga comienzan a contraerse involuntariamente, aunque el volumen de orina almacenado en la vejiga sea bajo. Esta contracción involuntaria genera la necesidad urgente de orinar.

Hay varias afecciones que pueden contribuir a causar los signos y síntomas de la vejiga hiperactiva, como pueden ser:

- Trastornos neurológicos, como los accidentes cerebrovasculares y la esclerosis múltiple.
- Diabetes.
- Medicamentos que causan un aumento rápido en la producción de orina o que deben de tomarse con mucho líquido.
- Infecciones agudas de las vías urinarias que pueden ocasionar síntomas similares a los de la vejiga hiperactiva.
- Anomalías en la vejiga, como pueden ser tumores o cálculos.
- Factores que obstruyen la salida de la vejiga: como puede ser por próstata grande en el caso de los varones, estreñimientos o cirugías anteriores para tratar otros tipos de incontinencia.
- Consumo excesivo de cafeína o alcohol.
- Deterioro de la función cognitiva debido al envejecimiento, que puede impedir que la vejiga interprete correctamente las señales enviadas por el cerebro.
- Dificultades para caminar, que pueden generar urgencia urinaria si no puede llegar al baño rápidamente.
- Vaciamiento incompleto de la vejiga, que puede ocasionar síntomas de vejiga hiperactiva al quedar poco espacio para almacenar orina.

La causa específica de la vejiga hiperactiva puede desconocerse.

Hay unos factores de riesgo, en los cuales está el envejecimiento, ya que, al envejecer, aumenta el riesgo de padecer de vejiga hiperactiva. También es mayor el riesgo de padecer enfermedades y trastornos como agrandamiento de la próstata y diabetes, que pueden ayudar a otros problemas relacionados con la función de la vejiga. Muchas personas con deterioro cognitivo, después de un accidente cardiovascular o una enfermedad como un Alzheimer, suelen tener la vejiga hiperactiva. Puede llegar a controlarse con cronogramas para beber líquidos, horarios y recordatorios para orinar, colocarse prendas absorbentes, etc. Incluso algunas personas pueden llegar a presentar problemas con el control intestinal, llegado el caso se recomienda avisar al médico cuanto antes, para poner solución.

Puede haber complicaciones de cualquier tipo con la incontinencia, ya que, puede verse afectada tu calidad de vida, si éstos síntomas llegan alterar tu vida, es posible que incluso además padezcas de sufrimiento emocional o depresión, ansiedad, alteraciones del sueño o interrupción de los ciclos del sueño e incluso problemas de sexualidad. En estos casos el médico puede recomendarte un tratamiento para las afecciones con el fin de determinar si tratándolas ayudará a mejorar los síntomas urinarios.

Algunas mujeres también pueden tener un trastorno llamado incontinencia mixta, en el cual se produce incontinencia tanto por urgencia como de esfuerzo. La incontinencia de esfuerzo es la pérdida de orina al hacer un esfuerzo físico o presionar la vejiga, como por ejemplo al realizar ejercicio de impacto tal como correr o saltar. Es muy probable que el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo no ayude a mejorar los síntomas de vejiga hiperactiva. En las personas mayores, puede darse una combinación frecuente de problemas para almacenar orina en la vejiga y para vaciarla. La vejiga puede ocasionar mucha urgencia e incluso incontinencia, pero no se vacía correctamente. Los especialistas urinarios pueden ayudarnos con esta combinación de problemas de la vejiga.

Para prevenir la vejiga hiperactiva hay una serie de recomendaciones que nos pueden ayudar a reducir el riesgo de padecer vejiga hiperactiva, algunos ejemplos de estilos de vida saludable son los siguientes:

- Mantener un peso acorde a nuestra edad y talla, es decir un peso saludable.
- Realizar actividad física y ejercicio diariamente o regularmente.
- Reducir el consumo de cafeína y alcohol.
- Dejar de fumar si se fuma.
- Controlar las enfermedades crónicas, como la diabetes, que pueden contribuir a los síntomas de vejiga hiperactiva.
- Aprender dónde están ubicados los músculos del suelo pélvico y fortalecerlos mediante la realización de ejercicios de kegel, que no es más que tensionar o contraer los músculos durante unos segundos y después relajarlos otros segundos y así hasta ir aumentando cada día los segundos de contracción y relajación.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda que ante la más mínima sospecha de padecer de esta enfermedad (vejiga hiperactiva) se acuda al especialista y te indique unas pautas a seguir. Así mismo las mujeres tenemos más predisposición a padecer esta enfermedad ya que después de ser madres y más si se trata de un parto por vía natural, los músculos del suelo pélvico se ven debilitados. Los hombres también pueden padecerla, pero la probabilidad es menor. En el caso de los hombres puede ser debido a una operación de vejiga o agrandamiento de la próstata.

Después de analizar bien esta enfermedad comprobamos también que los ejercicios de alto impacto no son tampoco recomendables, ya que hacemos que nuestros órganos se muevan y en este caso la vejiga que viene a ser el último órgano se ve aplastado por el peso de los otros en cada salto, es por eso que las personas

deportistas deben de tener un suelo pélvico fortalecido para que la vejiga no se vea tan comprometida.

Finalmente recomendamos la práctica de ejercicios de kegel tanto en hombres como en mujeres, en el caso de las mujeres incluso se pueden realizar con bolas específicas para ello, siendo capaz las mujeres de mantenerlas dentro de la vagina un tiempo o mientras se realizan dichos ejercicios de kegel.

6 Bibliografía

1. Álvarez Fernández, J. A. (2002). Vejiga hiperactiva. Síntomas y sus causas.
2. Álvarez Fernández, J. A., Álvarez-MonSoto, M., & Rodríguez Zapata, M. (2006). Problemas de vejiga hiperactiva.
3. Bonino, A., & Cristar, F. (2016, 17 marzo). Lo mejor del Congreso de la American Heart Association 2015
4. Comité de Enlace Internacional sobre incontinencia urinaria y problemas psicológicos. (2006)
5. Mer Cruz, M.J. (2009). Problemas más comunes después de dar a luz. Incontinencia urinaria.
6. Fernández Lozano, I., Urkía, C., & Bautista Lopez Mesa, J. (2016, octubre). Guías de ejercicios de Keguel 2015
7. Granero Molina, J., & Fernández-Sola, C. (2011, septiembre). Incontinencia urinaria, problemas más comunes
8. Gómez Antúnez, M., López GonzálezCobos, C., & VillalbaGarcía, M. V. (2015, septiembre). Prevención de la incontinencia urinaria. Rehabilitación del suelo pélvico.
9. Guildner, C. W., Williams, D., & Subitch, T. (1976, septiembre). Ejercicios de Keguel. Rehabilitación del suelo pélvico.
10. Koenraad Monsieurs, G., Jerry Nolan, P., & Leo Bossaer, L. (2015). Recomendaciones para la incontinencia urinaria.
11. López Messa, J. B. (2010, abril). Señas de identificación de los problemas más comunes en mujeres.
12. López Rodríguez, M. F. (2010). Síntomas de vejiga hiperactiva.
13. López-Messa, J. B., Herrero-Ansola, P., & Pérez-Vela, J. L. (2011, marzo). Problemas urológicos más comunes.
14. Martínez López, A., Varón Perdomo, V., & García Pimentel, P. (2016). Entrenar el suelo pélvico y fortalecimiento del suelo pélvico.

15. Medina Fernández, J., Ortiz Gómez, L., & Tun González, D. (2017, julio). Enseñanza de músculos del suelo pélvico y síntomas más comunes de vejiga hiperactiva
16. Morán Martínez, J. M. (2007). Navarro Vargas, R. (2005, septiembre). Prevención de incontinencia urinaria.
17. Nodal Leyva, P. E., López Héctor, J. G., & De La Llera Domínguez, G. (2006). Síntomas más comunes de vejiga hiperactiva.
18. Parra Rodríguez, K. J., Milena Cortez, S., & Navarro Vargas, J. R. (2009, 1 septiembre). Suelo pélvico en mujeres.
19. Rincón-Lorenzo, P., Solis-Mendoza, H. A., & Montiel-Jarquín, A. J. (2017). Conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo del paciente con incontinencia urinaria.
20. Vasco Ramírez, M. (2007, marzo). Síntomas de vejiga hiperactiva y otros problemas.
21. Veliz-Pintos, R. A., & Lizalde-Isunza, M. L. (2016). Problemas de vejiga tanto en hombres como en mujeres.
22. Viñanagua, C., Felix Puente, E. R., & Elizabeth, F. (2017, mayo). Como trabajan nuestros riñones y aparato urinario.

Capítulo 252

DIABETES EN LA ADOLESCENCIA.

FRANCISCO JAVIER POSADA REY

SARA MENENDEZ PÉREZ

MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ

LAURA CABREJAS LOPEZ

ILIUSKA SUTIL REDONDO

1 Introducción

Uno de los mayores problemas en el mundo de la salud, que conlleva un estigma social no solo por su elevada frecuencia, sino por su gran coste económico, es la diabetes mellitus, que en adelante denominaremos DM. Se trata de una enfermedad bastante frecuente y que además conlleva un gasto económico importante. Durante las últimas décadas ha crecido el interés y la importancia que se da a los aspectos sociales y psicológicos junto con la calidad de vida en las enfermedades crónicas, y sobretodo del caso que nos lleva a escribir este documento, la DM. El tratamiento de la enfermedad debe conllevar, según nuestra opinión, un enfoque multidisciplinar que aborde las variantes sociales, psicológicas y psiquiátricas de la DM1 (Diabetes Mellitus tipo 1), para lograr la mejora clínica a la vez que la prevención de sus complicaciones. (1)

La diabetes, como rasgo distintivo de otras enfermedades crónicas, requiere de un enorme autocontrol que puede conllevar en numerosas ocasiones un estrés psicosocial y psicológico añadido a la problemática de la enfermedad, que de

otra forma y con otra patología no le afectaría de manera tan notable, o no sería susceptible de padecerla.. Necesita por tanto gran ajuste en el estilo de vida y una amplia educación del paciente, en consecuencia el papel del médico cobra además, en este caso, un papel considerable como asesor y debe estar atento a los problemas emocionales del enfermo, en particular los que presentan problemas de incumplimiento terapéutico o de mal control. Que se sufra de problemas psiquiátricos en las personas diabéticas en edades tempranas cercanas a la infancia y adolescencia, dado el nivel de autocuidado que exige, es un hecho confirmado que hace imprescindible contar entre su equipo, miembros no solo de expertos diabetólogos, sino también de educadores en la materia y especialistas de salud mental. (1)

“La complejidad y cronicidad del tratamiento, sumado a los cambios biopsicosociales que ocurren durante la adolescencia, probablemente sobrepasen las competencias del adolescente para responder adecuadamente al tratamiento . Consistente con esto, diversos estudios internacionales reportan que 50% de los adolescentes, con una enfermedad crónica, no adhieren completamente todo a su tratamiento”. (2)

La insulina se descubrió en el año 1922, desde entonces el tratamiento ha evolucionado con el paso del tiempo, llegando al punto en que las insulinas actuales, llegan a imitar la acción del páncreas, fisiológicamente hablando. Por tanto, los pacientes diabéticos, están empezando a gozar de una mucho mayor calidad de vida. Aunque la tasa de adherencia aún sigue siendo baja y presenta unos resultados desalentadores. (3).

Es de suponer que, mejorando conocimiento sobre la DM, se contribuirá a la mejora de la propia salud ya que aumentando el grado de conocimiento sobre el tema, a la larga permitirá a un paciente adolescente anticiparse a situaciones potencialmente de riesgo, por no prever con suficiente antelación los handicaps que pueden ir surgiendo en el día a día.

La casuística, sobre cómo afecta la enfermedad en el día a día, es numerosa. La enfermedad interfiere en todos los aspectos de la vida, social, personal, en la forma de alimentarse, etc., y ello conlleva un trastorno en las relaciones importante, que de no poder asumir correctamente puede derivar en tensiones psicológicas que agravadas pueden dar lugar a enfermedades psicológicas, y esto contribuye a empeorar el autocuidado de la enfermedad y por ello a un empeoramiento de la situación.

Suponemos que no es fácil en la vida de un adolescente, que acaba de dejar la niñez, donde se centra en si mismo para pasar a segundo lugar y empezar a afrontar que la enfermedad va primero si quiere mantenerse sano.

2 Objetivos

Se persigue en este texto extraer los conceptos de la bibliografía y simplificarlos al máximo para la comprensión fácil del lector, de cara aportar sencillez en la explicación y poder informarse de la parte de la enfermedad que no contempla la medicina habitualmente, que es la parte emocional de la enfermedad centrada en el paciente adolescente.

Deseamos proporcionar información sobre la enfermedad para generar cercanía de la enfermedad en la población.

3 Metodología

El periodo temporal contemplado en esta revisión va desde el año 2000 hasta el año 2019. Durante este tiempo, nos hemos dirigido a la búsqueda y cribado de referencias bibliográficas sumergiéndonos en las bases de datos de ciencias de la salud como: Pubmed, Uninet, Scielo, Google Scholar, Organización Mundial de la Salud.

Se consideró como marco lingüístico para la búsqueda, el idioma Castellano y cómo palabras clave a la hora de acotar la búsqueda consideramos las palabras “diabetes”, “mellitus”, “adolescentes”, “aceptación”, “afrontamiento”, “psicosocial”, “elementos de protección”; con objeto de ampliar las referencias de la información obtenida del criterio de búsqueda, en ciertas situaciones se empleó el marcador booleano “and”.

La búsqueda de información se realizó con la condición de que fuera una búsqueda de material gratuito, completo y la publicación de las referencias seleccionadas no haya transcurrido más de 20 años, pero si en la búsqueda hubieran transcurrido más años, esta consulta solo se ha utilizado para obtener nuevas referencias relevantes sobre la materia.

En el mundo en el que estamos, hay mucha información, todo el que quieres puede consultar por la web, cualquier tipo de dato. Sin embargo, hay veces que podemos suponer conocer algo sobre algún tema, pero no quedamos en la super-

ficie. Este es el caso de la diabetes donde todo el mundo sabe lo que es la diabetes, una enfermedad, que consiste en regular mal los niveles de azúcar en sangre y que está relacionada con la insulina. Pero poca gente, más allá del sector sanitario y los propios afectados por la enfermedad, saben concretamente en qué consiste, cómo afecta al paciente, a su día a día, a su entorno y a sus emociones.

La creación de este documento nace por la idea de generar conocimiento para personas profanas que se interesan por la protección de su salud y de la que les rodea.

4 Resultados

Define la Organización Mundial de la Salud a la diabetes como “una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre)”. (4)

Y la clasifica según su tipología en :

“La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.”

“La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.”

“La diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.”

Datos y cifras sobre la diabetes extraídos de la OMS (4) :

“Las personas con diabetes ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014.”

“La prevalencia mundial en adultos (+18 años) aumentó de 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014 .”

“La prevalencia aumenta con mayor rapidez en los países de ingresos medianos y bajos.”

“Causa importante de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.”

“Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012.”

“Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes

será la 7ª causa de mortalidad en 2030.”

“La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición.”

“Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones.”

La diabetes diagnosticada en adolescentes, está asociada a una prevalencia de enfermedades mentales como son la ansiedad y la depresión. También está relacionada con trastornos en la alimentación. En este aspecto, cabe destacar que una misión clave en el desarrollo o no de esta problemática, la tiene el equipo sanitario, pero también la familia. La adolescencia es un periodo de desarrollo y aprendizaje, la presencia es importante, es la época en que la aceptación e integración en grupos sociales es más importante del periodo vital de una persona, y que aparezca una enfermedad de la tipología de la diabetes, que acarrea grandes diferencias respecto del resto de las persona que no padecen diabetes, puede conllevar a la aparición de importante déficit de autoestima y de cuidados de la autoimagen, En relación con esto existe una causa-efecto significativa entre el control de la enfermedad y la presencia o no de síntomas de depresión, ansiedad u otros rasgos psicológicos. La existencia de una diabetes no tiene porque influir en un desajuste psicológico, pero un desajuste psicológico o una patología de este tipo, siempre va a incidir negativamente en el autocontrol y la evolución de la enfermedad por lo tanto es importante, necesario e ineludible entender que hay que abortar la enfermedad diabética desde un punto de vista multidisciplinar. (5)

Para Edelmiro Menéndez, jefe de Endocrinología del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), la sociedad infravalora la enfermedad y considera que “está muy mal que la sociedad no le de la importancia que tiene, la diabetes directamente no te mata, pero, mal controlada, acorta la esperanza de vida en varios años” suma a estas palabras el apunte de que la enfermedad aumenta el riesgo de infarto, empeoramiento de la circulación origen directo de las amputaciones, aumenta el fallo cerebral, nefropatías, insuficiencias renales y/o pérdidas de visión. (6)

Identificar a personas con riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2) consiste en la detección de datos anómalos de la glucemia, en ayunas o también tras una prueba de tolerancia a la glucosa. Introducir hábitos de vida saludables (deporte, cuidado de la alimentación, etc.) junto con la administración de algún

fármaco como metformina rosiglitazona o acarbosa, demostraron que puede ser retrasada la aparición de este tipo de diabetes en sujetos de riesgo. (5)

La identificación de sujetos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 radica en la detección de cifras anormales de glucemia, ya sea en ayunas o tras una prueba de tolerancia oral a la glucosa. La implementación de hábitos de vida saludables y algunos fármacos como metformina rosiglitazona o acarbosa han demostrado que pueden retrasar la aparición de diabetes tipo 2 en sujetos de riesgo. ((5)

Andrés Marcelino García, presidente de Asdipas, dice “el número de mujeres diabéticas en todo el mundo se cifra en casi 200 millones que además opina que hay que tener cuidado con la diabetes porque “parece que no es peligrosa pero, a la larga, puede matarnos”. (6)

La atención integral a los pacientes con diabetes incluye la valoración de resultados clínicos y psicológicos, y por ello es preciso tener en cuenta su calidad de vida. Los problemas que los pacientes con diabetes refieren con mayor frecuencia, son : ansiedad , depresión, falta de energía, disfunciones sexuales, dificultad laboral y sentimiento de soledad. El deterioro en la calidad de vida está asociado con sentimientos de rabia, culpa y preocupación acerca de la enfermedad, y esto entorpece las tareas de autocuidado que los pacientes deben llevar a cabo. (7)

Nos apunta Terapia Psicológica en 2006 que la diabetes, lejos de ser una simple enfermedad crónica a la que tratar, desde el punto de vista del paciente, es más bien una complicada enfermedad que se basa en tres pilares fundamentales para su tratamiento, “ejercicio, control de dieta e insulino terapia” pero lejos de ser tan simple, agrega que además debe realizarse una serie de acciones que complican el tratamiento que son “el control de la glucemia diaria, ajuste de las dosis de insulinas, cuantificación de carbohidratos, manejo de las hipos e hiperglucemias, etc.” por tanto el tratamiento se complica bastante desde el punto de vista del paciente. Según estudios efectuados a 8100 pacientes del sistema de salud chileno, en el año 1998 solo el 13% tenía glicemias normales, el 12% tenía niveles aceptables y el 71% glicemias malas. y es que el control de la diabetes requiere un esfuerzo extraordinario basado fundamentalmente en el autocontrol. Es por tanto posible que padecer esta enfermedad pueda conllevar, consecuencias psíquicas para el enfermo, cómo puede ser el estrés, etc., (4).

Por todo lo comentado en el párrafo anterior, el apoyo de la familia constituye una de las piedras angulares en el manejo de la enfermedad. El papel de la familia, sus fortalezas, también los puntos débiles que existen entre todas las personas que conforman una unidad familiar, junto con el contexto sociocultural en

el que se desenvuelven, el nivel económico, deben valorarse. El asesoramiento al paciente, debería incluir además un asesoramiento a todos los miembros de la familia que deberían además participar de la búsqueda de modificaciones en los patrones alimenticios y en la práctica de ejercicio. Ya que esto resulta particularmente prioritario en los más jóvenes. Aleccionar sobre nutrición, deporte y ejercicio, manejo de estrés, autocuidado del diabético, auto-monitoreo y la educación acerca de la materia concreta de la que hablamos “la diabetes” constituyen elementos decisivos para el tratamiento de la diabetes en jóvenes junto con el farmacológico. (8)

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de diabetes mellitus, estamos hablando de una enfermedad silenciosa que puede ocasionarnos daños, incluso antes de que nos percatamos de que la padecemos. (6)

En conclusión el adolescente diabético es un paciente con riesgo potencial de no tener control sobre el cuadro metabólico de su enfermedad, lo cual puede afectar a su desarrollo mental que puede acarrear complicaciones en la enfermedad. En este sentido suscribimos todas y cada una de las palabras de Hurtado Nuñez F., cuando afirma textualmente lo siguiente :

La autoimagen, es típicamente inestable al principio de la adolescencia. El joven con diabetes puede desarrollar de manera especialmente negativa por verse a sí mismo cómo “defectuoso”, diferente a sus compañeros, intensificando los sentimientos de inferioridad, así como miedo a ser rechazado por su grupo de iguales. Si el periodo de baja es persistente, no sería extraño que aparecieran síntomas depresivos” (5)

La valoración de un paciente diabético adolescente debe conllevar aparte de la estimación clínica, su estilo de afrontar el estrés, y sus datos psicopatológicos como la ansiedad y la depresión, también se debe evaluar el grupo familiar de convivencia e incluir en el tratamiento un apoyo de educación en la enfermedad, para el caso de pacientes de reciente diagnóstico, es decir, el paciente debe ser integrado en un tratamiento con un equipo multidisciplinar, que aborde todos los campos que se tocan pero que no forman parte de la clínica del paciente, pero que por sí mismos pueden influir positiva o negativamente en su enfermedad. Con el objetivo, obvio de influir positivamente. (9)

En conclusión el paciente encuentra dificultades para aceptar la diabetes. Este

hecho repercute tanto en el control de la patología como en la calidad de vida. Por ello, conviene detectarlo lo más precozmente posible e intervenir de forma adecuada. Es fundamental realizar un diagnóstico ajustado, exhaustivo y multi-dimensional que recoja todas las áreas de la vida del paciente, ya que todas ellas se ven afectadas. (10)

En conclusión, conocer las atribuciones relacionadas con la enfermedad facilita a los profesionales el canal de la comunicación, ayuda a explicar y entender lo que le pasa al paciente, y proporciona un marco de referencia para futuras decisiones y conductas que pueden minimizar los resultados negativos. Se ha observado la carencia de instrumentos específicos que valoren el burn-out del paciente con DM, que aparece con frecuencia en la práctica clínica con complicaciones emocionales y conductuales, y dificulta el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Por tanto, es necesario profundizar en esta línea de trabajo desarrollando medidas concretas de evaluaciones que posibiliten la detección de esta problemática. (7)

Cuando existen dificultades de aceptación de la diabetes, en el paciente puede observarse negación de la enfermedad, hipocondría y sensación de encontrarse en un “callejón sin salida”. Los objetivos del tratamiento ante estas situaciones deberán ser siempre importantes para el paciente, plausibles, consensuados, secuenciados y objetivables. La intervención terapéutica pasará por realizar con el paciente un pacto de objetivos, abrirle nuevas expectativas y modificar comportamientos. (10)

6 Bibliografía

- 1.- MARTÍNEZ CHAMORRO M, LASTRA MARTÍNEZ I, LUZURIAGA TOMÁS C. Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus [Internet]. Scscalp.org. 2002 [cited 14 November 2019]. Available from: <http://www.sccalp.org>.
- 2.- Ortiz P. M, Ortiz P. E. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. [Internet]. Scielo.conicyt.cl. 2005 [cited 14 November 2019]. Available from: <https://scielo.conicyt.cl>.
- 3.- Ortiz Parada, Manuel, Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al Tratamiento de Adolescentes Diabéticos Tipo 1. Terapia Psicológica [Internet]. 2006;24(2):139-147. Recuperado de: <http://portal.amelica.org>.
- 4.- OMS (2016). Diabetes.. Extraído de <https://www.who.int>.
- 5.- Hurtado Núñez F. Trastornos psicológicos en la adolescencia de pacientes con diabetes. Avances en diabetología. 2007;(Volumen 23 número 2):100-104.

- 6.- SOLÍS A. «Directamente no mata, pero acorta la vida», advierte el jefe de Endocrinología del HUCA. El Comercio [Internet]. 2017 [cited 14 November 2019]; Available from: <https://www.elcomercio.es>.
- 7.- Martín E, Querol M, Larsson C, Renovell M, Leal C. Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. Avances en diabetología. 2007;(Volumen 23 - número 2):88-93.
- 8.- Frenk Baron P, Márquez E. Diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes. Medicina Interna de México. 2010;(Volumen 26 num. 1):44-45.
- 9.- Barroso Lorenzo A, Castillo Yzquierdo G, Benítez Gort N, Leyva Castells A. Repercusión y tratamiento de los aspectos psicosociales de la diabetes mellitus tipo 1 en adolescentes. Revista cubana de pediatría [Internet]. 2015;87(1) [cited 14 November 2019];:92-101. Available from: <http://scielo.sld.cu>.
- 10.- Llorente I. Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico. 2007; (Volumen 23 - número 2): 94 - 99.

Capítulo 253

EVOLUCIÓN DE ENVEJECIMIENTO

TETYANA SEMENOVA

TANIA BORQUE CAICEDO

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS

MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ

1 Introducción

La vida de una persona tiene siguientes fases: nacimiento, desarrollo, madurez, vejez y muerte. El término envejecimiento se utiliza cuando hay algunos cambios metabólicos, fisiológicos y morfológicos que aparecen en los tejidos vivos con el tiempo, y que no se producen de ninguna enfermedad. (Ribera Casado J.M., 2016).

La gerontología es el estudio del proceso de envejecimiento. Este término fue utilizado por primera vez por Metchnikoff en 1901. El sustentaba el estudio de todos sus trabajos de cualquier forma y eso le transformo a fundador del trabajo interdisciplinar. (Ribera Casado J.M., 2017).

En la rama de geriatría se estudia los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales del anciano, en diferentes estados: en salud o enfermedad. En España el término “geriatría” se reconoce oficialmente desde 1978. (Millán Calenti J.C. 2006)

Gerontología es una palabra de un origen griego y está construida por dos partes: geronto, que significa anciano o viejo, y logía, que quiere decir ciencia o estudio. Entonces quiere decir que la gerontología es el estudio de la vejez y del envejecimiento.

Nuestro país está pasando por una etapa de envejecimiento demográfico mucho más veloz que en otros países de la Unión Europea. El envejecimiento es un serio problema para la humanidad, y se centra en necesidad de cambios en el tipo de cuidado, un mayor sentimiento y acuerdo ético y moral para comprometer la calidad de la atención a las personas mayores. (Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E, 2012)

A día de hoy hay numerosas teorías que intentan explicar el proceso de envejecimiento, cada una tiene un cierto argumento pero ninguna es suficiente para facilitar una explicación al hecho de envejecer. Posiblemente cuando comienza el proceso de envejecimiento es necesario que se almacenen distintos mecanismos en diversos ámbitos. En tal sentido gran parte de teorías pueden tener verdadera parte de razón. (Gilberto Pardo A., 2003)

Algunas teorías que existen son:

- teoría de los radicales libres (se producen mientras el proceso oxidativo del metabolismo normal reacciona con la materia celular);
- teoría de los enlaces cruzados (hay enlaces entre moléculas celulares, que son causantes de las enfermedades y la aceleración del envejecimiento);
- teoría de error catastrófico (se refiere de con el paso de la edad aparecen errores en la producción de proteínas);
- teoría inmunológica;
- teoría neuroendocrina;
- teoría de la acumulación de productos de desecho;
- teorías basadas en mecanismos genéticos (se refiere que hay un límite de edad para envejecimiento según la especie)

Todas estas teorías tienen derecho de ser, pero cada una por sí misma no es suficiente para explicar el proceso de envejecimiento. Es decir, todas son complementarias al respecto. De todos modos la investigación sigue abierta y es posible que dentro de un tiempo largo se pueda dar una respuesta definitiva. (A. Ruiz-Torres, 2001)

Causas del envejecimiento

Varios estudios sociológicos señalan que el envejecimiento en España es resultado del proceso de cambio demográfico, y demuestran que es uno de los países más envejecidos de la Unión Europea. (Rayón Valpuesta E, 2012)

- la disminución de la mortalidad y morbilidad
- el crecimiento de la esperanza de vida
- la reducción de los nacimientos
- la entrada de población extranjera jubilada

Al día de hoy hay mejores condiciones de vida, los avances en la sanidad pública, los progresos de la tecnología en sanidad. También hay un fuerte crecimiento de la esperanza de vida de pueblo español. (Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E, 2012). La medida de envejecimiento dependería de los resultados de los mecanismos que se adaptan contra la provocación externa y de reconstrucción del desgaste en el primer período de vida. (A. Ruiz-Torres, 2001)

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es : Analizar y reconocer la evolución del envejecimiento y los factores que influyen en él, mejorar la calidad de vida de los ancianos. Emplear la rehabilitación de manera precoz para evitar la incapacidad funcional y prevenir la dependencia.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se hizo una búsqueda durante los meses de septiembre de 2019 a noviembre del 2019. Mediante una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud como: PubMed, DeCS, MEDES y SciELO Los idiomas búsqueda fueron el español y el inglés.

Palabras clave: envejecimiento, gerontología, problemas cognitivos, actividades diarias, rehabilitación geriátrica, prevalencia, deterioro cognitivo, trastornos, nutrición.

También se hicieron búsquedas en libros y en la Biblioteca en línea de Wiley-CASPubMedweb of Science® Google Scholar y en el Google académico.

Los filtros usados para las búsquedas han sido los siguientes: PubMed: tipos de artículos: revisión, disponibilidad de texto: completo y gratuito, especies: humanos, fecha de publicación: la mayoría de las búsquedas se hicieron de artículos

de los últimos 10 años.

4 Resultados

El trato a los ancianos ha evolucionado bastante a lo largo del tiempo. Dentro de la Gerontología diferenciamos entre conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales que suceden como resultado del paso del tiempo y que no son por la enfermedad, y la vejez, que es el último periodo del desarrollo. (Millán Calenti J.C., 2006).

En el anciano muchas veces se sustituyen “problemas” a las enfermedades clásicas. Creemos que interprete el anciano las caídas, los estados de confusión, la inmovilidad, la malnutrición, la incontinencia, las dificultades en el sueño, la hipotermia y otros problemas que insisten. (Ribera Casado J.M. 2005).

Envejecer no es una enfermedad, sino una modificación indivisible de la vida. Por cierto, se considera que se inicia cuando se finaliza la fase de desarrollo, crecimiento y madurez de las personas. Al comienzo sus efectos son invisibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo.

Con envejecimiento de población, se incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas e invalidez. Al día de hoy se considera que el aumento de la esperanza de vida en una población es debida a las acciones preventivas, buena atención médica y actividades de promoción de salud eficaces. Se cree que hay disminución en la morbilidad evitable temprana y menos personas enfermas o en riesgo llegarán a la vejez. Sólo por la existencia u omisión de enfermedades no puede medirse la salud en los ancianos. También es imprescindible evaluar el nivel de capacidad funcional.

La evaluación del envejecimiento supone un proceso de diagnóstico multidimensional, orientado a diagnosticar las aptitudes en las diferentes áreas de los pacientes ancianos, como problemas funcionales, psicológicos, biomédicas, socioeconómicas, con el objetivo de desarrollar un plan general de cuidados y seguimiento. Es importante hacer los resúmenes de evolución en todas las medidas de las capacidades, independencia y salud general del anciano. (Espinosa Brito A.D., Romero Cabrera A.J., 2008).

La evaluación geriátrica en el paciente contiene lo siguiente:

- Funcional: a) Actividades básicas de la vida diaria; b) Actividades instrumentadas de la vida diaria; c) La evaluación dinámica, debe examinar sobre el estado

previo, para poder prever el estado presente y futuro, durante y después de la enfermedad, para poner el mejor pronóstico.

- Psicológica: a) Función cognitiva: Test Minimental de Folstein, Escala Isquémica de Hachinski; b) Escala de Demencia de Blessed, Escala de Hasegawa, etc.; c) Función afectiva: Escalas de ansiedad, Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage); d) Función perceptiva: Audición, visión y lenguaje.
- Biomédica: a) historia clínica de patologías y diagnósticos médicos; b) Aspectos nutricionales; c) Medicamentos.
- Social: a) Relaciones sociales; b) Apoyo social y económico.

Según la hipótesis de envejecimiento - el cuerpo humano es un sistema complejo y con el paso de los años se producen los cambios en la reserva fisiológica. Esto se traslada en múltiples enfermedades. En la edad avanzada aparecen algunas enfermedades comunes y suelen llamarlos síndromes geriátricos.

Los grandes síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros producidos por la conjunto de enfermedades con elevada prevalencia en los ancianos y que suelen ser el resultado de múltiples etiologías. Aparecen los síntomas de muchas enfermedades, pero también pueden ser el principio de muchos otros problemas. Y eso debemos que tener en cuenta desde su aparición para empezar una buena prevención de los mismos

Hay algunos síndromes que son casi propios de los ancianos, que se han denominado los “cuatro gigantes” de la Geriátria. Son caídas, incontinencia urinaria, confusión mental, demencia.

Caídas. Uno de los síndromes geriátricos más significativos son caídas en personas mayores. Las caídas son una causa importante de discapacidad y mortalidad en los ancianos, por eso es importante conocer y describir los factores de riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite una persona al suelo en contra de su voluntad. Antes de los 75 años es más frecuente la caída en mujeres, aunque la mortalidad es superior en los hombres quizá debido a mecanismos de caída distintos. Hay relación entre las caídas, la ansiedad y la depresión, llamándose el síndrome postcaída, y es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Factores de riesgo de las caídas son: a) Factores intrínsecos, causas neurológicas, causas cardiovasculares, causas musculoesqueléticas, fármacos y etc., b) Factores extrínsecos, barreras arquitectónicas en el hogar como mobiliario inadecuado, ducha o bañera resbaladiza sin barras, escaleras sin barandillas etc., costumbres

peligrosas como caminar descalzo, subirse en sillas o taburetes, uso de calzado inadecuado.

Para prevenir las caídas hay que atenerse a medidas de prevención de caídas. Son revisar la visión, usar calzado sin cordones, evitar ropas largas, recomenzar actividades de la vida diaria. (Álvarez Rodríguez L. M., 2015)

La incontinencia urinaria es una pérdida involuntaria de orina que provoca las molestias a la persona. La incontinencia urinaria en ancianos tiene elevada prevalencia, es más alta en mujeres, dependientes o con deterioro cognitivo. La incontinencia urinaria no está considerada como una enfermedad peligrosa, pero hay casos donde puede ser un síntoma de una patología. Por ejemplo ser señal de algún problema en el conducto urinario. También puede estar relacionada con distintos órganos o sistemas de la persona mayor: próstata, vagina, músculos del suelo pélvico, sistema nervioso... (Hernández Fabà E, Fuentelsaz Gallego C., 2007).

Confusión mental reducida a veces es el primer síntoma de una enfermedad grave, especialmente en personas mayores. Los problemas de salud que pueden causar confusión mental disminuida incluyen: la infección urinaria, respiratoria; enfermedad de Alzheimer; insuficiencia cardíaca; asma; insuficiencia renal o hepática; depresión, mayores de 65 años, género masculino, alteraciones visuales y auditivas etc... El alcohol y muchos medicamentos también pueden ser causantes de confusión o lucidez mental disminuida. (William H. Blahd, Kathleen Romito, 2017)

Confusión mental es un síndrome determinado por modificación en la conciencia, atención y percepción, juntos con un cambio en las funciones cognitivas y que puede desarrollarse de forma aguda. Puede variarse durante el día y no es un estado demencial, aun puede aparecer en pacientes con deterioro cognitivo. Es una patología habitual en personas mayores. (Montaña Álvarez M., 2010).

Demencia es una enfermedad que afecta de manera progresiva la SNC que es la memoria, el habla, el razonamiento, la comprensión, el comportamiento y control de las emociones y etc... La palabra "demencia" está formada por "de"- ausencia, "mente"- mente y "ia"- estado. Esta enfermedad no es resultado del proceso de envejecimiento aunque su aparición aumenta con la edad. Las demencias más frecuentes son enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy, demencia vascular, demencia en enfermedad de Parkinson. La duración de la vida de pacientes con demencia desde su comienzo es distinta. La evolución de la

enfermedad puede ser rápida desde 1 hasta 5 años hacia una demencia grave o parkinsonismo, pero también en la mayoría de casos el curso es similar a la enfermedad de Alzheimer. Los hombres tienen peor pronóstico que las mujeres. (Alanís Niño G, Garza Marroquín JV, González Arellano A., 2008).

Suelen pensar que una persona entra en la tercera edad cumpliendo los 65 años. La vejez no es una enfermedad, aunque lo sabemos, que los ancianos están mostrando a veces los síndromes de invalidez. Las primeras características de envejecimiento son la pérdida progresiva de la masa corporal y los cambios degenerativos en todos los órganos y sistemas. La fisioterapia trata de compensar todos estos síndromes de invalidez. La fisioterapia geriátrica es la utilización de algunas técnicas de fisioterapia sobre los ancianos. Algunos mayores son independientes activos y sanos y no necesitan fisioterapia, pero hay algunos que lo necesitan.

La fisioterapia en la tercera edad intenta mejorar la calidad de vida, disminuir los dolores del sistema osteomioarticular, reducir los sentimientos de minusvalía, aumentar la fuerza muscular y la movilidad articular. Y que es más importante potenciar el nivel de independencia en la actividad básica cotidiana. En las personas mayores aparecen algunos síntomas y signos físicos, psíquicos y metabólicos, debido a la reducción de sus actividades cotidianas. Entre las principales causas se encuentran:

- Enfermedades musculoesqueléticas: Procesos degenerativos de las articulaciones, fracturas, osteoporosis, artritis reumatoide, polimialgias reumatoides, amputación.
- Enfermedades neurológicas: Trastornos cerebrovasculares, cambios visuales y auditivos, neuropatías, daño psíquico, depresión, demencia, enfermedad de Parkinson.
- Enfermedades cardiovasculares: Insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, enfermedad respiratoria crónica, todas las enfermedades que reducen la actividad y pueden llevar al encamamiento constante.
- Fármacos: mucha variedad de estos, por sí mismos o por sus efectos secundarios, pueden disminuir la actividad física, provocar la somnolencia y trastornos de la marcha.
- Factores psicológicos ambientales: La reducción de la movilidad por miedo a las caídas y etc. (Rodríguez Díaz O., 2009).

El resultado de la inmovilidad es grave y numeroso. El inmovilismo se refiere como la reducción de la capacidad para realizar actividades de la vida diaria por

desgaste de las funciones motoras. Al principio este proceso puede ser reversible.

Hay algunos aspectos que influyen en proceso de inmovilidad del anciano, como el estado general del anciano por la edad, enfermedades y los cambios que se presentan con la inmovilización y sus consecuencias.

Las bases de tratamiento de inmovilización son los ejercicios y la deambulaci3n precoz. Por ejemplo, cuando una persona mayor se queda encamada hay que estimularla lo antes posible a levantarse y poder hacer la vida diaria independientemente. Eso se consigue con terapia ocupacional. Siempre tener en cuenta que en las personas de tercera edad es muy importante mantener la funci3n, porque su p3rdida produce incapacidad y acaba en dependencia funcional hasta crear el c3rculo de interacci3n: d3ficit-incapacidad-dependencia.

Los ejercicios f3sicos en persona mayor tienen beneficios como mejorar la fuerza muscular, desarrolla la funci3n intelectual y psicol3gica, mejora la flexibilidad y etc... Reducen los factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, tasa de colesterol, formaci3n de co3gulos en los vasos y muchas m3s enfermedades.

M3s importante en rehabilitaci3n es ense1ar a la persona mayor c3mo mantener su independencia y prevenir las discapacidades. Tambi3n e indicar a la familia c3mo tienen de cuidarle correcto y ense1arlos como se aplica las t3cnicas adecuadas para conseguir mejoramiento del anciano. (Rodr3guez D3az O., 2009).

5 Discusi3n-Conclusi3n

En la actualidad se refiere a toda persona mayor de 65 a1os que es anciano. Porque en muchos pa3ses es la edad de jubilaci3n. Pero esta cifra es orientativa a efectos administrativos, porque depende mucho de la edad biol3gica de la persona. Es muy importante que desde el m3dico de primaria hasta el m3dico especialista se reconocen los cambios cuanto antes y se empieza la rehabilitaci3n. Se da informaci3n y ayuda de fisioterapeuta que es v3lida para poblaci3n geri3trica y familia. En el campo de la rehabilitaci3n todav3a hay muchas cosas para mejorar y lograr la satisfacci3n y calidad de vida que merecen las personas mayores. Es importante tener conocimiento de la t3cnica adecuada para hacer el ejercicio. En una poblaci3n sana los beneficios del ejercicio son numerosos. Los ejercicios deben ser individuales, planificados y dosificados por un fisioterapeuta y ser como una medida preventiva Despu3s de adaptar los ejercicios al paciente, los tienen que formar el parte de su vida. (Subervier Ortiz L., 2016).

6 Bibliografía

1. Abades Porcel, M., Rayón Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? 2019, de Rincon científico, comunicaciones.
2. Alanís Niño, G., Garza Marroquín, J.V, González Arellano, A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, Vol.46, Pag 27-32.
3. Álvarez Rodríguez, L.M.. (2015). Síndrome de caídas en el adulto mayor. *Rev Med Cos Cen* , Vol.72, Pag. 807-810.
4. Espinosa Brito, A., Romero Cabrera, A.J.. (2008). Evaluación geriátrica: metas, método y implementación. . *Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.* , Vol.22, N°3
5. Gilberto Pardo, A.. (ene.-mar.2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, Vol.22, N°1.
6. Hernández Fabà, E., Fuentelsaz Gallego, C., Fuentelsaz Gallego, R., Suñer Soler, R., Egea Zerolo, B., Nieto Blanco, E. . (enero 2007). 9) La incontinencia urinaria en las personas mayores de 65 años: visión desde la enfermería geriátrica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Vol. 42, Pag.43-51.
7. Millán Calenti, J.C.. (2006). Principios de geriatría y gerontología. 2019, de McGraw-Hill Sitio web:
8. Montaña Álvarez, M.. (2010). Fragilidad y otros síndromes geriátricos . *El Residente*, vol.5, N°2, Pag. 66-78.
9. Ribera Casado J.M. (Abril-junio 2017). Centenario de Elie Metchnikoff (1845-1916). *Educación Médica*, Vol.18, Pag-136-143.
10. Ribera Casado JM. 2016. Centenario de Elie Metchnikoff (1845-1916). *Educ Med*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.11.009> Centenario de Elie Metchnikoff (1845-1916). *Educ Med*. 2016
11. Rodríguez Díaz, O.. (2009). Rehabilitación funcional del anciano. *Medisan*, Vol.13, N°5.
12. Ruiz Torres, A.. (2001). Envejecimiento causas, mecanismos y regulación. : *Revista española de geriatría y gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, ISSN 0211-139X, ISSN-e 1578-1747, Vol. 36, N°. Extra 5 (Suplemento), 2001, Vol.36 N° Extra5, Suplemento.
13. Subervier Ortiz, L. (2017). Empleo del ejercicio en la fisioterapia como un tratamiento de la osteoartritis de rodilla en adultos mayores. *An Med (Mex)* , Vol 62, Pag. 44-53.
14. William H. Bland, Jr., MD, FACEP . Kathleen Romito, MD., E. Gregory Thompson, MD. Adam Husney, MD, . (2017). Confusión, pérdida de memoria y lucidez

mental alterada. 2019, de Healthwise.org

Capítulo 254

LA OBESIDAD INFANTIL Y LA ALIMENTACIÓN

ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA

EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE

GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La obesidad se produce cuando se acumula una cantidad excesiva de grasa corporal, especialmente en el tejido adiposo. El primer signo que muestra la obesidad es el aumento de peso.

La obesidad infantil puede llegar a condicionar la salud y el bienestar de los niños, ya que le hace propenso a padecer otras enfermedades secundarias asociadas a la obesidad. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se confirma el aumento a nivel internacional de niños que padecen esta patología.

En muchos casos se comete el error de pensar que tener un niño gordito o lleno de pliegues es señal de que está fuerte y lleno de salud pero nunca podemos confundir estar gordo o delgado con estar sano. La obesidad infantil ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. Se calcula que en Europa desde los años noventa hasta hoy el número de casos se ha duplicado. España es uno de los países de Europa a la cabeza en casos de obesidad infantil en menores de 12 años.

2 Objetivos

- Analizar cuales son las causas de obesidad infantil.
- Exponer las medidas se pueden llevar a cabo para evitar la obesidad infantil.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática de la literatura sobre la obesidad infantil y problemas de alimentación asociados a la misma.

4 Resultados

La OMS cifra en 40 millones los casos de de niños con sobrepeso en todo el mundo, lo peor es que se estima que esta cifra aumente hasta 70 millones antes del año 2025. Por ello el propósito de esta revisión bibliográfica es dar a conocer la alarmante cifra de casos de obesidad en nuestro país. Por otro lado mostrar unas conductas que aplicadas a la vida diaria de los niños ayuden a disminuir los casos de obesidad.

Para evitar la acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo se deben fomentar las siguientes bases:

1. Evitar la ingesta excesiva de calorías.
2. Fomentar la actividad física.
3. Seguir una dieta equilibrada.
4. Evitar malos hábitos en el ámbito familiar y social.

Debemos educar a los más pequeños para evitar que la obesidad siga en aumento.

Podemos establecer como una de las principales causas de la obesidad: La alimentación. El primer punto donde fijarse es la alimentación de la madre durante el embarazo. Es importante mantener una dieta equilibrada durante los meses de gestación par evitar el sobrepeso del bebé en el momento del alumbramiento. Los hábitos de los padres y del ambiente familiar y social son fundamentales ya que el niño no tiene capacidad y va a adquirir sus mismos hábitos.

La cantidad de comida exacta que debe de comer un niño no existe ya que cada niño es un mundo. Es muy importante evitar el consumo excesivo de azúcares y de alimentos ultraprocesados. Aunque pueda resultar difícil debemos de introducir de una forma variada y original las frutas y las verduras en la dieta de los

más pequeños. Una dieta variada y equilibrada nos ayudará a evitar el sobrepeso.

Otro factor muy importante es el sedentarismo. Hoy en día debido al ritmo de vida y a la tecnología los niños llevan una vida bastante sedentaria, por ello es importante favorecer la actividad física a través de juegos dinámicos en la vida diaria. Quizá si cuidamos estos dos factores lograríamos disminuir la obesidad infantil.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad infantil se esta convirtiendo en una de las enfermedades más frecuentes entre los niños. Los padres y el resto de los adultos somos los encargados de intentar que el sobrepeso disminuya, ya que los niños no tienen capacidad de decisión y es fundamental una buena educación alimentaria.

Introducir el consumo de frutas y verduras de forma habitual, reducir el consumo de azúcares, evitar los alimentos ultraprocesados, las chuches... Además de evitar que los niños lleven una vida sedentaria.

La obesidad no se trata solo de estar gordo o delgado, debemos de ser conscientes de la cantidad de enfermedades secundarias que se pueden desarrollar.

6 Bibliografía

- www.medline/obesidad.com
- Revista médica de España
- www.OMS/OBESIDAD.COM
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 255

EPILEPSIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

MARIA DEL CARMEN DIAZ DIAZ

ANA GÓMEZ UBLAÑO

1 Introducción

La epilepsia es un trastorno del sistema nervioso central, en el que la actividad cerebral se hace anormal, provocando convulsiones, con comportamientos inusuales y pérdida de conciencia en algunos casos. Para determinar que una persona sufre epilepsia, se requieren al menos dos convulsiones no provocadas, para poder realizar el diagnóstico. Algunos de los síntomas más significativos son : episodios de ausencias, movimientos espasmódicos de brazos y piernas de manera incontrolada, pérdida de conciencia. Normalmente las convulsiones se clasifican en varios tipos dependiendo de como comienza la actividad cerebral anormal.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo, es estudiar los síntomas, tipos de convulsiones diagnóstico y tratamiento de la epilepsia dentro de la infancia y adolescencia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos de dialnet, encontrándose numerosos artículos de los cuales varios de ellos han sido revisado

por su interés. También se han consultado diferentes libros relacionados con la epilepsia.

4 Resultados

La epilepsia en niños y adolescentes más común recibe el nombre de epilepsia mioclónica, en esta enfermedad hay convulsiones, como sacudidas de brazos y piernas, también aparece rigidez muscular y contracciones musculares violentas e incluso en muchos casos pérdida de conciencia. Suelen ocurrir estas crisis al despertar, pueden desencadenarse por falta de sueño, fatiga, o consumo de alcohol. Las causas de este tipo de epilepsia son muy complejas. Las mutaciones en uno o varios genes incluidos los genes GABRA 1 Y EFHC 1, pueden aumentar la posibilidad de padecer la enfermedad. La causa se desconoce, pero se descarta, después de numerosos estudios, que tenga relación con golpes en la cabeza, tumores o encefalitis. La epilepsia mioclónica juvenil, es un trastorno hereditario, se puede decir a día de hoy que la herencia es autosómica dominante, pero no todas las personas que heredan el gen asociado a la epilepsia llegan a desarrollar la enfermedad.

Hay distintos tipos de crisis, siendo las más características:

- Parcial simple-se produce un cambio de postura, vista audición, sin pérdida de conocimiento.
- Parcial compleja-pérdida de conocimiento y, movimientos convulsivos rítmicos.
- Crisis de ausencias-pérdida de conocimiento y detención de la actividad y, mirada fija.
- Crisis mioclónicas-sacudidas de uno o varios músculos.
- Epilepsia refractaria en niños-es cuando las crisis epilépticas son tan frecuentes que limitan la habilidad del paciente para vivir con normalidad y no responden a la medicación, en este caso suele ofrecerse llevar una dieta cetogénica es una forma de alimentación especial, útil para niños que tienen convulsiones incontrolables. La dieta incluye alimentos muy altos en grasa y bajos en hidratos de carbono. Esta dieta requiere seguimiento médico.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios de diagnóstico, proporcionan información de anomalías estructurales y funcionales relacionadas con el foco epileptogénico y también de la posible etiología. Estudios de resonancia magnética funcional, están indicados

en los casos en los que hay que realizar una cirugía .Otra prueba es la tomografía por emisión de fotón simple.que detecta el flujo sanguíneo cerebral a través de agentes específicos y esta indicado para apoyar la localización del foco epileptogénico.

Una vez que se haya diagnosticado la epilepsia, se debe de seleccionar el fármaco más adecuado, pues deberá administrarse durante varios años.

Los tratamientos más usuales para las crisis son :Levetiracetam, Clobazam, Topiramato... como cualquier medicamento, tienen efectos secundarios, la mayoría de los niños, tienen pocos o casi ningún problema secundario, pero pueden aparecer somnolencia , sarpullido, cambios de humor...

Cuando el tratamiento se suprime, se corre el riesgo de recurrencia de las crisis epilépticas, en todas las edades, siendo muy alto durante uno o dos años después de la retirada del tratamiento.

6 Bibliografía

- Duncan J.S. Imaging and epilepsy. Brain 1997;120:339-77.
- Casse R, Rowe CC, Newton M, Berlangieri SU, Scott. AM. Positron emission tomography and epilepsy Mol imaging Biol 2002; 4 338-51.
- Bargallo Alabart. N Functional magnetic resonance;new applicatron in epilepsy . Eur J Radiol.2008; 67:401-8.
- Forcadas Mi, Peña Mayor P, Salas Puig X.Special situations in eplilepsy, The Neurologist 2007, 13;1-10.
- French J, Faught E Rational Polytheapy. Epilepsia 2009;50:63-B

Capítulo 256

LAS PRINCIPALES VACUNAS DURANTE LA INFANCIA

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

El sistema inmunológico va desarrollándose durante nuestro desarrollo en el vientre de la madre y después durante los primeros años de nuestro crecimiento, con la lactancia conseguimos anticuerpos para poder hacer frente de muchas agresiones externas y con la vacunación infantil reforzamos ese sistema de defensa tan importante en nuestra vida para poder hacer frente a los agentes externos y diversas enfermedades.

2 Objetivos

Determinar las principales vacunas que se pone a los niños durante sus primeros años de vida.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre la vacunación infantil así como de diversos estudios sobre los mismos. Para esta revisión bibliográfica se ha utilizado buscador de google, especialista en la búsqueda.

4 Resultados

La vacunación infantil abarca diversas vacunas frente a diferentes enfermedades, para ello se introducen el virus que produce la enfermedad de forma atenuada para que podamos generar anticuerpos contra dicho virus. Las principales vacunas que se nos ponen en los primeros años de vida son: vacuna contra la poliomielitis; difteria, tétanos, pertussis; haemophilus influenzae B; sarampión, rubéola, paratiditis; hepatitis B; enfermedad meningocócica C; varicela; virus del papiloma Humano (VPH); enfermedad neumocócica. Todas ellas se vacunan en edades comprendidas entre los 0 meses y 14 años.

5 Discusión-Conclusión

Las vacunas son elementos esenciales para la potenciación del sistema inmunológico del recién nacido, aunque existen personas que creen que no son necesarias y piensan que son peligrosas para el paciente no es así son efectivas en la gran mayoría de los casos e inocuas para el paciente.

6 Bibliografía

- C. Nacional de vacunación y enfermedad Respiratoria-(NCIRD)
- Comité asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría
- Medicina 21 Dr. Salvador Giménez
- Médico consultor de Avance Medical Dra. Esther Martínez Garcia Especialista en Pediatría.

Capítulo 257

ESTRUCTURA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

SHURA ALCAIDE MARTINEZ

1 Introducción

Según la OMS: cuidados orientados a pacientes y sus familiares con un pronóstico de vida limitado en el estado avanzado de la enfermedad. Abarca necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales.

Todos los profesionales sanitarios: médicos, enfermeras, TCAES, psicólogos, trabajadores sociales y otros.

- Unidades de cuidados paliativos. Hospital.
- Unidades de hospitalización a domicilio.
- Equipos de atención primaria. Domicilio.
- Equipos de soporte de cuidados paliativos. Domicilio u hospital.
- Otros servicios del hospital.

Dependerá de las necesidades del paciente y siempre de manera integral y coordinada.

2 Objetivos

Exponer cuales son los principales objetivos de los cuidados paliativos así como su función principal en el paciente en el que se aplican los mismos

3 Metodología

Búsqueda por internet, conocimientos previos adquiridos durante mi aprendizaje y durante mi trabajo y protocolos de actuación de mi centro de trabajo.

4 Resultados

Los objetivos principales de los cuidados paliativos son:

- Aliviar el dolor y los síntomas que aparezcan.
- Respetar la vida. Muerte = proceso natural.
- Integrar diferentes aspectos en la atención.
- Soporte para vivir activamente.
- Soporte a la familia para el duelo.
- Enfoque de equipo.
- Mejorar la vida y el curso de la enfermedad.

En estadios tempranos complementa otras terapias y son compatibles con pruebas diagnósticas. En el plan de trabajo se valoran los problemas y necesidades para planificar los cuidados. Existe la figura del cuidador que merece especial consideración y apoyo. Existen protocolos y guías de actuación. Se proporciona una atención 24/7.

5 Discusión-Conclusión

Con el aumento de la esperanza de vida y el desarrollo de la medicina moderna han aparecido situaciones en las que el único tratamiento es el alivio del dolor.

Los cuidados paliativos han supuesto un gran avance en la calidad de vida de personas que se encuentran en situaciones de dolor constante. Les permite seguir con su vida dentro de las limitaciones de la afección que sufran y también es un alivio para la familia porque es muy doloroso ver a un ser querido sufriendo y no poder hacer nada por aliviar su padecimiento.

Ojalá llegue el día en que no sean necesarios porque se encuentre una cura para todas esas afecciones.

6 Bibliografía

- Manuales: paliativossinfronteras.org "Terminal: en casa o en el hospital?"

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 258

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA

GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ

EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE

1 Introducción

La presión arterial es el resultado de medir la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a su cuerpo. La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en un aumento de la presión arterial. Una de las características de esta patología es que no presenta unos síntomas claros y que estos no se manifiestan hasta pasado mucho tiempo.

Si la hipertensión se deja sin tratamiento pueden desarrollarse muchas afecciones médicas, así como enfermedades de corazón, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal o otros muchos problemas de salud.

¿Cómo medimos la presión arterial?. La presión arterial viene representada por dos números. El número superior es el que marca la presión arterial sistólica y el número inferior determina la presión arterial diastólica. Nos la encontraremos expresada de la siguiente manera 120/80 mm Hg.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que a nivel mundial más de una de cada cinco adultos tiene la presión arterial elevada. Además establece que las complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo.

Existen diferentes grados de hipertensión arterial que vienen determinados por los siguientes valores:

2 Objetivos

- Establecer cuales son los factores que nos pueden ayudar a evitar padecer dicha patología.
- Informar de las consecuencias que puede tener padecer de forma crónica esta enfermedad.
- Mostrar información sobre la hipertensión arterial recopilando artículos científicos sobre la prevención de la hipertensión.
- Exponer la alarmante cifra de personas que fallecen en el mundo cada año por patologías desarrolladas a consecuencia de una presión arterial elevada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todas las personas pueden adoptar 5 medidas para intentar minimizar las posibilidades de padecer hipertensión arterial. Estas medidas son las siguientes:

- Dieta saludable: se debe de seguir una dieta variada y equilibrada. Es importante disminuir la ingesta de sal, comer fruta y verdura cada día, y reducir al máximo la ingesta de grasa especialmente de grasas saturadas. Además de promover un modo de vida saludable entre los jóvenes y los niños.
- Evitar el consumo de alcohol: Se debe limitar su consumo al máximo, se podría fijar en una bebida estándar al día.
- Realizar ejercicio físico: Se debe realizar ejercicio físico de forma regular e independientemente de la edad. Según van pasando los años debemos ir adaptando la actividad física pero nunca abandonarla. Esto junto con la dieta nos ayudará

a mantener un peso normal lo que a su vez ayudará a mantener nuestra presión arterial estable.

- Abandonar el tabaco: En nuestro país son millones de personas los que consumen tabaco de forma habitual. Se deben fomentar técnicas para ayudar a estas personas a conseguir dejar esta adicción.
- Gestionar el estrés: Debemos gestionar el estrés de la vida diaria de la mejor manera posible para que no nos afecte de forma importante.

Si se llevan a cabo todos estos puntos la OMS afirma que se disminuye mucho la probabilidad de padecer hipertensión.

5 Discusión-Conclusión

La hipertensión arterial es una patología que afecta a millones de personas adultas en el mundo, y en la mayoría de los casos aparece sin que nos demos cuenta. Por ello es importante llevar un control frecuente para comprobar que la presión arterial se mantiene dentro los valores establecidos. Para evitar desarrollar hipertensión debemos seguir los puntos relatados anteriormente. La prevención de esta enfermedad crónica es muy importante ya que la hipertensión ayuda a desarrollar otras muchas patologías. La OMS alerta de la alarmante cifra de personas que pierden la vida cada día en el mundo como consecuencia de una tensión arterial elevada o de enfermedades desarrolladas como consecuencia de la misma.

6 Bibliografía

- www.cuidateplus.com
- <https://medlineplus.com> www.oms.com
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 259

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

MONICA CADENAS MARTINEZ

RAQUEL CADENAS MARTINEZ

1 Introducción

Es aconsejable que los niños practiquen algún tipo de deporte. En el deporte de competición se realiza un reconocimiento a cada niño, con el objetivo de detectar anomalías que puedan constituir un riesgo vital para el niño, especialmente poder evitar problemas cardiológicos ya que pueden desencadenar incluso en casos de muerte súbita

2 Objetivos

Evaluar, diagnosticar y si es necesario dar el tratamiento adecuado al paciente pediátrico.

3 Caso clínico

Paciente varón de 9 años remitido a la sección de cardiología, tras hallazgo de un soplo cardiaco en revisión deportiva. No sintomatología cardiológica referida. Exploración física: Peso 33.3 Kg. Talla 143 cm. Buen aspecto general, coloración normal, pulsos periféricos de amplitud normal y simétricos. Palpación precordial: normal. Auscultación cardiaca: ruidos normales, soplo protomesosistólico vibratorio 2/6 en B.E.I., no clips ni soplos diastólicos. Auscultación respiratoria: Normal. Abdomen: No hepato- esplenomegalia. Resto de exploración física no

contribuyente. Electrocardiograma: dentro de los límites normales para su edad. Morfología de BIRD en precordiales derechos. Ecocardiograma: 2D/DOPPLER: Estudio normal en anatomía y función.

4 Resultados

Tras realizar la exploración física y las pruebas complementarias el diagnóstico es:

I: Soplo inocente.

II: Corazón estructural y funcionalmente normal.

5 Discusión-Conclusión

La consulta por dolor torácico en la edad pediátrica es frecuente. Para un diagnóstico correcto en estos niños es muy importante la historia clínica y el examen físico.

6 Bibliografía

- Herranz Jordán B. Control de los niños con cardiopatía congénita en Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*. diciembre de 2009;11(44):639-55.
- Moreno RT-M, Rivero Jiménez N. Corazón y Deporte. Capítulo 7. Hospital La Zarzuela

Capítulo 260

ENFERMEDAD DE KAWASAKI

ANA ISABEL PÉREZ RAMOS

MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica que afecta a vasos medianos y pequeños. Es una enfermedad pediátrica en la que el 85% de los pacientes son menores de 5 años y afecta con mas frecuencia a los niños.

La clínica autolimitada con fiebre, exantema y adenopatía encaja con una infección vírica.

2 Objetivos

Analizar la prevalencia de alteraciones coronarias en pacientes pediátricos diagnosticados, valorar las características demográficas, clínicas y analíticas y describir los factores de riesgo.

3 Metodología

Se revisan las historias clínicas de los niños diagnosticados de enfermedad de kawasaki entre el año 1997 hasta 2016 en Madrid.

4 Resultados

Como no existe una prueba diagnóstica específica, se han elaborado criterios diagnósticos y de laboratorio que nos pueden ser útiles.

Fiebre: es típicamente alta, con picos hasta 40° C durante +- 5 días. Responde en parte a antitérmicos.

Cambios en las extremidades.

- Eritema en las palmas de las manos y planta de los pies.
- Descamación de dedos de manos y/o pies.
- Exantema que predomina en el tronco, aunque a veces se limita a la zona perineal

Inyección conjuntival: comienza poco después del inicio de la fiebre. Generalmente no es doloroso y no se asocia a exudado ni edema conjuntival.

Cambios en la mucosa oral:

- Eritema, sequedad, descamación y sangrado de labios.
- Lengua aframbuesada con papilas prominentes.

Adenopatía cervical: aparece en la fase aguda y debe ser como mínimo 1,5 cm de diámetro.

Otras manifestaciones: diarrea, vomito, dolor abdominal. Tienen una irritabilidad muy marcada. Y las cardíacas, en la fase aguda, son miocarditis, pericarditis y aneurismas coronarios con la posibilidad de infarto de miocardio y muerte súbita.

Análisis de sangre. Encontraremos leucocitosis, enzimas hepáticas elevadas, hiponatremia, aumento de los triglicéridos .

Análisis de orina. Piuria estéril (presencia de leucocitos en urinocultivo negativo)

Ecocardiograma. Puede encontrarse derrame pericárdico, insuficiencia mitral y aneurismas coronarios.

Los tratamientos que resultan efectivos son:

- Gammaglobulina. Es muy eficaz en la reducción de los síntomas y el desarrollo de los aneurismas coronarios. Se administrará antes del día diez y si es posible, antes del día siete de enfermedad.
- Acido acetilsalicílico. Tiene efecto antiinflamatorio pero no influye en la prevención del desarrollo de aneurismas coronarios. Su beneficio queda reducido a su efecto analgésico y antipirético.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los datos clínicos indican un origen infeccioso. Las alteraciones coronarias son la principal complicación cardiovascular, a pesar de tratarse de una enfermedad con buen pronóstico. Son debidas principalmente al retraso en el diagnóstico y tratamiento.

6 Bibliografía

- Asociación española de pediatría.
- <https://www.mayoclinic.org> [Accessed 24 Nov. 2019].

Capítulo 261

CONOCIENDO LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA

ANA ISABEL PÉREZ RAMOS

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infestaciones que se transmiten de una persona a otra después de mantener relaciones sexuales sin protección vaginal, anal u oralmente.

Las ETS a veces se transmiten por vías NO sexuales como compartir agujas, transfusiones de sangre y durante el embarazo o parto de madre a hijo/a

2 Objetivos

Investigar, diagnosticar los principales síntomas de las enfermedades de transmisión sexual y la prevención

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Reconocer los signos y síntomas de la enfermedad como picores, molestias en la zona genital con o sin dolor, flujo vaginal maloliente, escozor al orinar, verrugas genitales, manchas en la piel o heridas en la boca... Con el tratamiento intentaremos evitar daños mayores como un dolor en la zona pélvica, evitar un embarazo ectópico, problemas neurológicos, etc....

5 Discusión-Conclusión

Las ETS a veces solo se detectan con un análisis de sangre o de orina. En el embarazo, para evitar la transmisión al feto, es primordial que los padres se hagan los análisis pertinentes.

Las ETS se podrían prevenir usando preservativo durante las relaciones sexuales

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 262

AMPLIANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE LAS ULCERAS POR PRESIÓN.

MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ

LAURA CABREJAS LOPEZ

ILIUSKA SUTIL REDONDO

FRANCISCO JAVIER POSADA REY

SARA MENENDEZ PÉREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión o fricción prolongada entre dos planos duros. Por ello normalmente se forman cuando el hueso está más cerca de la piel, como la cadera, talones, sacro y tobillos. El riesgo es mayor cuando bien la persona está enferma en cama, silla de ruedas, o no pudiese cambiar de posición.

Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves. Son frecuentes en personas mayores. Representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

La curación de las heridas, depende de la capacidad de la piel para regenerar epitelio, reparar tejido conjuntivo y de sostén. Es un fenómeno complejo en el

cual se encadenan y se ayudan entre sí distintas actividades celulares, las cuales lleva adelante paso a paso el proceso de curación. Como funciones sus funciones tenemos que la piel conforma la capa límite exterior entre el ser humano y el medio ambiente, y en este lugar tan expuesto actúa por una parte como barrera, y por otra como enlace entre el mundo exterior y los órganos internos. Con una superficie de aproximadamente 2 m² es el órgano más grande del cuerpo y por ello debe cumplir muchas tareas de una vital importancia. Cuando la piel está intacta presenta una gran capacidad de resistencia y preserva a los órganos internos de agresiones, que pueden ser afectadas por factores externos. Protege de microorganismos, y resiste hasta cierto punto algunos productos químicos y de los rayos ultravioleta. Gracias a su capacidad de secreción y evaporación mantiene la temperatura corporal. Como órgano sensorial que es, mediante la presencia de terminaciones nerviosas independientes, y de receptores especiales, la piel localiza estímulos como el roce, la presión, temperatura o dolor.

2 Objetivos

Como objetivos queremos mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados a las personas que sufren las úlceras por presión o bien estén en riesgo de desarrollarlas. Dar a conocer la prevención y cuidados locales.

El Grupo Nacional de Úlceras (GNEAUPP) realizó el primer Estudio Nacional de Úlceras por Presión en España con el objetivo de poder dimensionar el problema de las UPP, así como algunos aspectos relacionados con las tendencias de prevención en instituciones de Atención Primaria, hospitalaria y socio sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las fuentes tratan del 2004, 2018 y 2019. Como descriptores uso “úlceras por presión” y “prevención de las úlceras por presión”

4 Resultados

Las úlceras por presión se clasifican en cuatro grados en relación a su gravedad.

- Grado I. Eritema cutáneo que no está descolorido en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede llegar a tener aspecto de abrasión, de ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que conlleva lesión o necrosis del tejido subcutáneo, puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir las úlceras: Mantenga la piel limpia y seca, cambie de posición cada dos horas, utilice almohadas y productos que alivien la presión. Las úlceras por presión tienen una variedad de tratamientos. Las úlceras más avanzadas se curan lentamente, de modo que lo mejor es el tratamiento anticipado.

Por lo tanto hay que examinar el estado de la piel, como mínimo una vez al día, para detectar rápidamente la aparición de la lesión. En su primera fase, consiste en un eritema cutáneo que no se descolora en la piel intacta, tras treinta minutos de haber cesado la presión. Se debe actuar en ello rápidamente ya que así podremos evitar que progrese a más estadios.

Se tiene que mantener en todo momento la piel del paciente limpia y seca y se utilizarán jabones o sustancias limpiadoras que no agredan la piel, evitando la fricción cuando se realice su secado.

No se aconseja usar sobre la piel alcoholes, ya que su utilización no sólo no beneficia el estado de la piel, sino que incluso la perjudica y en lugar de mantenerla en buenas condiciones de hidratación, produce el efecto contrario, es decir, la reseca debido a sus propiedades astringentes y produce vaso-constricción en la zona aplicada, lo que hace que disminuya la micro-circulación y ayuda a la aparición de la lesión.

Hay que aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción. En los puntos de apoyo, donde hay riesgo de desarrollo de las úlceras por presión y la

piel esté intacta, se recomienda la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados.

La aplicación de estos ácidos forma parte de los protocolos de prevención de las úlceras por presión, que se llevan a cabo en los hospitales más importantes de España. Son una mezcla de ácidos grasos que han sido sometidos a un proceso de hiperoxigenación que les confiere su eficacia terapéutica. Su aplicación es muy fácil y cómoda, y reduce el tiempo de dedicación del personal de enfermería y también resulta adecuado para la utilización en el domicilio de la persona afectada.

La importancia de prevenir es que, si se evita la aparición de grado I, se está previniendo sus posteriores grados como son el II, III y IV.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
- <https://www.elsevier.es>
- <https://www.ulceras.net/monograficos/>

Capítulo 263

PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA

MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA

1 Introducción

El personal técnico en cuidados auxiliares en enfermería (TCAE), como miembro del equipo quirúrgico, realiza su trabajo en coordinación y bajo la supervisión de las enfermeras. Por tanto, son muy importantes las tareas del TCAE en quirófano.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los TCAE a realizar en la zona quirúrgica del hospital.
- Resaltar la importancia de las funciones del TCAE en el ámbito quirúrgico hospitalario

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente de las funciones del TCAE en el ámbito quirúrgico hospitalario.

4 Resultados

El TCAE debe de dominar la preparación del quirófano para cualquier intervención quirúrgica

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe:

- Colocar correctamente el mobiliario y aparatos quirúrgicos antes y después de la intervención, en colaboración con el equipo de enfermería.
- Colaborar con las enfermeras en la colocación del equipo textil-desechable, lavado quirúrgico y cajas de instrumental.
- Preparar y comprobar al menos un sistema de aspiración conectado a vacío, que será utilizado durante la inducción anestésica o durante la cirugía.
- Recepción del paciente La recepción del paciente en quirófano tiene como objetivo fundamental realizar una correcta acogida y proporcionar cuidados de calidad en esta etapa del proceso quirúrgico. Se inicia con la identificación inequívoca del paciente, se verifican los datos con la historia clínica y con el parte quirúrgico y se realiza el listado de verificación quirúrgica con el equipo quirúrgico.

El TCAE colabora en este proceso siguiendo unas pautas. Colaborar con el equipo de enfermería en la recepción del paciente, guardando las pertenencias, prótesis dentales o cualquier otro objeto en los lugares destinados a tal fin y asistiendo en caso necesario a las necesidades básicas del paciente antes de entrar al quirófano (cuña para orinar, protección de la piel con ácidos grasos en las prominencias óseas en el caso de intervenciones prolongadas...).

Hacer una segunda evaluación, tras la primera realizada por el personal de enfermería, del aseo corporal del paciente que va a ser intervenido.

Se debe de intentar prevenir lesiones a los profesionales sanitarios del entorno mediante:

- Retirada de accesorios del pelo o pelucas; se pone un gorro en el cabello del paciente.
- Sacar joyas.
- Retirar el esmalte de uñas, uñas postizas, etc.
- Quitar lentes de contacto. — Retirar cualquier prótesis.
- Instruir al paciente sobre las dimensiones de la mesa quirúrgica. Técnicas del TCAE en el quirófano Posición del paciente en la mesa quirúrgica

En el caso de anestesia raquídea o epidural, se debe colocar al paciente en

sedestación o en decúbito lateral (posición fetal), según indique el anestesiólogo. El TCAE debe colaborar en la colocación del paciente en la posición adecuada para la intervención y con las protecciones necesarias, en el caso de cirugías de larga duración.

Éstos han sido los principales puntos a tener en cuenta a la hora de realizar nuestro desarrollo profesional en el quirófano.

Cumpliendo lo anterior podremos ofrecer una asistencia correcta, ofreciendo al paciente confianza al tener conocimientos avanzados, haciéndole sentir estar en buenas manos

5 Discusión-Conclusión

El ámbito quirúrgico es un campo de trabajo muy específico con unas funciones muy concretas y bien definidas. Es fundamental el adecuado conocimiento de las principales labores a realizar para que todo el proceso peri-operatorio se desarrolle con la máxima seguridad y normalidad.

6 Bibliografía

- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria>
- <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/>
- <https://escoladofiscatalunya.com/ser-auxiliar-de-quiropfano/>

Capítulo 264

EL EMBARAZO.PLANIFICACION FAMILIAR

ROSA MARIA GARCIA PEREZ

JULIA MENENDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El embarazo es el periodo que transcurre desde que el ovulo es fecundado hasta el momento del parto,durante este periodo se produce el crecimiento y maduración del feto en el interior del utero.Tiene una duracion media de 280 dias desde la fecundacion del ovulo y habitualmente,a efectos practicos de control,suele dividirse en tres etapas o trimestres.Los test de embarazo se basan en la deteccion en orina o en sangre.

La planificacion familiar permite a las personas tener el numero de hijos que deseen y determinar el intervalo entre embarazos.Se logra mediante la aplicacion de metodos anticonceptivos.

Desde el momento del parto la pareja debe estar informada y conocer las posibilidades reproductivas y las consecuencias como embarazos consecutivos.Se aconseja un minimo de tiempo de un año entre un embarazo y otro.

2 Objetivos

Conocer las características del embarazo, y parto ,asi como las actividades del auxiliar de enfermeria en relacion con el embarazo y parto.

3 Metodología

Se realiza una revision bibliografica revisando tecnicas y cuidados en toda la serie de cambios que se producen en la mujer despues de una gestación.

- Cambios en el sistema reproductor.
- Cambios en el aparato respiratorio.
- Cambios en el aparato digestivo.
- Cambios en la piel etc...

4 Resultados

Durante el embarazo,es preciso realizar unos cuidados sencillos que repercutiran en la salud de la madre y en el futuro niño.Es indispensable acudir al ginecologo periodicamente y realizar cuantos controles y pruebas sean necesarias (análisis sangre, ecografias etc).

Alo largo del embarazo se prestara atencion a la alimentacion, el ejercicio, y actividad fisica y a la higiene corporal. El primer trestre es de vital importancia, ya que en muchas mujeres es el primer contacto con el sector sanitario, en el que se llevan a cabo entrevistas y estudios para determinar la salud de la madre y del feto.

5 Discusión-Conclusión

El parto es el momento en el que se produce la expulsion del feto y representa el fin de la gestación. Se divide en tres fases:dilatacion, expulsión, y alumbramiento.

El auxiliar de enfermeria colaborara en todo momento con el equipo sanitario en lo que se precise para proporcionar los cuidados necesarios tanto a la madre como al recien nacido:

- Preparar el material necesario.
- Recibir al paciente y acomodarlo.
- Realizar el rasurado y aplicar enema de limpieza.
- Al finalizar recoger el material y seguira las instrucciones de la matrona en la acomodacion de la paciente.

Asimismo colaborara en el periodo de puerperio, que se desarrolla desde el final del parto hasta la normalizacion de los cambios fisiologicos producidos en

el embarazo. Y por último, hablando de la planificación familiar el método anti-conceptivo a aconsejar estará condicionado por la presencia o no de la lactancia materna. Si fuera lactancia artificial estaría aconsejado cualquier método.

6 Bibliografía

- Macmillan iberia, S ,A.
- Francetti Olalla M. Cuidados de enfermería en el embarazo y puerperio. Granada; Margarita; 2012
- Uceda escobar A, atención de enfermería en planificación familiar. Almería, Ediciones corintia, S.R.L: 2012.
- www.internet.com
- Martínez Domínguez A. cuidados auxiliares de enfermería en ginecología: planificación familiar. Madrid: Formación y sanidad.

Capítulo 265

PAPEL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

OLGA MENÉNDEZ SUAREZ

ANA VANESA GRANDA MUÑIZ

1 Introducción

La aparición de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad en el medio hospitalario. Se define UPP como la “perdida de continuidad de la piel en áreas donde ésta contacta con otras superficies ejerciendo presión, aumentando la intensidad de la presión si esta es ejercida en prominencias óseas “. Se clasifican en función de la superficie de piel afectada en grado I, II, III, IV; según afecte a epidermis, dermis, tejido subcutáneo, músculo...

2 Objetivos

Analizar los factores de riesgo asociados a la aparición de UPP, para la realización de prevención de las mismas. Determinar la actuación de la TCAE en el cuidado de UPP.

3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica conoceremos distintos aspectos de la UPP, así como las intervenciones a realizar más comunes.

4 Resultados

Las UPP se pueden originar por 4 causas: presión, fricción /roce, cizallamiento, maceración.

Los factores de riesgo en su aparición serían:

- Problemas de salud: alteración de la conciencia (confusión, coma).
- Alteraciones nerviosas (parálisis, incontinencia..).
- Alteraciones nutricionales (desnutrición, obesidad...).
- Alteraciones vasculares (lesiones cutáneas...).
- Otros factores de riesgo: terapias (sondas, encamamiento...), edad avanzada, falta de material preventivo, higiene insuficiente, fármacos.

La actuación correcta en el cuidado de UPP incluye tanto las actividades a realizar por enfermería como por TCAE como equipo:

- Describir las características de la ulcera de forma periódica (tamaño, exudado...).
- Valorar piel perilesional.
- Limpieza de bordes y desinfección del lecho de la ulcera.-
- Desbridamiento si precisa (autolítico, quirúrgico...).
- Anotar características del exudado.
- Aplicar apósito y tto adecuado.
- Observar signos de infección.
- Cambios posturales tanto de manera curativa como preventiva.
- Ingesta dietética adecuada: como prevención y como curación.
- Medidas higiénico – preventivas: piel limpia y seca, no frotar, hidratación, protecciones...

5 Discusión-Conclusión

Las intervenciones a llevar a cabo ante las UPP se orientarán a la prevención primaria (impedir el daño), secundaria (curación de la UPP), y terciaria (evitar las complicaciones de las UPP); siendo muy importante el trabajo en equipo para realizar una prevención en todos los niveles.

6 Bibliografía

- Cuidados de Enfermería al paciente con upp. Guía de prevención y tratamiento. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar, 2004.
- Guía de cuidados enfermeros del INSALUD. (Madrid 1996)
- Geriatricarea.com

- Ángela Bosch.Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia.Vol. 23. Núm. 3. Páginas 130-134 (Marzo 2004).elsevier.es
- Medlineplus.gov

Capítulo 266

TÉCNICAS DE HIGIENE EN EL RECIÉN NACIDO

ANA VANESA GRANDA MUÑIZ

OLGA MENÉNDEZ SUAREZ

1 Introducción

La higiene es una parte de la medicina cuyo objetivo es la valoración de una serie de medidas básicas encaminadas a la conservación de la salud del recién nacido para evitar enfermedades y conseguir su bienestar.

2 Objetivos

Identificar la técnica que se debe seguir para la higiene del recién nacido para poder proporcionarle una higiene adecuada que favorece el bienestar.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en varias bases de datos usando las palabras clave: recién nacido, higiene, cuidados, bebé, aseo, baño.

4 Resultados

El primer baño del recién nacido es una técnica que debe ser realizada por el personal de enfermería y que se realizará mas o menos a las 24 horas de

su nacimiento. Para el aseo se procederá a tenerlo todo preparado, comprobando la temperatura del ambiente, entre 23 y 25°C y la del agua que estará entre los 35/37°C. Introducir al recién nacido en el agua sujetándolo con la mano derecha por las axilas de manera que nuestro codo le sujete la cabeza. Se realizará de arriba hacia abajo con jabón neutro. Una vez aseado se sacará del agua y se secará bien dándole suaves toques con la toalla. El cordón umbilical hay que limpiarlo todos los días después del baño con alcohol de 70° y envolverlo en una gasa limpia prestándole especial vigilancia si aparece enrojecimiento o cualquier signo de infección. Al final se procederá a vestirlo con ropa cómoda preferiblemente de algodón.

5 Discusión-Conclusión

Se deben dar unas pautas a los padres, sobre todo si son primerizos, por que es una situación que les puede llegar a angustiar. Los baños deben ser cortos y mas o menos a la misma hora, se aconseja antes de la cena para crear un hábito en el niño y favorecer su buen descanso. Se les aconsejará también que no usen polvos de talco ni colonias y que cambien el pañal tantas veces sea necesario, limpiando la zona con toallitas.

6 Bibliografía

- Dra. Esther Martínez García. Especialista en Pediatría La higiene en el recién nacido. Canal salud
- Bustos Lozano G, coordinador. Guía de cuidados del recién nacido en la plantas de Maternidad. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre ;2007
- En familia. AEP. 2-3-2018 mibebeyo.elmundo.es

Capítulo 267

LA INTOLERANCIA AL GLUTEN EN LA INFANCIA

MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA

1 Introducción

La intolerancia al gluten es una enfermedad intestinal común, en torno al 0,5% de los niños que nacen en España pueden padecer este problema. El tratamiento está basado en una dieta sin gluten, si no se mantiene un buen control de ésta dieta existe un alto riesgo de complicaciones crónicas.

2 Objetivos

Investigar cómo las familias de niños celíacos son conocedoras de la importancia de las dietas sin gluten para los niños celíacos, y la aceptación de sus nuevos hábitos alimenticios.

3 Metodología

Habiendo realizado una extensa investigación sobre nutrición en pacientes celíacos en edades tempranas se ha llegado a importantes conclusiones. A través de plataformas de búsqueda como la OMS, Scielo, protocolos del Servicio Asturiano de Salud, se ha llevado a cabo este estudio.

4 Resultados

El tratamiento de la celiaquía en niños, se centra fundamentalmente en el control de la alimentación. La familia aporta una información importante de como afecta positivamente el control de la dieta, y como su alteración se ve reflejada en los síntomas del niño. El niño que se inicia en el problema celiaco, no acepta inicialmente su modificación alimentaria y la adaptación a los nuevos hábitos, pero según su enfermedad se ve paliada el niño va aceptando éstos nuevos hábitos en su beneficio.

5 Discusión-Conclusión

El no estar correctamente informado sobre las dietas para pacientes celiacos y el incumplimiento de la misma, son un importante escollo para la generación de los nuevos hábitos en el niño. Desde el Hospital debemos trabajar en la educación del niño, de su familia y entorno social para conseguir la introducción de la dieta sin gluten en los hábitos del niño.

6 Bibliografía

- <https://www.cun.es/>
- <https://www.infosalus.com>
- <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/celiaquia.pdf>
- <https://www.mayoclinic.org>
- <https://www.celicalia.org>

Capítulo 268

ACTUACIÓN Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NECESIDADES ESPECIALES DE ALIMENTACIÓN: DIETAS TERAPÉUTICAS.

ROSA MARÍA GIL OLMOS

JOHANNA CUERVO DE LA NOVAL

MARÍA JOSÉ GARCÍA GARCÍA

ISABEL GONZÁLEZ GARCIA

1 Introducción

En ocasiones el ser humano padece enfermedades que necesitan una modificación en sus hábitos de alimentación. A veces es necesario modificar las características físicas de la dieta como por ejemplo en desordenes intestinales o también en otras ocasiones se debe realizar un cambio cualitativo de la dieta como es bajar o subir la ingesta de azúcar, sal, o incluso existen casos en los que el paciente tiene unas necesidades nutricionales distintas a las habituales, como por ejemplo ante un cuadro febril.

Las dietas terapéuticas serán utilizadas en caso de enfermedad o trastorno patológico. Serán un tratamiento complementario a la medicación que tenga prescrita el paciente. Por ello, la dietoterapia está basada en la modificación de la alimentación habitual pero respondiendo a las necesidades de cada enfermo.

2 Objetivos

- Identificar el tipo de tratamiento dietético según las necesidades nutricionales de cada paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la elaboración de cualquier tipo de dieta nutricional a pacientes con necesidades nutricionales especiales se debe tener en cuenta:

- Ante una dolencia se debe elegir una dieta que contenga todos los nutrientes esenciales y en la cantidad apropiada.
- Se intentará que la alimentación sea por vía oral.
- Tendremos una predominancia de los alimentos naturales y concordantes con la enfermedad del paciente.
- Se deben tener en cuenta los hábitos del paciente.

Según los distintos estudios consultados obtenemos los siguientes tipos de dietas:

- Dietas controladas en energía: esta dieta está basada en las necesidades calórico-energéticas (glúcidos y lípidos) del paciente, teniendo en cuenta las circunstancias patológicas con el objeto de cubrirlas en la cantidad justa para mejorar la situación individual del paciente. El menú de la dieta se puede calcular de forma diaria o por grupos de alimentos y sus equivalencias.

- Dietas controladas en glúcidos: intentaremos en este tipo de dieta , la reducción de los hidratos de carbono de absorción rápida.
- Dietas controladas en proteínas: el objetivo es la prevención de la malnutrición proteico-energética relacionada directamente a una mortalidad y morbilidad elevada. Este tipo de dieta sería la indicada para pacientes politraumatizados, postquirúrgicos , grandes quemados....
- Dietas hipolipídicas: dieta donde se restringen todas las formas de lípidos de cadena larga. Está indicada en pacientes con insuficiencia pancreática, enfermedad de Refsum (enfermedad neurológica) y en otras intolerancias a las grasas como la colecistitis. En todos estos pacientes se debe tener especial control de las heces ya que las dietas hipolipídicas y las enfermedades que la refieren son deficitarias en vitaminas liposolubles del grupo B y de minerales como calcio, magnesio y hierro.
- Dietas modificadas en sodio, hiposódicas: es una de las dietas más difíciles de seguir ya que existe la costumbre muy instaurada de utilizar sal en la dieta. En una dieta estándar se aporta entre 10 y 15 gr de sal al día que corresponde a 3900-5000 mg de sodio al día. Por otro lado, la restricción de sodio tiende a negativizar el balance sódico, se tiende a eliminar líquidos retenidos en el organismo , es decir, los edemas están muy relacionados con el sodio. Las dietas hiposódicas se utilizan fundamentalmente en enfermos cardiópatas o con afecciones renales y están totalmente contraindicadas en el embarazo, pacientes con ilestomías y en pacientes con obesidad. Dentro de las dietas hiposódicas tenemos: dieta hiposódica estándar: la proporción de sodio es de 1500-2000 mg/día. Excluiremos alimentos que tienen sal añadida como embutidos, conservas, aperitivos; dieta hiposódica estricta: proporción de sodio 600-1000 mg/día; dieta de Kempner: sólo se ingiere arroz, fruta y zumos.
- Dietas ricas en potasio: dieta destinada a pacientes con hipotasemia, anorexia, abuso prolongado de diuréticos(laxantes), ancianos, bebés y en especial en la hipertensión arterial. Las dietas ricas en potasio están contraindicadas en pacientes con hiperpotasemia, personas sometidas a cirugía mayor o grandes quemados, ya que si producimos un exceso de vitamina K, el cuerpo reacciona eliminando el exceso por la orina produciendo una pérdida excesiva de agua, lo cual es contraproducente en estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las dietas terapéuticas, deben de ser dietas elaboradas y adaptadas personalmente para el paciente teniendo en cuenta su historia clínica y sus hábitos al-

imentarios.

6 Bibliografía

- Google Académico.
- "Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería" Editorial Cep.
- "Auxiliar de Enfermería" Editorial Mad.

Capítulo 269

LA IMPORTANCIA DE LA INFECCIÓN DE ORINA EN PACIENTES ANCIANOS

GLORIA PELLO ALVAREZ

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La salud de las personas ancianas es más frágil que las personas que son jóvenes, por ello hay que tratar de forma precoz todo problema que tengan para evitar un desenlace fatal, las personas ancianas son propensas a sufrir diferentes patologías entre las que se encuentran fundamentalmente las infecciones respiratorias y las infecciones urinarias.

2 Objetivos

Determinar que es la infección de orina así como analizar las causas fundamentales de aparición de esta infección en personas ancianas así como los síntomas principales de la misma.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de la infección de orina así como diversos estudios sobre los mismos. Para esta revisión bibliográfica se ha utilizado buscador de google, especialistas en la búsqueda.

4 Resultados

La infección de orina generalmente es producida por bacterias procedentes del intestino que pasan al tracto urinario, las principales causas de esta infección es la utilización de pañal en personas ancianas, principalmente las infecciones de orina son producidas por *Escherichia coli* y son más frecuentes en mujeres debido a la proximidad del ano a la uretra.

Los principales síntomas que sufre la persona que padece esta infección son fiebre, mal olor de la orina, color turbio, dolor al orinar (Disuria), sangre en la orina...

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico precoz en las infecciones urinarias es fundamental para poder tratar sin complicaciones estos problemas, por ello es fundamental conocer la sintomatología de la enfermedad para poder ponerle tratamiento lo antes posible.

6 Bibliografía

- Antón M. Esteban R, Ortes R. Infección Urinaria en: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Gómez Ayala AE. La infección en el anciano.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Guía de buena práctica clínica en Geriatria Infección Urinaria.

Capítulo 270

RELACIÓN DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR

BEATRIZ DÍAZ ALONSO

1 Introducción

LA DIETA MEDITERRÁNEA

La Dieta Mediterránea tiene su origen en la cuenca del Mediterráneo. Esta zona, engloba países como España, Portugal, Francia, Italia, Grecia y Malta que comparten una serie de factores geográficos y climáticos que favorecen la obtención de alimentos muy variados que han ido incorporando a la dieta.

En el Mar Mediterráneo confluyen multitud de culturas desde el inicio de la civilización. Sus características geográficas han permitido que el comercio y el intercambio cultural durante miles de años favoreciera el desarrollo de la civilización occidental, tal y como la entendemos en la actualidad. Con todo ello, la alimentación no ha escapado a las influencias de las diferentes culturas mediterráneas, de forma que cada zona del Mediterráneo tiene su particular manera de alimentarse, pero siempre con unos rasgos comunes que caracterizan a lo que hoy conocemos como dieta mediterránea, llegándonos como una herencia de nuestros antepasados.

La dieta mediterránea se caracteriza por el uso de alimentos frescos y de temporada, siempre que sea posible. Es decir, la base de esta dieta son las verduras, legumbres, frutas, tubérculos, cereales y frutos secos. Esta abundancia de pro-

ductos vegetales garantiza unos aportes más que suficientes de fibra, vitaminas y antioxidantes.

El pescado, las aves, huevos y los lácteos son consumidos de forma moderada, mientras que las carnes rojas y sus derivados se incluyen en una parte muy pequeña de la pirámide mediterránea

El aceite de oliva es la grasa por excelencia de esta dieta, por formar parte integrante de la historia del Mediterráneo y sus culturas, no sólo como alimento, sino también como símbolo. Por otro lado, el vino también juega un papel importante en la cultura mediterránea. Desde los griegos y los fenicios, hasta nuestros días, el vino ha estado ligado al desarrollo de las diferentes culturas mediterráneas, y al igual que el aceite de oliva, es una parte inherente de nuestros hábitos alimentarios.

En la base de la pirámide se encuentra todo lo que complementa al patrón alimentario: actividad física diaria; descanso adecuado; convivencia; biodiversidad y estacionalidad; productos tradicionales, locales y respetuosos con el medio ambiente; actividades culinarias. En el siguiente nivel, la pirámide nos recuerda que una correcta hidratación es esencial para mantener el equilibrio de agua corporal. Aconseja tomar agua principalmente con la opción de tomar infusiones para completar la hidratación. La cantidad de líquido al día dependerá de la edad de las personas, del nivel de actividad física que realice, la situación personal y las condiciones climáticas. A continuación nos encontramos con la clasificación de los alimentos según la frecuencia con la que deben tomarse. En primer lugar, se encuentran los alimentos principales de este tipo de alimentación. En este apartado se encuentran diferentes grupos de alimentos, los cuales, deben estar presentes en las comidas principales: las frutas; las verduras; el aceite de oliva; el pan, la pasta, el arroz, el cuscús y otros cereales (integrales). La cantidad recomendada para cada uno de ellos para seguir este patrón alimentario es de una y/o dos piezas de fruta al día, de dos raciones o más al día de verduras (al menos una cruda) y de una y/o dos raciones de cereales. Si seguimos subiendo, nos encontramos con los alimentos que se deben consumir cada día: frutos secos, semillas, aceitunas; hierbas, especias, ajo, cebolla (menos sal añadida); y en un segundo escalón los derivados lácteos (bajos en grasa). La cantidad recomendada es de una y/o dos raciones al día de frutos secos, semillas, aceitunas, y de dos raciones de derivados lácteos. En el siguiente apartado se encuentran los alimentos que deben consumirse semanalmente como son: la carne blanca; el pescado o marisco; huevos; y legumbres. En un segundo escalón nos encontramos: las patatas; carne roja; y carne procesada. Y en el último lugar dentro de la categoría

del consumo semanal, se encuentran los dulces. La cantidad recomendada para cada uno de ellos es de dos raciones de carne blanca, de dos raciones o más de pescado o marisco, entre dos y cuatro huevos y dos raciones o más de legumbres a la semana. Del resto de alimentos sería de tres raciones o menos de patatas, una ración de carne roja, una ración o ninguna de carne procesada y dos raciones o menos de dulces. Y por último, en el nivel más alto de la pirámide se encuentra el vino. El vino no es necesario incluirlo en la dieta pero en caso de hacerlo, se debe consumir con moderación y respetando las costumbres.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

La enfermedad cardiovascular es un término que engloba diversos problemas del corazón y los vasos sanguíneos. Estos problemas a menudo se deben a la aterosclerosis. Esto ocurre cuando la grasa y el colesterol se acumulan en las arterias. Con el tiempo, la placa puede estrechar los vasos sanguíneos y causar problemas en todo el cuerpo. Si una arteria resulta obstruida, esto puede llevar a que se presente un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular. i) Concepto de Enfermedad Cardiovascular

El término de Enfermedad Cardiovascular es muy amplio y se utiliza para referirse a todo tipo de enfermedades relacionadas con el corazón y los vasos sanguíneos. Existen diferentes trastornos. Tipos de enfermedad cardiovascular

- La cardiopatía coronaria (CAD) es el tipo más común de enfermedad cardíaca y sucede cuando se acumula placa en las arterias que conducen al corazón. Cuando se estrechan las arterias, el corazón no puede recibir suficiente sangre y oxígeno. Una arteria bloqueada puede causar un ataque cardíaco. Con el tiempo, esta patología puede debilitar el miocardio y provocar insuficiencia cardíaca o arritmias.
- La insuficiencia cardíaca ocurre cuando el miocardio se vuelve rígido o débil. No puede bombear suficiente sangre oxigenada, lo cual causa síntomas en todo el cuerpo. La enfermedad puede afectar solo el lado derecho o el lado izquierdo del corazón. Es muy frecuente que ambos lados del corazón estén comprometidos. La presión arterial alta y la CAD son causas comunes de la insuficiencia cardíaca.
- Las arritmias son problemas con la frecuencia cardíaca (pulso) o el ritmo cardíaco. Esto ocurre cuando el sistema eléctrico del corazón no funciona correctamente. El corazón puede palpitar demasiado rápido, demasiado lento o en forma irregular. Algunos problemas del corazón, como un ataque cardíaco o una insuficiencia cardíaca, pueden causar problemas con el sistema eléctrico del corazón. Algunas personas nacen con una arritmia.
- Las enfermedades de las válvulas cardíacas ocurren cuando una de las cuatro

válvulas en el corazón no funciona correctamente. La sangre puede escaparse a través de la válvula en la dirección equivocada (llamado regurgitación), o es posible que una válvula no se abra lo suficiente y bloquee el flujo sanguíneo (llamado estenosis). Un latido cardíaco inusual, llamado soplo cardíaco, es el síntoma más común. Algunos problemas del corazón, como un ataque cardíaco, una cardiopatía o una infección, pueden causar enfermedades de las válvulas del corazón. Algunas personas nacen con problemas de válvulas cardíacas.

- La arteriopatía periférica ocurre cuando las arterias de las piernas y los pies se estrechan debido a la acumulación de placa. Las arterias estrechas reducen o bloquean el flujo sanguíneo. Cuando la sangre y el oxígeno no pueden llegar a las piernas, esto puede lesionar los nervios y tejidos.
- La presión arterial alta (hipertensión) es una enfermedad cardiovascular que puede conducir a otros problemas, tales como ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular.
- Un accidente cerebrovascular es causado por la falta de flujo sanguíneo al cerebro. Esto puede suceder debido a un coágulo de sangre que viaja a los vasos sanguíneos en el cerebro o un sangrado en el cerebro. El accidente cerebrovascular tiene muchos de los mismos factores de riesgo que una cardiopatía.

Prevalencia de la Enfermedad Cardíaca

La Enfermedad Cardiovascular es la principal causa de muerte en los países desarrollados. A nivel mundial, supone un 42% de muerte en varones y un 52% en mujeres. La prevalencia de la enfermedad cardiovascular es mayor en los países con los residentes de bajos o moderados ingresos, que representan más del 80 por ciento de los casos. La enfermedad cardiovascular afecta a hombres y mujeres por igual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que el mayor incremento de muertes por enfermedades cardiovasculares se produzcan en el sudeste de Asia y los países del Mediterráneo oriental. Las personas con ingresos anuales bajos o moderados suelen tener menos recursos preventivos disponibles. También carecen de acceso a la atención médica de calidad y la intervención temprana con el consiguiente aumento de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares.

Los residentes de estas áreas mueren más jóvenes de estas enfermedades. Los más pobres son los más afectados, y la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en una familia podría llevar a un aumento de la pobreza. Además de la pobreza, el estrés aumenta la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en todo el mundo. Otros factores incluyen la globalización y el envejecimiento de las poblaciones. En el mundo, más de 20 millones de personas padecen de enfermedad cardio-

vascular, por lo que se la considera una gran epidemia de este siglo. Los datos epidemiológicos de enfermedad cardiovascular disponibles en los Estados Unidos y Europa señalan que esta es la causa más frecuente de muerte cardiovascular y de hospitalizaciones en mayores de 65 años.

La prevalencia en los Estados Unidos está estimada en aproximadamente de 4 a 5 millones de pacientes al año, casi 500.000 casos nuevos son diagnosticados anualmente. Los datos en Europa indican que la prevalencia de pacientes sintomáticos es de 0,4-2,0 %, pero este porcentaje aumenta rápidamente con la edad. Existe un grupo de pacientes, cerca del 30 % de la población general, que tienen disfunción ventricular y permanecen asintomáticos.

Según previsiones de la OMS, la enfermedad coronaria y los accidentes cerebro - vasculares son y seguirán siendo la principal causa de muerte en el año 2030. Todo ello se podría prevenir con un retorno a un estilo de vida y a una alimentación más saludable.

Al menos tres cuartas partes de las defunciones causadas por Enfermedades Cardiovasculares en el mundo se producen en los países de ingresos bajos y medios. A diferencia de la población de los países de ingresos altos, los habitantes de los países de ingresos bajos y medios a menudo no se benefician de programas de atención primaria integrados para la detección precoz y el tratamiento temprano de personas expuestas a factores de riesgo. Los habitantes de los países de ingresos bajos y medios aquejados de esta patología tienen un menor acceso a servicios de asistencia sanitaria eficientes y equitativos que respondan a sus necesidades. Como consecuencia, muchos habitantes de dichos países mueren más jóvenes a causa de estas enfermedades.

Enfermedad Cardiovascular versus Dieta Mediterránea

Las causas más importantes de enfermedades cardiovasculares son una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Los efectos de los factores de riesgo comportamentales pueden manifestarse en las personas en forma de hipertensión arterial, hiper glucemia, hiperlipidemia y sobrepeso u obesidad.

Está demostrado que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de ECV. Por otro lado, puede ser necesario prescribir un tratamiento farmacológico para la diabetes, la hipertensión o la hiperlipidemia, con el fin de reducir el riesgo cardiovascular y prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Las políticas sanitarias

que crean entornos propicios para asegurar la asequibilidad y disponibilidad de opciones saludables son esenciales para motivar a las personas para que adopten y mantengan comportamientos sanos.

2 Objetivos

- Valorar la importancia de promover la Dieta Mediterránea para controlar y prevenir la aparición de la Enfermedad Cardiovascular, promoviendo programas de salud que estén encaminados a modificar los hábitos alimenticios y concienciando a la población de la importancia de mantener un estilo de vida mediterráneo que conduzca a disminuir los factores de riesgo cardiovasculares y su incidencia.
- Conseguir establecer una relación entre la dieta mediterránea y la enfermedad cardiovascular y analizar cómo influye la incorporación de la dieta mediterránea sobre esta enfermedad.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica, para la cual se ha realizado una búsqueda relacionada con la dieta mediterránea y la enfermedad cardiovascular.

Las palabras claves utilizadas han sido: Dieta Mediterránea, enfermedad cardiovascular, factor de riesgo y salud cardiovascular.

La búsqueda ha sido realizada en bases de datos como Scielo, Dialnet, Pubmed, Cuiden y Enfispo. También nos hemos puesto en contacto con la Fundación Dieta Mediterránea y la Fundación Española del Corazón que nos han proporcionado bastante material para nuestra revisión bibliográfica.

4 Resultados

Mediante un estudio realizado por una investigadora del IDISBA, se demuestra por primera vez con evidencia científica que la dieta mediterránea es cardioprotectora. Este estudio iba dirigido a la prevención primaria cardiovascular en hombres de 55 – 75 años y mujeres de 60 – 75 años, el cual demostró que la dieta mediterránea influye en la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 e incluso en el cáncer de mama.

Las organizaciones de salud tienen como objetivo educar a la gente acerca de los riesgos y las opciones de estilo de vida que llevan a estas enfermedades. Programas de control de tabaco representan una forma de hacerlo.

La mala alimentación se encuentra entre los diez primeros factores de riesgo cardiovascular, según la Fundación Española del Corazón. En relación a este tema hay dos estudios que cabe señalar, como son: Seven Countries Study de 1958 (Minnesota) con Ancel Keys como principal investigador. Este estudio concluyó en que las enfermedades cardiovasculares estaban relacionadas con la dieta, concretamente con el tipo de grasa consumida. Los países en los que se consumía mayor cantidad de grasas saturadas tenían mayor riesgo de padecer estas enfermedades.

El estudio PREDIMED (Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet) dictaminó mediante un estudio observacional de cohorte que se podía prevenir el riesgo cardiovascular mediante la adherencia a la dieta mediterránea.

En definitiva, los resultados demuestran que siguiendo una dieta como la Dieta Mediterránea, en la que se recomienda comer principalmente frutas, verduras, legumbres, cereales, pasta, derivados lácteos, aceite de oliva, pescado, carnes blancas, huevos, se consigue la ingesta de nutrientes necesaria para prevenir estas enfermedades siendo la mejor forma de favorecer nuestra salud.

5 Discusión-Conclusión

Para mantener y consolidar en el tiempo la adhesión a la dieta mediterránea se debe tener voluntad e implicación. Tan importante es la dieta mediterránea, que ha recibido el reconocimiento por parte de la UNESCO como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad el 16 de Noviembre de 2010, permitiendo su protección, difusión y transmisión, de forma que toda la población mundial podrá beneficiarse de las bondades de esta forma de entender la vida y la alimentación. La dieta mediterránea no es solamente una dieta para perder peso, es más un estilo de vida que está presente en los países que se encuentran alrededor del Mar Mediterráneo.

Todos los estudios anteriormente detallados coinciden con la baja frecuencia de enfermedades coronarias y un nivel más bajo de colesterol en sangre en los habitantes de los países mediterráneos en relación a los de otros países. Ello demuestra que es el tipo de grasa de la dieta, más que su cantidad, la que está relacionada

con este riesgo cardiovascular, de modo que un consumo bajo de grasa saturada y mayor de monoinsaturada (aceite de oliva) y poliinsaturada (pescado) se asocia a una menor frecuencia de enfermedades coronarias y de mortalidad debido a estas patologías. Posteriormente se puede ver que la dieta mediterránea no sólo protege de la enfermedad cardiovascular, sino que además aporta gran cantidad de antioxidantes (en relación con los alimentos de origen vegetal) que protegen del envejecimiento celular.

Para llevar el estilo de vida de la dieta mediterránea se debe consumir a diario frutas y alimentos de origen vegetal, frescos, no procesados, de la época y preferiblemente de producción local. Siendo preferible comprarlos en pequeños mercados o fruterías.

Por desgracia, actualmente se está perdiendo este estilo de vida y evidentemente está afectando sobre la salud de la población, aumentando la obesidad, enfermedad coronaria, diabetes, entre otras. Por eso, y para poder mantener nuestras costumbres saludables, el Comité Intergubernamental de la UNESCO, inscribió el noviembre del 2010 la Dieta Mediterránea en la Lista representativa del Patrimonio Cultural. Por ello, para conseguir reducir la mortalidad por esta enfermedad, es muy importante corregir los hábitos alimenticios y el estilo de vida, y concienciar a la población de la importancia de la práctica de este estilo de vida mediante educación de la salud.

6 Bibliografía

- Fundación Dieta Mediterránea: <https://dietamediterranea.com>
- Fundación Española del Corazón: <https://fundaciondelcorazon.com>
- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.sabormediterraneo.com/salud/dietamediterranea.htm>
- <https://www.elsevier.es>
- <https://www.cochrane.org>.
- <https://secardiologia.es/images/stories/file/salud-cardiovascular-espana-europa.pdf>
- <https://www.cochranelibrary.com>

Capítulo 271

CUIDADOS BÁSICOS DEL ENFERMO CON ALZHEIMER.

MARIA INES ACEVEDO FERNANDEZ

1 Introducción

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa en la que el paciente sufre deterioro cognitivo y trastornos de conducta. Actualmente se trata de una enfermedad irreversible, que no tiene cura y de lenta evolución.

Es la causa de la demencia más habitual, que afecta a unas 800.000 personas en España. Se cree que aumentará en los próximos años debido al incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento poblacional.

Los tratamientos actuales consiguen detener o ralentizar la enfermedad, a pesar de ello, supone ya una de las principales causas de discapacidad y dependencia. El día internacional del Alzheimer se conmemora el 21 de Septiembre.

-Principales síntomas cognitivos:

-Pérdida de memoria.

-Pérdida de la capacidad de comunicación(dificultad para expresarse correctamente, mantener una conversación, comprender órdenes, leer, o escribir).

-Desorientación(espacial, temporal).

-Aprosexia (incapacidad de atención).

-Agnosia(no reconoce estímulos externos).

-Apraxia(no es capaz de realizar movimientos con una intención).

-Pérdida de la capacidad de cálculo.

-Pérdida del esquema corporal.

-A nivel psicológico y conductual puede sufrir:

- Depresión.
- Apatía.
- Ansiedad.
- Agitación.
- Agresividad.
- Deambulación.
- Delirios.
- Alucinaciones.
- Desinhibición.
- Euforia.
- Alteraciones del sueño y del apetito.

La enfermedad de Alzheimer pasa por tres etapas:

-Primera etapa: es la etapa más temprana de la enfermedad en la que el paciente experimenta pequeños fallos de memoria que pueden pasar inadvertidos. Pueden aparecer los primeros síntomas de fallo en la orientación temporal y espacial, se puede apreciar pérdida de vocabulario con algunos bloqueos o cambio de palabras. El enfermo se da cuenta de estos cambios afectando a su carácter, haciéndolo vulnerable y frágil, muestra pérdida de motivación, disminuye el rendimiento y se muestra apático o depresivo.

-Segunda etapa: los cambios cognitivos ya son palpables, se pueden producir confusiones con familiares cercanos, la desorientación es evidente, su vocabulario es lento y escaso, en esta fase el tono de los músculos está afectado, se vuelven tensos, dificultad en la realización de actividades motoras, y pueden aparecer los primeros problemas de incontinencia.

-Tercera etapa: poca o ninguna actividad cognitiva, pérdida de capacidades motoras y pérdida de apetito; pueden tener problemas conductuales y necesitan constantemente de otra persona. Es totalmente pasivo, incontinente y apenas camina. Aparecen problemas más graves como : dermatológicos, intestinales, respiratorios y de deglución.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados necesarios para el enfermo de Alzheimer.
- Abordar la patología del alzheimer de una manera global y sistémica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, como Google Académico, Dialnet, Jurn, documentos, y guías de diferentes fundaciones y autonomías.

De esta forma, se ha extraído la información necesaria con más de cuarenta búsquedas, con el objetivo de representar únicamente la información más relevante para llevar a cabo este trabajo.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo, demencia.

4 Resultados

Alimentación

En las primeras etapas debemos animar al paciente a que participe en la preparación de la comida o bien que colabore en la colocación de la mesa. Debemos hacerlo participe para que se sienta útil, ayudándola en todo lo que necesite. Se mantendrán unos horarios y un entorno adecuado.

Las comidas deben ser del agrado del enfermo, respetando sus gustos y preferencias; la textura debe ser la adecuada teniendo en cuenta su dificultad para deglutir. La ingesta no debe ser copiosa, es preferible hacer varias comidas al día. No se forzara la ingesta. Los utensilios (platos, vasos, cubiertos) serán de plástico y adaptados. Los platos se ofrecerán de uno en uno, ayudándola si no puede comer solo.

Es muy importante la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación, variando los zumos ya que en el mercado los hay de distintos sabores, también le podemos ofrecer gelatinas, infusiones, o caldos, usaremos espesantes si el paciente se atraganta.

Higiene

El baño se debe hacer sin prisas, respetando la intimidad, procurando que sea un momento de disfrute y relax, pero también se debe hacer con toda seguridad; se inspecciona la piel y las uñas y se finaliza con un buen secado insistiendo en los pliegues. Para terminar aplicaremos una crema hidratante o aceite. Para mejorar su autoestima es bueno ofrecerle el peine y la colonia, y que el mismo se prepare y se interese por su imagen personal.

Para evitar accidentes no se debe dejar solo al enfermo y se pueden usar ayudas técnicas como alfombrillas antideslizantes, barras para sujetarse, sillas de ducha, plato de ducha en vez de bañera, etc.

Vestido

La ropa será fácil de poner y cómoda. Animaremos al paciente a que se vista, se le puede facilitar el proceso colocando la ropa por orden; permitiéndole escoger las prendas, retiraremos las que no sean de temporada del armario y colocaremos pegatinas o dibujos que representen las prendas para que le resulte más fácil.

Los botones deben ser grandes, la cintura mejor con elásticos, evitando los cinturones; la ropa interior preferiblemente será de algodón, sin costuras o corchetes. El calzado será cómodo, flexible, ancho, y sin cordones.

Continencia

Es en la última etapa cuando la incontinencia es síntoma del deterioro cognitivo, el uso de pañales es inevitable. Hay que procurar cambiar frecuentemente el pañal para mantener la piel lo más seca posible para que no se produzcan erosiones, heridas o úlceras.

Antes de llegar a esta situación le facilitaremos el uso del wc, con ropa que sea fácil de poner y quitar, recordándole que tiene que ir al baño, colocándole un cartel en la puerta, adaptadores del wc y barras de seguridad.

Deambulaci3n:

Es necesario mantener la movilidad porque ayuda al paciente a relacionarse con el entorno, bastará con pequeños paseos, ayudándole con bastones o andadores, los trayectos deben ser cortos. La seguridad es fundamental para evitar las caídas, para ello debemos mantener un entorno ordenado y sencillo, evitando las alfombras, con una buena iluminaci3n, colocando pasamanos donde sea necesario y señalando los cambios de nivel.

Tambi3n podemos ejercitar al enfermo con sesiones de gimnasia sentado para movilizar todos los segmentos corporales. En la fase m3s avanzada donde el paciente no puede moverse, las movilizaciones las haremos nosotros con pequeños movimientos lentos o con masajes que mejoren la actividad circulatoria y produzcan un efecto relajante.

Comunicación

Es básica para tener una buena relación con el enfermo, debemos tener paciencia y empatía. Los refuerzos positivos son muy efectivos y la comunicación no verbal es imprescindible. No podemos presionar al paciente para que se comunique, tenemos que darle su tiempo, hablarle en el tono adecuado, sin gritarle y respetando sus silencios. Utilizar palabras y frases sencillas, que repetiremos si es necesario.

Debemos dirigirnos al paciente por su nombre, si la persona es receptiva el contacto físico es muy útil. Hay que saber escuchar, evitar hablarle de forma negativa o que se sienta examinado.

A nivel cognitivo

Evitar frustrar al enfermo con preguntas que no pueda responder, orientarle en tiempo y espacio, informarle sobre sucesos recientes, utilizar la tv o radio como estímulo. Podemos recordarle a su familia con fotos, también realizar pequeñas tareas de escritura o de cálculo.

Es recomendable reforzarle pequeñas tareas como de uso doméstico como poner la mesa, colocar la ropa, vestirse, etc o algunas más constructivas como costura, manualidades, pintura o dibujo.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos conseguido enumerar algunos de los cuidados y pautas que son fundamentales para garantizar la mayor calidad de vida posible al enfermo de Alzheimer. De esta forma conseguiremos no agravar la enfermedad y no empeorar el estado anímico del enfermo.

Como conclusión: permitir al enfermo que realice las actividades básicas el mayor tiempo posible, prestándole la ayuda necesaria y valorando positivamente los logros, conseguiremos evitar sentimientos de inutilidad y reforzaremos su autoestima.

6 Bibliografía

- Martínez-Lope JM. Síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. JANO 1998.

- Peña-Casanova J. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: Fundación la Caixa, 1999.
- Herrera Rivero M, Hernández Aguilar M, Manzo J, Aranda Abren G. Enfermedad de Alzheimer; Inmunidad y diagnóstico. Neurología, 2010.
- W. Milano, C. Saturnino, A, Capasso. Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia: una visión general Neurobiología actual, 2013.
- Enfermedad de Alzheimer y cuidadores. Imsero. 2015.
- Isidro carretero, Victor. Guía Practica para familiares de enfermos de Alzheimer. Madrid: Fundación Reina Sofía, 2011.
- Guía visual para cuidadores no profesionales. Santander; Gobierno de Cantabria. Dirección General de Políticas Sociales, 2010.
- Garcia Sanchez, Carmen y Estévez Gonzalez Armando. Enfermedad de Alzheimer: actividades y vida social, Barcelona, Madrid: Ediciones Mayo, 2008.
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología. Grupo de demencias. Guia de cuidados enfermeros a pacientes de Alzheimer y otros síndromes demenciales y a sus cuidadores. 2009.
- M. Fernández, Al Gobart, M. Balana, Grupo de estudio COOPERA. Síntomas conductuales en pacientes con enfermedad de Alzheimer y su asociación en el deterioro cognitivo 2010.
- Rodriguez Ponce C, de Domingo Ruiz de Mier MJ. El Alzheimer. Claves para identificarlo comprenderlo y vivir con él. Arguval. Málaga 2005.

Capítulo 272

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE.

MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ

FLORINA MARE

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso gradual y continuo de cambio natural que se inicia en la edad adulta temprana. Durante la edad mediana temprana muchas funciones del cuerpo comienzan a disminuir gradualmente. No hay una edad determinada que convierta al individuo en un anciano o en una persona de edad avanzada. Tradicionalmente, la edad de 65 años se considera como el comienzo de la vejez. Pero el motivo de esta consideración no se fundamenta en la biología, sino en la historia. Hace muchos años, la edad de 65 años fue elegida como la edad de jubilación en Alemania, el primer país en establecer un plan de jubilación, y sigue siendo la edad en que en la mayoría de las sociedades las personas suelen finalizar su etapa laboral, aunque esto está cambiando.

La expresión «envejecimiento saludable» hace referencia al aplazamiento o a la disminución de los efectos no deseados del envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el mantenimiento de un alto nivel de actividad física, mental y social es una manera eficaz de conseguir una vida longeva con un alto grado de satisfacción vital. Los recursos económicos y sociales, como el apoyo familiar y el entorno en el que las personas envejecen, así como la

adaptación a las situaciones de dependencia encuadran factores a tener en cuenta para un envejecimiento activo y saludable.

2 Objetivos

Abordar la importancia de la vida activa para un envejecimiento saludable. Consejos y exposición de un envejecimiento activo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre el envejecimiento activo y saludable, se ha utilizado las bases de datos de Google académico y los descriptores utilizados han sido envejecimiento activo, envejecimiento saludable.

Para la revisión se han utilizado artículos comprendidos entre el año 2010 y 2019, se consultó un total de 10 artículos, revistas, libros o estudios sobre los mismos de los cuales 6 han sido objeto de nuestra revisión. Se han descartado aquellos artículos o estudios incompletos o poco específicos acerca del tema seleccionando por otra parte aquellos que han sido más actualizados y concretos centrándose en el tema a tratar.

4 Resultados

Los objetivos de un envejecimiento saludable son mantener la salud física y mental, evitar los trastornos y continuar en un estado activo e independiente. Para la mayoría de las personas, mantener un buen estado general de salud requiere más esfuerzo a medida que aumenta la edad.

El desarrollo de ciertos hábitos saludables como los siguientes puede ser beneficioso:

- Seguir una dieta nutritiva
- Realizar actividad física con regularidad
- Mantenerse mentalmente activo

Cuanto antes se desarrollen estos hábitos, mejor. Aunque nunca es demasiado tarde para comenzar, es mejor empezar lo antes posible. De esta manera, las personas pueden controlar lo que sucede a medida que envejecen.

El objetivo ante el envejecimiento saludable es otorgar recomendaciones para la mejora de la salud, no solo en el aspecto médico, sino también en el aspecto social. Nunca es tarde para adoptar estilos de vida saludables porque a cualquier edad se logran beneficios.

Un envejecimiento saludable implica mantener la salud de las personas mayores y conseguir que permanezcan autónomas e independientes el mayor tiempo posible, por este motivo es imprescindible abordar la salud desde una perspectiva preventiva y transversal que se incorpore a todas las políticas relacionadas con las personas mayores. Envejecimiento saludable significa también mantener a los mayores activos y autónomos en la sociedad lo que permitirá un incremento del potencial de fuerza laboral, el retraso de las enfermedades crónicas y la disminución del peso de la carga familiar en relación con el cuidado informal. Conseguir un envejecimiento saludable tiene como una importante consecuencia disminuir la presión económica en los presupuestos destinados a la atención socio- sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario impulsar un marco general que oriente el diseño de programas de envejecimiento saludable, desde un planteamiento preventivo que contemple los aspectos integrales del envejecimiento.

Un envejecimiento saludable implica mantener la salud de las personas mayores y conseguir que permanezcan autónomas e independientes el mayor tiempo posible, por este motivo es imprescindible abordar la salud desde una perspectiva preventiva y transversal que se incorpore a todas las políticas relacionadas con las personas mayores.

Envejecimiento saludable significa también mantener a los mayores activos y autónomos en la sociedad lo que permitirá un incremento del potencial de fuerza laboral, el retraso de las enfermedades crónicas y la disminución del peso de la carga familiar en relación con el cuidado informal. Conseguir un envejecimiento saludable tiene como una importante consecuencia disminuir la presión económica en los presupuestos destinados a la atención socio- sanitaria.

6 Bibliografía

- Ribera Casado JM. La salud y las personas mayores. IMSERSO 8088 8089 Librolancoenv
- Regato Pajares P. El envejecimiento activo desde la Atención Primaria 1408-1414
- Córdoba García Recomendaciones sobre el estilo de vida. PPAPPS 2018, Elsevier revista atención primaria-27-sumario-vol-50

Capítulo 273

ATENCIÓN Y CUIDADOS DURANTE EL CLIMATERIO

MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El climaterio es definido como una fase biológica de la vida que comprende la transición entre el periodo reproductivo y el no reproductivo de la mujer.

En el climaterio se diferencian varias etapas, siendo la menopausia la fase central y más conocida:

- Premenopausia, etapa que comprende desde los síntomas iniciales climatéricos hasta la fase de la menopausia.
- Menopausia, según la OMS se trata del cese permanente de la menstruación determinándolo retrospectivamente, es decir, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas. La edad se sitúa entre los 45 y los 65 años.
- Postmenopausia, este periodo se encuentra comprendido entre los 5 y los 10 años siguientes a la menopausia

El climaterio, al abarcar las citadas fases, se trata de una situación donde la mujer pasa muchos años de su vida. En este periodo se producen diversos cambios tanto físicos, psicológicos, como sociales. También pueden sumarse el cambio en la vida familiar y el entorno (jubilación o que la pareja vuelve a estar sola ya que los hijos se han independizado). Por ello se debe tener en cuenta a la mujer holísticamente ya que puede ser una etapa difícil para muchas.

Existen factores que pueden adelantar la menopausia. Éstos pueden ser modificables o no, entre ellos se encuentran: la genética, la raza (en mediterráneas y nórdicas aparece la menopausia con menor edad), el tabaquismo (adelanta igualmente

la menopausia) y otros como la obesidad o el uso de anticonceptivos hormonales pueden influir en la aparición de ella más presurosamente.

En cuanto a los síntomas físicos se encuentran los sofocos y las alteraciones menstruales, entre otros. Además cabe citar que estados de ansiedad, depresión e irritabilidad pueden afectar al bienestar psicológico.

A largo plazo pueden desarrollarse problemas cardiovasculares u osteoporosis, suponiendo un riesgo para la salud añadido a la mujer. También se puede ver afectada la sexualidad debido a una disminución del deseo o a cambios fisiológicos como la sequedad vaginal y la dispareunia (coito doloroso).

2 Objetivos

- Conocer los cuidados de enfermería que se pueden brindar a la mujer durante el climaterio.
- Prevenir y evitar posibles complicaciones sociosanitarias en esta etapa.
- Enseñar distintos hábitos higiénico-dietéticos para que las mujeres climatéricas disfruten de una calidad de vida en todos sus aspectos

3 Metodología

Revisión bibliográfica empleando las palabras claves Climaterio, menopausia, mujer, enfermería, cuidados. Esta búsqueda de literatura científica se desarrolló a partir de las siguientes bases de datos: Medline, IBECS, LILACS y PubMed.

4 Resultados

Durante el climaterio se debe tener en cuenta el ámbito sanitario para atender a la mujer, valorando los signos y síntomas que pueda presentar debido a dicha etapa y saber ofrecer unas recomendaciones óptimas en todo el periodo que abarca y no sólo centrándose en la menopausia. Se pretende enseñar distintos hábitos higiénico-dietéticos para que las mujeres climatéricas disfruten de una calidad de vida en todos sus aspectos. Las medidas recomendables en el climaterio que se pueden llevar a cabo son:

- Dieta equilibrada: En el climaterio existe una tendencia al aumento de peso, es importante llevar una dieta donde se limite el consumo de grasas, exista aporte de ácidos grasos esenciales omega 3, sustituir las grasas de origen animal por

alimentos ricos en grasas insaturadas de origen vegetal, aumentar el consumo de vegetales y frutas que poseen abundantes vitaminas y fibra y moderar el consumo de huevos, patatas, azúcar y legumbres. También se debe tener una buena hidratación, litro y medio diario, y mantener un IMC (Índice de Masa Corporal) que no supere el 25.

- Actividad física diaria: El ejercicio físico mejora los índices de colesterol, controla la hipertensión y también optimiza el estado de ánimo y la calidad del sueño. Por todo ello, la práctica de actividad física correlaciona positivamente con el bienestar en general. Además, estudios confirman que realizar ejercicio aeróbico posee una relación negativa con la pérdida de aspectos cognitivos o sufrir Alzheimer. Se recomienda andar entre 30- 45 minutos diarios cinco días semanales.
- Tomar el sol: es importante mantener unas cifras estables y óptimas de vitamina D en la mujer menopáusica. Dicha vitamina es vital para la absorción del calcio, lo que repercutirá directamente en el fortalecimiento del hueso. Por esta razón, se debe informar del efecto beneficioso que posee tomar el sol durante unos 15 minutos, pues tienen una síntesis inferior de precursores en la piel de la vitamina D.
- Sexualidad satisfactoria La sexualidad debe ser vista como un motivo de comunicación, crecimiento espiritual y de expresión de su afectividad. Las mujeres en periodo climatérico pueden y deben disfrutar de la sexualidad. Aunque a veces puedan aparecer ciertos inconvenientes que ocasionen relaciones sexuales dolorosas, se debe informar de ciertas medidas para paliar dicha circunstancia, como por ejemplo el uso de lubricantes vaginales que evitarán la sequedad e irritación de esa zona.
- Evaluación riesgo de osteoporosis: Es importante informar que a los 65 años o en edades inferiores si existe algún factor de riesgo como familiar de primer grado con osteoporosis, obesidad, IMC (Índice de Masa Corporal) inferior a 20, tratamientos con corticoides...las mujeres deben realizarse una densitometría. Ésta consiste en una prueba indolora con la que evaluar la densidad mineral que posee el hueso.
- Optimismo y vitalidad: Es fundamental incidir en la importancia de vivir esta etapa con positividad, recordando que es un periodo nuevo en el que se consigue la madurez personal. Para paliar los problemas del sueño y poder estar el resto de día con una buena vitalidad se debe recomendar acostarse siempre a la misma hora, no cenar comidas copiosas, realizar ejercicio durante el día y no beber abundantes líquidos antes de acostarse.
- Fortalecer el suelo pélvico: Es importante informar que el suelo pélvico debe

mantenerse con fuerza y tonificado para evitar prolapsos, problemas sexuales e incontinencia urinaria. La mejor prevención para no desarrollar un suelo pélvico debilitado son los ejercicios de Kegel, éstos deben realizarse tres veces al día así como incentivar hacer dichos ejercicios desde edades tempranas.

- Evaluación riesgo cardiovascular: La principal causa de muerte en la menopausia es debida a la enfermedad cardiovascular, para disminuir el riesgo es recomendable eliminar hábitos nocivos como el tabaco, la ingesta de alcohol o el café.

- Evaluación riesgo cáncer de mama: La incidencia a desarrollar un cáncer de mama aumenta tras la menopausia. Es importante que las mujeres sean controladas mediante programas de cribado con los cuales se ha reducido la mortalidad gracias a un diagnóstico precoz. Por último, es fundamental educar para que la propia mujer realice la autoexploración mamaria, vigilando aspecto, tamaño y forma de las mamas.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, el climaterio sólo se trata de una etapa más en el ciclo de la mujer y no se debe considerar como un periodo patológico. Hay que tener en cuenta la elevada esperanza de vida que posee la mujer hoy en día, esto significa vivir el climaterio en todas sus fases y pudiendo conllevar a desarrollar patologías a largo plazo como la osteoporosis, por ello se debe evaluar la importancia que tiene tanto una educación sanitaria como la promoción de la salud por parte del personal sanitario.

6 Bibliografía

- Martínez, S. S., Gea, F. M., Rivas, A. J., Antequera, E. B., & Hernández, P. N. (2017). (2017). Prevención de la menopausia en la mujer. Paper presented at the Salud y Cuidados Durante El Desarrollo, 239-246.

- Pérez San Emeterio, A. (2015). Cuidados integrales a la mujer en edad climaterica.

- Rojas San Pedro, S. (2015). Programa de capacitación a enfermería comunitaria en « educación para la salud grupal en menopausia».

- Cabanillas Chávez, M. T. (2016). Vivencias de las enfermeras en climaterio: Bases para el cuidado en la condición femenina a la luz de Joan Scott. lima, 2014.

Capítulo 274

SALUD COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN PEDIATRÍA Y GINECÓLOGA

MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ

FLORINA MARE

MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cuidado del cordón umbilical, incluso tras su caída, es un motivo muy importante de preocupación para los padres del bebé. En numerosos países aún se promueve el uso de antisépticos para su cuidado, ya que el secado natural promueve la aparición de infecciones como por ejemplo la onfalitis.

2 Objetivos

El principal objetivo será realizar una revisión científica para comparar la cura seca frente al uso de antisépticos en el cuidado de la herida umbilical, con el fin de determinar qué método es más apropiado y con mayores beneficios.

Veremos el papel que juega el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los cuidados a realizar durante el proceso de cura.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, desde el 2011 hasta la actualidad, utilizando como criterios de búsqueda el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante los cuidados del cordón umbilical. Se encuentran 36 artículos de los cuales 12 se seleccionan por su interés.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: cura seca, cordón umbilical, antiséptico, cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y onfalitis.

4 Resultados

Los diferentes artículos revisados, realizan una comparativa para la cura del cordón umbilical, usando un antiséptico (Clorhexidina) frente a la cura seca tradicional. En ellos además, se hace distinción entre países desarrollados y en vías de desarrollo. En el primer caso, el riesgo de infección es mínimo, dado las buenas condiciones higiénicas, como asepsia en el parto, administración del toxoide antitetánico al recién nacido... En cambio en países en vías de desarrollo, el uso de clorhexidina al 4%, supone un beneficio extra al reducir el riesgo de infección sin retrasar el tiempo de caída del cordón umbilical dadas las condiciones higiénicas de los mismos.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se determina que ambas técnicas son validas y con sus consiguientes beneficios, y que su uso deberá ser determinado en función de las medidas higiénicas y el criterio en nuestro caso del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, ya que el uso de un antiséptico será recomendable en aquellas situaciones donde las condiciones higiénicas no sean del todo propicias mientras que el uso de la técnica de cura seca habitual, es perfectamente valida para casos en los que las condiciones de higiene sean favorables.

6 Bibliografía

-Fraser N, Davies BW , CusackJ. Neonatal omphalitis: a review of its serious complications. Acta PaediatrOslo Nor2006;199:519-22.

- ImdadA, MullanyLC, BaquiAH,et al. Theeffectof umbilical cordcleansingwith-chlorhexidineonophalitisand neonatal mortalityin communitysettingsin devel-opingcountries: a meta-analysis. BMC PublicHealth. 2013; 13 Suppl3: S15.
- MoherD, LiberatiA, TetzlaffJ, AltmanD. G. & PRISMA Group. Preferredreportin-gitemsforsystematicreviewsand meta-analyses: thePRISMA statement. J ClinEpi-demiol. 2009; 62: 1006-12.

Capítulo 275

LA TRASCENDENCIA DEL TCAE EN LA RELACIÓN DE AYUDA O PSICOSOMÁTICA AL PACIENTE

ROBERTO BAILÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

La relación de ayuda o relación psicosomática, en los treinta últimos años ha ido variando en su concepto y se ha definido de distintas formas dependiendo del autor, con lo cual, podemos decir que la relación de ayuda no tiene un único método a la hora de su exposición o de su realización, aunque para los tres autores que a continuación se citaran hay una base primordial en la que se unen las tres definiciones, todas ellas inciden en la importancia del papel activo de la persona que requiere y solicita la ayuda. Siendo por todo ello, que lo más usual para referirse a esa persona en el rol de la relación de ayuda debe ser como el de cliente, usuario o sencillamente hacer referencia a él como persona, de este modo se evitará la definición de paciente porque implica imponer en la ayuda un rol pasivo al individuo.

Uno de los autores que definió la relación de ayuda fue Rogers en 1989, hizo la siguiente exposición de lo para él significaba la relación de ayuda: “Aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o de ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos”. Sin embargo tres años antes Dietrich en 1986 afirmaba la relación de ayuda era: “Una relación auxiliante en la que el ayudador intenta estimular y capacitar al sujeto para la autoayuda. Esta relación busca

más bien crear un clima e iniciar un diálogo con el sujeto que permita a éste aclararse sobre su propia persona y sus propios problemas, liberarse y encontrar recursos para la solución de sus conflictos, y activar siempre su propia iniciativa y responsabilidad”. Por último el autor Madrid Soriano (2004) explicaba que el concepto y el objetivo de la relación de ayuda es : “La de facilitar el crecimiento de las capacidades secuestradas de la persona en conflicto. El fundamento que sustenta toda es la visión positiva de las capacidades personales para crecer y afrontar positivamente sus conflictos”. Según esta última definición queda muy claro que la relación de ayuda pretende siempre la búsqueda de un objetivo, una finalidad, que está promovida por la necesidad mutua de ser aceptados y por las necesidades psicológicas que el paciente demande con el fin de ayudar y de satisfacer sus necesidades desordenadas

2 Objetivos

- Describir los protocolos y las pautas de trabajo del TCAE y del equipo multidisciplinar en los cuidados que implica la relación de ayuda en el ámbito de la sanidad.
- Definir cuales son las vinculaciones existentes entre la relación de ayuda al paciente y los cuidados del equipo sanitario.
- Entender la importancia de la relación de ayuda, en la integración e implicación del paciente en los cuidados y tratamientos.
- Comprender cómo influye la metodología del Trabajo humano en la relación de ayuda que se establece con el paciente y la intervención del equipo multidisciplinar.
- Conocer la importancia y los resultados de la buena práctica de las habilidades de comunicación en la relación de ayuda con el paciente y su familia.
- Nombrar las habilidades que necesitan dominar los profesionales del equipo multidisciplinar y citar las técnicas de comunicación positivas para el perfecto desarrollo de la ayuda.
- Conocer las habilidades y las técnicas de la comunicación, para el desarrollo de una relación psicósomática fluida y eficaz.

3 Metodología

Se ha realizado un búsqueda bibliográfica en distintos libros y publicaciones relacionados con las habilidades necesarias para la relación de ayuda en el ámbito

sanitario, destacando en la búsqueda la figura del TCAE. Por otro lado se ha realizado un análisis sistemático en buscadores tales como Shcielo, Isipidea, Dialnet, destacando en la comunicación como habilidad esencial en la relación de ayuda. Para ello, se han empleado como herramientas de la búsqueda de información en las bases de datos los siguientes descriptores: “TCAE”, “Paciente”, “Comunicación”, “Equipo multidisciplinar”, “Relación de ayuda”, “Relación terapéutica”. El estudio sistemático se ha basado principalmente en una revisión del tema: “la relación de ayuda sanitario-paciente”. Por último se han buscado y analizado páginas Web que contienen información relacionada con las bases, los protocolos y las acciones que llevan a cabo los equipos multidisciplinarios que trabajan en la relación de ayuda, haciendo hincapié en la búsqueda en el papel del TCAE en dicha relación

4 Resultados

En el protocolo laboral de la sanidad es un aspecto imprescindible el trabajo en equipo. Los distintos roles que forman parte de los equipos de trabajo y el papel que desempeñan cada uno de sus componentes debe estar muy definido, cada uno debe saber cuáles son sus competencias y conocer hasta dónde pueden llegar. El trabajador sanitario debe tener toda la información necesaria sobre las enfermedades, para poder comprender el impacto tanto físico como psíquico que conlleva tener una enfermedad. La humanización debe ser la base en la que se sostenga cualquier relación terapéutica. En determinadas ocasiones la unión entre paciente y sanitario se vuelve demasiado técnica, muy distante e incluso puede llegar a ser fría para la percepción que tiene el enfermo del vínculo que hay entre ambos, esto es debido al grave error de obviar los aspectos tanto psicológicos como sociales del paciente, por el enfoque excesivo de la relación en un plano estrictamente profesional por parte del equipo sanitario multidisciplinar.

La calidad asistencial de la sanidad tiene como norma esencial el factor humano en la atención sociosanitaria, fundamentado en un modelo biopsicosocial que une los aspectos biológicos del paciente, como es su patología, con sus aspectos psicosociales. El objetivo de esta técnica es conseguir un ambiente emocional terapéutico, en el que se consiga diferenciar la demanda que haga el paciente de su verdadera demanda real en cada momento, acometiendo de igual forma las capacidades o dimensiones de aspectos físicos, psíquicos y sociales del paciente. Una relación de ayuda es un intercambio humano, una ayuda que se transforma en una herramienta básica e indispensable en la prestación de cuidados sanitarios.

De esta manera se instaura poco a poco, una interrelación entre dos individuos con el objetivo de hacer frente entre ambos a un problema de salud. La relación de ayuda fomenta la cercanía al paciente, la actitud positiva, el buen trato humano, la práctica de la escucha activa, la capacidad para poder empatizar, la disponibilidad, la cercanía y la dedicación de el mayor tiempo posible a los pacientes por parte de los profesionales sanitarios.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería forma parte importante del equipo multidisciplinar sanitario en la relación de ayuda que se les presta a los pacientes, estos profesionales y en particular los TCAE por su trato constante y continuado con el paciente, deben poseer la cualidad de saber escuchar y la habilidad de comunicarse con facilidad, siempre manteniendo una cercanía permanente en la atención directa y en el trato continuado que se le presta al paciente.

La estrecha relación que mantiene el TCAE con el paciente va cambiando dependiendo tanto de la patología de la enfermedad, del periodo de duración que conlleva el proceso o de la clase de asistencia sanitaria recibida por parte del paciente, en ese sentido el rol del TCAE deberá amoldarse rápidamente a cada circunstancia.

Algunas de estas circunstancias son:

- En enfermedades muy graves y que son debilitantes. La tarea del TCAE adquiere un rol muy activo y al enfermo, debido a las circunstancias tomará un rol pasivo en la relación.
- En enfermedades de duración corta. El papel del TCAE como profesional actuará igualmente de manera activa y el paciente asume el rol de cooperación en todo lo que sea necesario. Su rol es menos pasivo que en el caso enfermedades muy graves y que son debilitantes
- En enfermedades crónicas. Se establece una cooperación conjunta por parte de ambos roles, TCAE y paciente colaboran de una forma activa.

El TCAE es el sanitario que por su situación laboral comparte más tiempo a solas con el paciente y con su familia, el gran número de instrumentos que ofrece la rama de la psicología y dentro de ella la relación de ayuda psicossomática, es una de las herramientas fundamentales con las que el TCAE puede ayudar a favorecer tanto el bienestar de la persona como el de sus familiares.

Los Cuatro Elemento Esenciales Que Favorecen La Relación De Ayuda Son:

- La Empatía: Actitud con una predisposición a ponerse en el lugar de la otra persona y así conseguir sentir y captar los sentimientos, las emociones, las pre-

ocupaciones, los deseos, los intereses, los miedos, las inseguridades y las necesidades de la otra persona, y de esa manera intentar entender y comprender la experiencia que vive el otro individuo.

- La Aceptación: La aceptación logra captar el difícil objetivo de poder ofrecer un ambiente cómodo, de más seguridad para la persona y consigue una gran estimulación en la relación de ayuda.
- La Autenticidad: Método de comportamiento, en el que se implica el hecho de mostrarse uno mismo a los demás, tal y como uno es.
- La Simpatía: La simpatía nos ofrece acercamiento y proximidad afectiva hacia las personas.

Tipos De Relación De Ayuda:

Anteriormente ya se comentó que no existe un único modelo de relación de ayuda, sino que hay varios tipos o teorías sobre de relación de ayuda, pero todas coinciden en un aspecto importante, el hecho de que la relación de ayuda puede estar centrada en dos aspectos como son, el problema o la persona.

1. Centrado en el problema. En este tipo de casos el sanitario se identifica con el problema o con la situación presentada por el cliente, sin tener en cuenta los aspectos subjetivos con que el problema es vivido por éste.
2. Centrado en la persona. El cuidador presta atención sobre todo a la persona y a cómo vive el problema. Toma como principal consideración al individuo, englobando su totalidad.

Dentro de los dos aspectos anteriormente citados, en los que se puede centrar la relación de ayuda y dependiendo del método que el terapeuta pueda realizar, podemos encontrar

- Una relación facilitadora. El terapeuta recurre principalmente a la capacidad de la persona ayudada, se trata de convertir a la persona con la dificultad en su propio investigador, a que tome conciencia de sus propios problemas y de cuáles son las posibles soluciones.
- Una relación directiva. Si es directiva, el terapeuta es el experto. Quien ayuda recurre a un conjunto de comportamientos y técnicas que van a persuadir a la persona ayudada para que actúe como el ayudante indica.

Existen varios estilos de relación de ayuda, y dependiendo del método o del estilo elegido, los resultados de la relación de ayuda serán distintos.

- Estilo Autoritario: Centrado en el problema del paciente y en intentar resolverlo, no se hace uso de los recursos del paciente sino los de uno mismo.

- Estilo de Cooperación: Centramos el problema en el paciente y adoptamos una actitud facilitadora, e implicamos al paciente en la resolución del mismo.
- Estilo Paternalista: Centramos el problema en la persona, en cómo lo vive, de una actitud directiva y tomamos la responsabilidad de la situación y sobreprotegemos al paciente.
- Estilo Empático: Se dirige a la persona, se adopta una actitud facilitadora y se ayuda al otro, insistiendo en qué cree que debe hacer en relación a lo que puede realizar.

Los requisitos fundamentales en la formación de un profesional que pueda realizar una correcta relación terapéutica son:

- Autoconocimiento.
- Respeto.
- Observación.
- Escucha activa.
- Conciencia de las propias habilidades.

Fases De La Relación De Ayuda:

Hildegard E. Peplau, divide la relación de ayuda en cuatro fases principales, aunque estas fases no siempre se llevan a cabo en una relación de ayuda, debido a que a veces pueden existir barreras de implicación en la ayuda por una de las dos partes implicadas o incluso por las dos.

Las cuatro fases son:

- 1.Fase de Orientación: fase en la que se inician los primeros contactos entre el profesional y el cliente. Se asientan las bases de la relación de ayuda.
- 2.Fase de Identificación: fase en la que se tiene como objetivo buscar las necesidades de la persona. Se examinan sus problemas, sus límites y las posibles circunstancias. En esa fase se buscan objetivos concretos y su método de realización.
- 3.Fase de Explotación: fase en la que el paciente tiene como meta obtener el máximo resultado de la relación y de así conseguir los mayores beneficios posibles. El profesional utiliza la estimulación con el paciente para que participe en el logro de los objetivos marcados en la fase de identificación.
- 4.Fase de Resolución: momento en el que se produce la conclusión de la relación, que acontece cuando el paciente abandona los primeros objetivos, que ya han sido logrados y se traza nuevas metas. El paciente y el profesional revisan los objetivos que se han conseguido, ayudando en el estímulo y en el fomento del autocuidado del paciente. La meta fundamental en esta fase es la de generalizar los aprendizajes a otras situaciones de su vida.

5 Discusión-Conclusión

El Técnico en cuidados Auxiliares De Enfermería y el equipo multidisciplinar sanitario, fomentarán las bases de la relación de ayuda interpersonal a través de la comunicación con pacientes y familiares, fundamentando esta relación a través de la comunicación, con la aplicación de distintos elementos de ayuda que favorecen en la realización de un plan de cuidados personalizado al paciente, mediante una unión de reciprocidad entre ambos que ayuda directamente en el mantenimiento adecuado de la salud. Los profesionales sanitarios deben poseer una formación adecuada, tanto en el aspecto técnico de su profesión como en el aspecto humano y psicológico, para de esta manera poder afrontar con mayor implicación y responsabilidad este tipo de situaciones. La importancia del trabajo en un equipo multidisciplinar sanitario toma mucha mayor relevancia al trabajar en el aspecto psicológico del paciente. La relación de ayuda es una técnica que pretende el crecimiento personal de los usuarios, de sus familiares y de los profesionales sanitarios.

Saber expresar correctamente las técnicas de comunicación, es un aspecto de vital importancia para establecer una perfecta relación de ayuda en el proceso paciente/sanitario. Sus grandes logros hacen mejorar la calidad asistencial en el cuidado a los usuarios y engrandece más aún la labor humana que realizan los equipos multidisciplinarios sanitarios. La práctica de la empatía, la aceptación con el usuario, la escucha activa y la autenticidad como herramientas, hacen posible establecer una relación idónea y de calidad con el paciente, que le ayudará positivamente en el desarrollo del proceso de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Bermejo, J.C. y Martínez, A. (1998). La relación de ayuda, acción social y marginación. Madrid: Sal Térrea.
- Madrid Soriano J. Los procesos de la relación de ayuda. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2005.
- TerraeBermejo JC. Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2012.
- Eisengerg, N. y Strayer, J. (1992). La empatía y su desarrollo. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Boff L. El cuidado esencial. Ética de los humano, compasión por la Tierra. Madrid: Trotta, 2002.

- Madrid Soriano, J. (2004). Los procesos de la relación de ayuda. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015.
- <https://www.e-ducalia.com>
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3655829>
- <http://www.isipedia.com>
- <https://www.implika.es>
- <http://scielo.isciii.es/>
- Cardona Torres LM, García Campos ML. La empatía, un sentimiento necesario en la relación Enfermera-Paciente. Desarrollo Cientif Enferm 2010; 18 (3).
- <https://zonahospitalaria.com>

Capítulo 276

DETECCIÓN PRECOZ DE LOS DAÑOS RELACIONADOS CON LAS CONDICIONES DE TRABAJO.

CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO

MARIA JESUS DIAZ SUAREZ

1 Introducción

El puesto de trabajo tiene que adaptarse a cada trabajador, a sus características personales y físicas, teniendo en cuenta los espacios de trabajo, instalaciones, mesas, sillas, equipos de protección individual, etc. Para los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos, como los discapacitados, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, menores, etc., se deberá adaptar el puesto de trabajo a sus condiciones y circunstancias personales.

Las actividades de vigilancia de la salud se deben establecer según procedimientos adecuados a la detección precoz de los daños relacionados con las condiciones de trabajo. Con el objetivo de garantizar un modelo de vigilancia de la salud eficiente desde el punto de vista preventivo, en 1997, el Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública, abordó por primera vez de forma monográfica la elaboración de protocolos de vigilancia sanitaria específica de trabajadores/as expuestos a riesgos en el lugar de trabajo, proporcionando de este modo a los profesionales sanitarios implicados en la Prevención de Riesgos Lab-

orales una guía de actuación uniforme que garantice un efectivo cumplimiento de este derecho de los trabajadores/as.

2 Objetivos

- Identificar precozmente los daños relacionados con las condiciones de trabajo del profesional.
- Fomentar la adecuación al puesto de trabajo según los factores laborales sensibles al trabajador.
- Minimizar los riesgos laborales en la medida de lo posible.

3 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 Prevención de Riesgo Labores y Ergonomía de la salud. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron estudios 54 y de ellos fueron seleccionados 5 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. Los descriptores utilizados fueron: “detección”, “puesto”, “trabajo”, “daños”, “condiciones”.

4 Resultados

El nuevo marco normativo en materia de Prevención de Riesgos Laborales supone, entre otras cuestiones, que debe cambiar la práctica de los reconocimientos médicos a los que tienen derecho los trabajadores, caracterizados a partir de este momento, como ya se ha comentado, por ser periódicos, específicos frente a los riesgos derivados del trabajo, realizados con el consentimiento informado del trabajador/a y sin constituir, en ningún caso, fuente de discriminación ni perjuicio del trabajador/a.

Entre los Protocolos de vigilancia sanitaria específica de los trabajadores/as cabe destacar:

- Agentes anestésicos inhalatorios
- Agentes biológicos
- Agentes citostáticos
- Alveolitis alérgica extrínseca
- Amianto
- Asma laboral
- Cloruro de vinilo monómero
- Dermatitis laborales
- Manipulación manual de cargas
- Movimientos repetitivos
- Neuropatías
- Óxido de etileno
- Pantallas de visualización de datos
- Plaguicidas
- Plomo
- Posturas forzadas

5 Discusión-Conclusión

A nivel de la vigilancia de la salud entendida como recogida sistemática y continuada de datos, puede responder, en el terreno de la prevención, a dos tipos de objetivos: individuales y colectivos. Los primeros están relacionados con el sujeto concreto que se somete al reconocimiento médico, mientras que los segundos se refieren a la colectividad de los trabajadores expuestos.

Los objetivos individuales se concretan en: detección precoz de las posibles consecuencias negativas que sobre la salud pueden tener las condiciones de trabajo, identificación de trabajadores/as especialmente sensibles a ciertos riesgos y adaptación de la tarea al individuo. Es importantísimo que la vigilancia de la salud sea realizada por personal sanitario cualificado y por tanto la empresa puede elegir entre dos alternativas a la hora de llevarlos a cabo. o Servicio de Prevención Propio de la propia empresa, constituido, al menos, por una Unidad Básica de Salud (UBS) formada por un médico del trabajo y un ATS del trabajo. o Servicio de Prevención Ajeno contratado por la empresa y que estará también constituido por una Unidad Básica de Salud.

6 Bibliografía

- Rodríguez-Jareño Maria Cruz, Molinero Emilia, Montserrat Jaume de, Vallès Antoni, Aymerich Marta. Calidad y adecuación técnica a la normativa de los exámenes de vigilancia de la salud de la población trabajadora en relación con su finalidad preventiva. Arch Prev Riesgos Labor [Internet]. 2016 Sep; 19(3): 146-165.
- Romeral Hernández, Josefa. (2012). Gestión de la seguridad y salud laboral, y mejora de las condiciones de trabajo: El modelo español. Boletín mexicano de derecho comparado, 45(135), 1325-1339.
- Rufino San José Marisa. Vigilancia de la salud pública. Med. segur. trab. [Internet]. 2011 Mar ; 57(222): 1-4.

Capítulo 277

ENFERMEDADES RARAS: SINDROME DE FREY

MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ

ELENA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Algunas definiciones de enfermedades raras se basan solamente en el número de afectados, mientras que otras, como en la Unión Europea, toman en cuenta otros factores como la existencia de tratamientos adecuados o la severidad de la enfermedad. La definición de la Unión Europea es la propuesta por la Comisión Europea de Salud Pública, que establece como rara: Aquellas enfermedades, incluida las de origen genético, que son crónicamente debilitantes o potencialmente mortales y las cuales tiene tan poca prevalencia que se necesitan esfuerzos especiales combinados para combatirlas. No existe una definición única y aceptada mayoritariamente de enfermedad rara.

Una enfermedad rara es aquella que afecta a un pequeño número absoluto de personas o a una proporción reducida de la población. Nunca olvidemos que en cualquier momento nos puede suceder a nosotros.

Elegiremos una enfermedad rara y poco conocida pero un sufrimiento y una baja calidad de vida para quien la padece. SINDROME DE FREY.- También conocido como Síndrome de la sudoración gustativa o Síndrome del nervio auriculotemporal, ya que las lesiones cutáneas asociadas a este aparecen en dicha zona del nervio maxilar inferior. Y da situaciones de sudoración facial excesiva. La mera idea de comer puede hacer que el paciente se empape en sudor y hoy en día gran

parte de actos sociales y personales giran alrededor de comidas. La combinación de salivación, sudoración y rubor componen dicho síndrome.

2 Objetivos

- Analizar como prevenir la enfermedad de síndrome de Frey.
- Estudiar si la sudoración gustativa ocurre con una causa concreta, congénita o bien deberse a una condición subyacente como diabetes, Parkinson o herpes facial. El problema también suele surgir después de un trauma o una cirugía en las glándulas parótidas
- Comprobar mediante métodos la existencia de dicho síndrome. Uno de ellos es, después de comer, se pinta la zona a estudiar con betadine, se deja secar y luego se le espolvorea almidón. Se le suministra alimentos ácidos al paciente y después de 2 a 10 minutos se observa el área, al humedecerse el yodo con el sudor, se le impregna el almidón que toma un color azul o violeta.

3 Metodología

Información sacada de las principales base de datos nacionales y de Latinoamérica como Medlineplus, Pubmed, revistas científicas de odontología . Libros de neurología. Se utilizaron palabras clave para su búsqueda: enfermedad rara, síndrome de Frey, lesión del nervio auriculotemporal.

4 Resultados

Los tratamientos más comunes en adultos para la hiperhidrosis es la infiltración perineural con una solución alcohólica o extirpación parcial del nervio. Alternativas no quirúrgicas que han tenido muy buenos resultados son las inyecciones en el área de toxina botulínica, cuando el tratamiento con fármacos no es efectivo.

En los niños no es necesario medicación sino un correcto diagnóstico, los síntomas suelen desaparecer con el tiempo e incluso llegar a desaparecer.

Los odontólogos están muy familiarizados con dicha enfermedad.

Se necesitan por regla general varios especialistas de diferentes servicios colaborando y coordinando para abordarlo con éxito. Es necesario hacer más investigaciones para erradicar esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Según estudios clínicos sobre el 5% de los pacientes pueden tener una regresión espontánea con desaparición de los síntomas. Los odontólogos muy familiarizados con esta enfermedad pueden diagnosticar esta enfermedad y en casos hacer el tratamiento no quirúrgico con medicamentos disponibles para ello .Así como aplicar de forma ambulatoria. intradérmica de toxina botulínica A, método efectivo sin casi efectos secundarios.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish>
- <https://diariosanitario.com/botox-contr-el-sindrome-de-frey>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 278

SALUD MENTAL, NUTRICIÓN Y HÁBITOS SALUDABLES

SANDRA MUÑOZ GARCÍA

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

1 Introducción

El cerebro para poder tener un correcto funcionamiento debe basarse en tres premisas: oxigenado, nutrido y descansado.

2 Objetivos

- Valorar la importancia de estos tres campos para demostrar como podemos proteger y mejorar la salud mental de la comunidad por medio de estas premisas.
- Dar a conocer los alimentos que pueden prevenir y tratar problemas de salud mental.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la salud mental, nutrición y hábitos saludables. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El cerebro para poder tener un correcto funcionamiento debe basarse en tres premisas: oxigenado, nutrido y descansado. Es básico para el cerebro tener una correcta oxigenación que conseguimos por medio de hábitos saludables como andar diariamente, realizar deporte, salir de las ciudades al campo para reducir los gases contaminantes. Otra forma básica de oxigenar sería reducir los malos hábitos como el tabaquismo.

Otra causa del estrés es la falta de descanso. A la hora de meternos a dormir debemos eliminar ruidos, móviles, luces, y tener una correcta ventilación de la habitación. La mayor parte de las células se regeneran mientras dormimos. Hay que asegurar un correcto descanso y unas horas mínimas de sueño. Pero un factor determinante, en el que actualmente se están realizando muchos estudios, es una correcta alimentación que nutra nuestro cerebro.

CEREBRO Y NUTRIENTES

El cerebro en un 60% es grasa, con lo que deberíamos darle grasas de calidad para mantenerlo en forma. A que grasas nos referimos : Omega, DHA y EPA

Por otro lado se ha comprobado que personas con enfermedades mentales tiene una falta de aminoácidos esenciales que pueden tener relación directa con trastornos en el comportamiento.

La falta de antioxidantes también deben tenerse en cuenta ya que la membrana neuronal es muy susceptible de estrés oxidativo que produce desorden del ánimo Por ello en las unidades de psiquiatría deberían tratar la salud mental atendiendo también a la alimentación como modo de tratamiento y prevención de los trastornos mentales.

NUTRIENTES A INCLUIR EN LA DIETA DIARIA

Ácidos grasos esenciales (Omega 3)

- Pescados: salmón, caballa, sardinas, mariscos
- Nueces y semillas (linaza, chia)
- Aceite de plantas (lino, soja)
- Frutas: aguacate, moras, fresas
- Verduras: coliflor, lechuga, coles de bruselas y otros vegetales verdes

- Aminoácidos esenciales

Las carnes magras, los huevos, la leche y sus derivados contienen los 9 aminoácidos esenciales y también los 11 no esenciales.

También los garbanzos, soja, alubias, trigo sarraceno, quinoa, amaranto, pistachos contienen todos los aminoácidos esenciales.

Ejemplo:

Triptófano: las aves de corral como pollo, pavo y el conejo, o pescados como salmón, mero, bacalao. En que nos ayuda el triptófano, es esencial para generar melatonina, hormona cerebral que es esencial para regular el ciclo diario de sueño vigilia (importante para tener el cerebro sano) y muy importante para la síntesis de la serotonina, un neurotransmisor que tiene mucha importancia en el sistema nervioso central y regula numerosas funciones entre ellas el estado de ánimo.

Arginina: carnes de cerdo, res, pollo, pavo, derivados lácteos, mariscos y pescados como salmón, atún, anchoas. El cuerpo lo usa para producir óxido nítrico, con lo que niveles bajos puede aumentar el estrés oxidativo y la inflamación del sistema nervioso central (relacionado con el TDM).

- Vitaminas

B1 (Tiamina) beneficios contra el deterioro de la memoria previniendo el envejecimiento del cerebro y eleva el ánimo. Tiene múltiples beneficios para el cuerpo como mantener energía, facilita funciones cardiovasculares.

B6 favorece la formación de neurotransmisores, como la dopamina, epinefrina, norepinefrina, GABA y acetilcolina. Pollo, plátanos, frutos secos, verduras verdes.

B12 favorece junto con B6 la formación de glóbulos rojos con lo que se oxigena mejor el cerebro.

B9 (ácido fólico), interviene en la formación de neurotransmisores. Su deficiencia facilita la ocurrencia de accidentes cerebrovasculares. Frutos secos.

B12 importante en la formación de células y ácidos grasos. Importante para la memoria a corto plazo. Deficiencia en vitamina B12 lleva al deterioro cognitivo y cambios de humor negativos. Pollo, pavo, salmón, cereales integrales, queso C, antioxidante. Protege al cerebro del estrés oxidativo y a la absorción del hierro tan importante para la memoria, para no tener fatiga, no estar irritado. La vitamina C también aumenta los niveles de serotonina de manera natural. Frutas cítricas y vegetales verdes.

D, importante para trastornos depresivos. Champiñones.

K, importante para la memoria. Brocoli, coles de bruselas, perejil.

E, antioxidante.

MICROBIÓTICA INTESTINAL

Por último es importante mantener una correcta flora intestinal que favorece

una buena digestión y afecta al funcionamiento de todo nuestro organismo, contribuye a la estimulación del sistema inmunológico.

Los probióticos son bacterias que están en nuestro colon y contribuyen a la flora, mejorando la síntesis de las vitaminas B, mejorando la absorción de nutrientes, mejorando el tracto intestinal y muchos otros beneficios. Yogur, kéfir de leche, kéfir de agua, queso blando, Miso, chocolate negro por encima del 80% cacao, pepinillo encurtido, tamari, berenjenas encurtidas, microalgas

5 Discusión-Conclusión

Como vemos una correcta alimentación puede ayudar a la prevención de enfermedades de salud mental y al tratamiento de las ya adquiridas. Una buena nutrición combinado con unos hábitos saludables (desintoxicación), y correcta oxigenación saliendo a zonas abiertas montaña, costa no contaminada y realizando deporte moderado puedo mantener nuestra salud mental en buen estado.

6 Bibliografía

- Alimentación para una mente sana. Entrevista al Dr. Javier Aizpiri
- Neoxfarma: Aminoácidos esenciales
- Gil A. Nutrición Clínica Tomo IV "Nutrición y Enfermedades Neurológicas"
- Elsevier, Nutrición y enfermedad mental "Esquizofrenia y ácidos grasos omega 3"

Capítulo 279

EL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO DEL HOMBRE

MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ

ELENA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

Se considera envejecimiento a la disminución gradual de las células activas en los tejidos. Afecta a todo el organismo y da paso a cambios diferentes según las personas, se da en varias etapas. Muchas capacidades quedan disminuidas y/o afectadas.

2 Objetivos

Analizar las modificaciones en la composición corporal, en la estructura de los órganos. Alteraciones funcionales, en los sentidos, en la piel, en el sistema músculo esquelético, cardiovascular, digestivo, respiratorio, genitourinario y nervioso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el envejecimiento. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los puntos más importantes a tener en cuenta para cualquier profesional sanitario en relación con el envejecimiento son:

- Realizar un estudio del paciente anciano partiendo de su historial clínico
- Partiendo del historial clínico, de la medicación, de los hábitos y de los síntomas actuales, se efectuará un examen físico y los complementarios necesarios.
- Observación del estado de la piel, medicación, nutrición, digestión, eliminación, continencia e incontinencia, la emoción, la movilidad.
- Se valorará también su grado de autonomía y dependencia

Con todo ello se valorará y atenderá por el médico y el personal sanitario al paciente de forma personalizada.

5 Discusión-Conclusión

Según estudios los españoles son los europeos que más años viven, pero eso lleva a que sean los que más enfermedades tienen hasta el final de sus días , además de un peor estado emocional.

Siempre deben de estar controlados por su médico y ayudados por el equipo sanitario ya sean autónomos o dependientes.

6 Bibliografía

- Libro Teorías del envejecimiento de Liz Adriana Chein y Liz Pritchard
- <https://www.alzheimeruniversal.eu>
- <http://scielo.isciii.es>
- <https://www.who.int>
- Charlas-coloquio de especialistas en la materia.

Capítulo 280

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA LOS DIFERENTES TIPOS DE DESHIDRATACIÓN

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

GLORIA PELLO ALVAREZ

1 Introducción

La deshidratación puede ser producida por multitud de factores, por ese motivo se considera multifactorial, dependiendo de qué tipo de deshidratación es la que padece el paciente se requerirá un tipo de tratamiento diferente o una forma de actuar ante el problema de manera diferenciada.

2 Objetivos

Determinar las diferentes causas más comunes de deshidratación en los pacientes así como el tratamiento recomendado para cada diferente causa de deshidratación.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de diversos artículos científicos sobre las causas de la deshidratación más comunes así como de diversos estudios sobre los mismos.

Para la revisión bibliográfica se ha utilizado buscador google, especialistas en la búsqueda.

4 Resultados

Los principales motivos de deshidratación en el ser humano durante todo el periodo de nuestra vida son principalmente 3: deshidratación por diarreas, cuando está es moderada se administrarán líquidos por vía oral a ser posible rico en sodio, si es grave se realizará la administración de líquidos por vía parental. Deshidratación por vómitos se le proporcionará agua en cantidades pequeñas después de haber pasado el vomito para ver la tolerancia, si es grave se administrarán por vía intravenosa. Deshidratación por quemaduras en este caso la hidratación será por vía intravenosa con calibres cortos en venas periféricas es muy importante la hidratación con soluciones especiales durante las primeras 48h post quemado.

5 Discusión-Conclusión

La deshidratación puede presentarse de diversas formas y hay que saber discernir entre ellas para poder aplicar el tratamiento más adecuado en pacientes con este tipo de patologías, para poder proporcionarles una adecuada hidratación que es fundamental para la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

- “Mayo Clinic Halthy Living,” registradas de Mayo Foundation for Medical Education an Research.
- Medlineplus.gov.Spanish. Article.
- De los Santos González C.E. “ Guía Básica para el Tratamiento del Paciente Quemado”.

Capítulo 281

CASO CLINICO: FRACTURA PERTROCANTÉREA IZQUIERDA DE TRAZO INVERSO

MARIA TERESA CORRALES PINTO

MÓNICA CORRALES PINTO

MARÍA VICTORIA COUTO CALVO

ÁNGELA GARCÍA RODRÍGUEZ

ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ

1 Introducción

Las fracturas pertrocantéricas corresponden a casi el 50% todas las fracturas de la porción proximal del fémur. La edad media de los pacientes es de 66 a 76 años, más jóvenes que los que sufren fracturas del cuello del fémur. La proporción entre mujeres y hombres oscila entre 2:1 y 8:1, probablemente debido a los cambios en el metabolismo óseo después de la menopausia.

2 Objetivos

Identificar protocolo de tratamiento quirúrgico.

3 Caso clínico

Mujer de 83 años, que vive sola, con deambulaci3n precaria precisando ayuda de muletas por poliartr3s previa. ANTECEDENTES PERSONALES: HTA , Disple-sia. Osteoporosis. Intervenci3n de rodilla derecha, histerectomía y doble anex-ectomía. Alergias medicamentosa a: metamizol, buscapina, optalidon, naproxyn; e intolerancia a: IECAS, AAS. La paciente presenta dolor y limitaci3n funcional de cadera izquierda tras caida casual. Previo estudio preoperatorio satisfactorio se decide intervenci3n quirúrgica y bajo anestesia raquídea, se procede a la osteosíntesis de fractura de cadera mediante enclavado izquierdo tipo: PFNA (clavo femoral proximal de antirrotaci3n), sin incidencias. Tras la intervenci3n, precisa de medicaci3n analgésica, además de profilaxis antitromb3tica: paracetamol, tramadol, omeprazol y heparina de bajo peso molecular, además de su tratamiento cr3nico.

4 Resultados

En la actualidad, los métodos de osteosíntesis preferidos son el tornillo-placa deslizante y el clavo gamma, aunque tampoco faltan los servicios donde se pre-fieren los clavos de Ender u otros sistemas clavo-placa. Sin abundar en los mo-tivos, lo más lógico parece ser considerar cada caso de manera individual, sin renunciar a ningún método de síntesis de todos los disponibles y, quizá, concedi-endo más protagonismo a las artroplastias de sustituci3n.

5 Discusi3n-Conclusi3n

Tras intervenci3n, al alta se indica a la paciente: Caminar con ayuda de andador o muletas, curas locales de herida quirúrgica cada 48-72h, por enfermería , reti-rando puntos a los 14 días de la intervenci3n.

En caso de dolor intenso, fiebre o evoluci3n t3rpida de la herida , se le indica a la paciente que debe de acudir a urgencias para descartar complicaci3n de la pa-tología . Por el contrario, con una buena evoluci3n, será avisada por el servicio de citaciones, mediante carta o telef3nicamente, para revisi3n en Consulta Externa de Traumatología, aproximadamente al mes de la intervenci3n.

Teniendo un buen protocolo de actuaci3n, permite rapidez y agilidad a la hora de tratar patologías tan frecuentes como ésta.

6 Bibliografía

- <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- <https://zaguan.unizar.es>

Capítulo 282

ENFERMERIA ANTE EL MALTRATO INFANTIL

MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define maltrato infantil como los abusos y la desatención, que suelen ser objeto los menores de 28 años. El equipo de enfermería tienen un papel importantísimo a la hora de detectar y prevenir el maltrato infantil. Los profesionales sanitarios no solo prestarán atención profesional, sino que deberán detectar y denunciar un posible maltrato, aunque solo se trate de una sospecha.

2 Objetivos

- Detectar si un menor está sufriendo un posible maltrato.
- Conocer los procedimientos o protocolos que debe seguir a la hora de denunciar un maltrato infantil, para actuar correctamente para así minimizar los problemas psicológicos que soporta un niño ante estos abusos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos y publicaciones, como son por: Google Académico, Scielo, Medline y Dialnet.

Se han utilizado como criterios de búsqueda las palabras clave: maltrato, denuncia, agresión abuso, infancia, infantil, marginación.

Como criterios de inclusión se han empleado textos gratuitos en castellano, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2000.

4 Resultados

Tipos de maltratos infantil.

- Maltrato físico: Cualquier acción que provoque daño físico o enfermedad y que no sea producido de forma accidental.
- Negligencia: Situación donde las personal que están a cargo del menor no cubren sus necesidades básicas.
- Maltrato emocional: Consiste en atacar la autoestima o el bienestar emocional del menor (ataques emocionales o verbales).
- Abandono emocional: Se trata de una ausencia de respuestas a las expresiones emocionales del niño o bien de los comportamientos a la hora de aproximarse o interactuar con el niño.
- Abuso sexual: Conducta en la que un menor es utilizado, con o sin su consentimiento, como objeto sexual por una persona en situación de poder o control sobre la víctima, también cuando exista una gran diferencia de edad.

5 Discusión-Conclusión

La colaboración del equipo de enfermería, junto con educadores y trabajadores sociales tienen que estar capacitados para detectar el maltrato. Seguir unos protocolos para proteger al niño maltratado con los medios que estén al alcance y recibiendo el apoyo de las correspondientes entidades como pueden ser policiales, sociales, etc.

Comprometerse ante un posible maltrato procediendo de la mejor forma posible para minimizar los daños psicológicos del menor. Concienciar a la sociedad de la necesidad de denunciar un posible maltrato, no solamente los profesionales tienen esa obligación si no que todo ciudadano debe de involucrarse ya que nos enfrentamos a un gran problema social.

6 Bibliografía

- De Paúl, J. y Arrubarrena, M. I. (2005) (2ª ed.): Manual de protección infantil, Barcelona, Masson.
- Fundación ANAR (2006): Doce años de violencia a menores (1994-2005), Madrid.

- Sanmartín Esplugues, J. (ed.) (2008) (4ª ed.): *Violencia contra niños*, Barcelona, Ariel.
- Trocme, N. (2003): "Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2003", Ottawa, Ontario.
- Child Welfare Information Gateway (2006): *Child Abuse and Neglect Fatalities: Statistics and Interventions Numbers and Trends*, Nueva York, NCANDS

Capítulo 283

ANÁLISIS DE LA HIPOGLUCEMIA

MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO

1 Introducción

La hipoglucemia se reconoce como una complicación derivada de la diabetes. La diabetes, es una patología crónica, y una de las formas más frecuentes de la diabetes es la tipo 2, la cual suele ser desencadenada por el consumo excesivo de glucosa o por la insuficiente producción de la misma.

2 Objetivos

Conocer con mayor profundidad el proceso de la hipoglucemia y discernir sus posibles causas.

3 Metodología

Se realiza un análisis de los principales artículos encontrados en revisiones y consultas bibliográfica (MINSAL, HTML) y guías clínicas sobre la hipoglucemia y la diabetes mellitus. Como criterios de inclusión se han empleado textos gratuitos en castellano, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2001.

4 Resultados

La hipoglucemia es la respuesta del organismo ante una disminución de glucosa en sangre, suele ser por debajo de 50-70 mg/dl. Para comprender cómo se produce la hipoglucemia, lo que debemos saber es que la glucosa es la principal fuente de

energía del organismo, pero ésta necesita de la hormona insulina (producida por el páncreas) para poder penetrar en las células. Cuando aumenta la cantidad de glucosa en la sangre, el páncreas libera la insulina que permite a la glucosa entrar en las células y a su vez en el torrente sanguíneo, llevando la energía a todas las partes del cuerpo. El excedente de glucosa se reserva en los músculos y en el hígado que lo usará ante una bajada de los niveles de azúcar en sangre.

Causas de la hipoglucemia:

- Puede ser provocada por una diabetes.
- Deficiencias hormonales.
- Consumo de alcohol sin ingerir comida.
- Medicamentos.
- Enfermedad.
- Saltarse alguna comida o ayuno.
- Ejercicio físico excesivo.

La respuesta del organismo ante esta bajada de glucosa, es la secreción de adrenalina provocando diferentes síntomas: Adrenérgicos (taquicardia, palpitaciones, temblores, sudoración, palidez, presión arterial alta y ansiedad), no adrenérgicos o neuroglucopénicos (hambre, cefalea, debilidad, alteraciones visuales, confusión, letargia, convulsiones e incluso coma con un descenso de la temperatura considerable).

5 Discusión-Conclusión

Si la hipoglucemia es severa y duradera es un riesgo real debido a la falta de energía en nuestro cuerpo y sobre todo, en el cerebro. Incluso, puede ocasionar un coma diabético provocado por la bajada de los niveles de glucosa en sangre.

Mantener la glucosa dentro de los niveles normales es de vital importancia en el cuidado de la salud y ese es el objetivo de todo tratamiento. También se debe añadir hábitos de vida saludable, acompañado de una buena dieta.

La educación tanto del paciente como su familia es clave para reducir la hipoglucemia. El paciente deberá conocer su tratamiento, dosis y duración de acción de cada fármaco y la importancia de consumir carbohidratos en tiempo adecuado.

6 Bibliografía

- International Diabetes Federation. IDF Diabetes, 7 ed.Brussels:International Diabetes Federation, 2015.
- Domínguez JR. Algoritmo diagnóstico y terapéutico de la hipoglucemia. *Endocrinol Nutr.* 2003;50:14-5.
- E. López. Hipoglucemia. En: J. Benito, S. Mintegi B. Azkunaga B.
- Gómez Urgencias de Pediatría. Guía de actuación. ED: Editorial Médica Panamericana. Madrid 2015 Pag. 634-639.
- Mezquita -Raya P, Reyes-García R, et al.Documento de posicionamiento: evaluación de la hipoglucemia en el paciente con diabetes mellitus. Grupo de Trabajo de la Diabetes Mellitus de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.*EndocrinolNutr.*2013; 60(9):517-530.

Capítulo 284

ENFERMEDAD DE LYME

ANA ISABEL PÉREZ RAMOS

MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Lyme es una enfermedad que se transmite desde los animales al ser humano, mediante la picadura de una garrapata infectada. La infección causada por una bacteria llamada *Borrelia burgdorferi* puede estar en algunos animales como ciervos, vacas, caballos o perros. La transmisión al humano se produce cuando una garrapata pica a uno de los animales portadores de la bacteria y después al hombre.

Los casos más habituales son en personas que trabajan en zonas con mucha vegetación y en los niños, porque pasan mucho tiempo al aire libre.

2 Objetivos

- Observar en qué lugares es más frecuente la enfermedad de Lyme.
- Analizar los síntomas de la enfermedad de Lyme para un correcto tratamiento.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la Enfermedad de Lyme en bases de datos como Pubmed, Scielo y Uptodate, con las palabras clave: enfermedad de Lyme, lesión cutánea, eritema migratorio. Como criterios de inclusión se emplearon

textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión de desecharon artículos científicos anteriores a 2002.

4 Resultados

Esta enfermedad es más frecuente en zonas boscosas y durante los meses de primavera y verano. En España es una enfermedad poco frecuente, se calcula 1 caso por cada 400.000 habitantes y año. La mayoría de los casos de esta enfermedad se diagnostican en la mitad norte de la península, con mayor incidencia en La Rioja, Navarra, norte de Castilla y León, Asturias, Cantabria y el País Vasco (en estas áreas 3-5 casos/100 000 habitantes/año).

Síntomas

Tras un periodo de incubación de 3 a 30 días, la enfermedad sigue varias etapas:

- Fase precoz localizada (Fase I): aparece el eritema migratorio que es una mancha en la piel que tiene un aspecto característico de diana, con un punto central de color rojo rodeado de un área de piel sin erupción que, a su vez, está rodeada de una erupción roja (eritema) en forma de anillo que se va extendiendo . Se puede acompañar de un aumento del tamaño de los ganglios.
- Fase precoz diseminada (Fase II): eritema migratorio múltiple y/o manifestaciones a otros niveles como el sistema nervioso, corazón y articulaciones.
- Fase crónica (Fase III): presencia de atrofia o adelgazamiento y sequedad de la piel de manos y pies. Además la afectación del sistema nervioso y de las articulaciones se hace recurrente durante al menos 6 meses.

A menudo es difícil de diagnosticar si no se sospecha, por que muchos de sus síntomas pueden aparecer en otras muchas enfermedades. Se diagnostica por medio de un análisis de sangre (pruebas serológicas). En aquellos niños que muestran la lesión cutánea típica del eritema migratorio, con el antecedente de picadura, se puede iniciar el tratamiento sin esperar a realizar las pruebas o disponer de su resultado.

Para el tratamiento de la enfermedad de Lyme es necesario el empleo de antibióticos durante varias semanas. En la gran mayoría de las ocasiones, los niños podrán recibir el tratamiento en su domicilio, aunque en los casos más avanzados y complicados puede ser necesario el ingreso hospitalario. Para aliviar el dolor o la fiebre se pueden utilizar medicamentos como paracetamol o ibuprofeno.

Los niños responden bien al tratamiento si se hace en la fase temprana, incluso

en la mayoría de los que lo inician en la fase tardía. Es fundamental que el niño reciba el ciclo de antibiótico completo como le haya indicado el pediatra.

Es posible que, tras el tratamiento, algunos niños estén cansados, les duelan las articulaciones y los músculos. Estos síntomas tardan más tiempo en desaparecer, por eso es importante que los enfermos descansen y eviten el ejercicio físico intenso durante unas semanas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Lyme se puede prevenir si se tienen en cuenta una serie de medidas para evitar las picaduras de garrapatas:

- Usar ropa de manga larga, zapatos cerrados y pantalones largos con calcetines y de colores claros cuando se camine por bosques y campos.
- Utilizar repelentes contra insectos que contengan DEET. Estos repelentes se deben echar sobre la piel limpia y seca y son seguros en niños mayores de 2 meses de edad.
- Duchar a los niños tan pronto como sea posible cuando vengán del campo para hacer caer las garrapatas que no estén adheridas.
- Revisar que no tengan garrapatas en el cuerpo, fijándose sobre todo en las axilas, detrás de las rodillas y en el cabello.
- Lavar y secar la ropa a una temperatura alta, durante 60 minutos, para destruir las garrapatas que puedan haber quedado allí.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 285

LA VITAMINA B12 Y SU RELACIÓN CON LAS ENFERMEDADES MENTALES

SANDRA MORENO SANCHEZ

LYDIA ALVAREZ RIOS

SOUKAINA EL HIRCH FARHI

JENNIFER QUIRANTES GIL

OLAIA CHOMON MENDOZA

1 Introducción

La cobalamina , o más conocida como B12 , es única entre las vitaminas , por contener el ion metálico cobalto , por ello , se le llama : “ cobalamina “. Es una vitamina de carácter hidrosoluble , se incorpora al organismo a través de los alimentos y se absorbe en el intestino , en una parte del íleon , por lo que necesita la actuación de otra molécula llamada : ”factor intrínseco” . Ya que el organismo humano no es capaz de sintetizarla , la debe obtener de la dieta, principalmente de alimentos de origen animal.

Está relacionada con importantes funciones en nuestro organismo , entre ellas , interviene junto con el ácido fólico en la síntesis de timidina , una de las bases nitrogenadas que forma parte del ADN, también participa en reacciones de transferencia de grupo metilo , fundamental para el correcto funcionamiento del sistema nervioso .

Las deficiencias con respecto a esta vitamina pueden llegar a tardar tiempo en desarrollarse, ya que el cuerpo crea un almacén de reserva de esta vitamina de alrededor de 4 años. Dado que desempeña un papel tan crucial en la síntesis de ADN como en la producción de neurotransmisores, el metabolismo adecuado de la metionina está relacionado con un cerebro sano y un envejecimiento saludable. Y, sin embargo, todos estos efectos positivos solo pueden llevarse a cabo en presencia de la vitamina B12. Ese micronutriente es lo que nos permite usar la metionina de manera efectiva. Según numerosos estudios, bajos niveles de vitamina B-12 y otras vitaminas B, como la vitamina B-6 y el ácido fólico, pueden estar relacionados con la depresión. Los efectos perjudiciales que más deben preocupar por su gravedad, son aquellos en los que están presentes las manifestaciones neurológicas, ya que existe la posibilidad de llegar a ser irreversibles.

La prevalencia mundial del déficit es variable, se estima que entre el 3% y el 40% de la población adulta lo presenta, de una forma más o menos marcada. Para los adultos, la dosis diaria recomendada de vitamina B12 es de 2,4 mcg / día en España. Su deficiencia puede causar no sólo la disfunción cerebral, sino también daño estructural, causando síntomas neuropsiquiátricos, entre ellos una deficiente síntesis de mielina (capa de grasa que cubre a las células nerviosas), y, por lo tanto, síntomas de desmielinización ya que sin esta capa protectora, las señales nerviosas se hacen lentas y esporádicas, lo que puede causar problemas con la función motora, pérdidas cognitivas y cambios en el estado de ánimo.

Las enfermedades psiquiátricas más estudiadas que se relacionan con una carencia de vitamina B12 son la depresión, la psicosis y síntomas maniaco-depresivos. En el caso de la depresión, la vitamina B12 y el folato se relacionan con la síntesis de neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, el déficit de esta vitamina puede ser un factor de riesgo para la depresión en pacientes mayores de 65 años. Estudios en pacientes ancianos muestran que tener niveles en sangre de vitamina B12 inferiores a 180 pg/mL aumenta entre 2 y 2,5 veces el riesgo de depresión. En lo referente a la psicosis, la asociación de los síntomas psicóticos y la deficiencia de cobalamina se vienen describiendo desde hace más de un siglo. Los síntomas son: suspicacia, ideas delirantes de persecución, alucinaciones auditivas, pensamiento incoherente y desorganizado. Además desde principios de 1980, se documentaron alteraciones del EEG (electroencefalograma) en los pacientes con anemia perniciosa. Ambas alteraciones del EEG y síntomas psicóticos asociados con su deficiencia han mostrado una respuesta al tratamiento con dicha vitamina.

Los bajos niveles de dicha vitamina pueden producirse por una alimentación deficiente o por no poder absorber las vitaminas que se consumen. Los adultos mayores, los vegetarianos y las personas con diversos trastornos digestivos, como la enfermedad celíaca o la enfermedad de Crohn, pueden tener problemas para obtenerla. Las principales causas de esta deficiencia se dividen en tres grupos: bajo aporte por la dieta, mala digestión y mala absorción de la vitamina. Debido a una mala absorción, en el caso de la gastritis crónica, (40% de las personas de edad avanzada) La enfermedad de Crohn, el alcoholismo crónico, la celiaquía y la pancreatitis crónica son también una de las causas de la mala absorción de esta vitamina, otra causa muy frecuente es la interacción de medicamentos tales como la metformina, omeprazol y antiácidos, entre otros.

Desde el punto de vista dietético, las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir una carencia son las que llevan una alimentación vegetariana, siendo especialmente relevante el caso de las dietas veganas, que carecen totalmente de un aporte de alimentos de origen animal. Recientes investigaciones sugieren que las altas dosis de vitaminas B6, B8 y B12 en combinación, fueron muy eficaces para mejorar los síntomas de la esquizofrenia más que los tratamientos estándar con solo medicamentos.

Los síntomas más comunes de deficiencia de B12 son la fatiga, niebla mental y cerebral, depresión, anemia (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) y neuropatía.

2 Objetivos

- Analizar la dieta pobre en ácido fólico y vitamina B12. Sabiendo que la dieta rica en vitamina B12, que se encuentra casi exclusivamente en los tejidos animales, incluyendo a los alimentos como la carne e hígado de res, cordero, carne de venado, salmón, camarones, aves, huevos y productos lácteos, facilitando además su consumo en pacientes con trastornos mentales.
- Evaluar otras fuentes de vitamina B12: la levadura nutricional también es alta en B12, y es muy recomendable para los vegetarianos y veganos. Una porción (2 cucharadas) proporciona casi 8 mcg de vitamina B12 natural, e inyecciones de vitamina B12 también son medidas eficaces, ya que permiten que las grandes moléculas de B12 sean absorbidas directamente en el torrente sanguíneo.
- Analizar las consecuencias del déficit de vitamina B12.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos online “PubMed”, “MayoClinic” “ Educamed” y libros relacionados con la nutrición. La estrategia de búsqueda ha consistido en encontrar y analizar toda la información en referencia a la vitamina B12 . Una vez conocido y resumido el tema, se ha procedido a buscar bibliografía científica que relacionase las enfermedades mentales con la deficiencia de esta vitamina y otras del grupo B , nuevamente en libros de nutrición o autores que hicieran referencia a ello.

Tras saber qué trastornos se le podían asociar se realizó una búsqueda exhaustiva de estudios experimentales y artículos con evidencia significativa para averiguar qué alteraciones alimentarias se podían presentar en relación con el tema a tratar .

4 Resultados

La deficiencia de ácido fólico y vitamina B12 son frecuentes en la población de mayor edad. El déficit de estas dos vitaminas se ha asociado con unas concentraciones más altas de homocisteína y una disminución del rendimiento cognitivo. Se cree que unos niveles altos de homocisteína son perjudiciales para los vasos sanguíneos y las neuronas y, por lo tanto, pueden contribuir al desarrollo de demencia. La mayor parte de los estudios sobre la administración de ácido fólico como prevención o tratamiento de la demencia han utilizado una combinación de ácido fólico, vitamina B6 y vitamina B12.

Se identifican otras fuentes de vitamina B12 para personas que no ingieren tejidos animales, como la levadura nutricional. La deficiencia de vitamina B12 también se ha descrito en otros trastornos psiquiátricos como la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno de pánico, la esquizofrenia y las fobias . Los estudios muestran que unos niveles plasmáticos bajos de vitamina B12 están asociado con síntomas depresivos o que unos niveles altos de vitamina B12 guardan relación con un mayor éxito del tratamiento .

5 Discusión-Conclusión

El principal objetivo de una buena alimentación debe ser el de conseguir una correcta nutrición, con el fin de alcanzar o mantener el estado de salud y bienestar .

La creciente evidencia muestra que la dieta y la nutrición están asociadas a la prevención, el desarrollo y el tratamiento de los trastornos mentales.

En general, los profesionales de la salud deben hacer una valoración individualizada del paciente para pautar un correcto tratamiento , lo que incluye :

- Hábitos alimentarios (números de comidas al día y horarios, comidas fuera de casa, gustos y preferencias)
- Actividad física (tiempo de realización, frecuencia, tipo de práctica, limitaciones para realizarla)
- Capacidad de afrontamiento , autoestima
- Conocimientos en hábitos de vida saludables .

La intervención dietética es una estrategia de salud pública muy efectiva , se ha demostrado que gracias a una buena alimentación se previene y mejora los síntomas de enfermedades mentales como ansiedad ,depresión y trastorno bipolar .

| HÁBITOS ALIMENTICIOS PARA PERSONAS CON T.MENTAL |
|---|
| Trabajar de forma específica los hábitos en la mesa. |
| Fomentar la socialización a través de la comunicación durante las comidas |
| Facilitar pautas alimentarias sencillas en la manipulación de alimentos. |
| Reforzar la toma de fruta entre horas, en vez de dulces. |
| Comer en una ambiente relajado y tranquilo |
| Asegurarse de que todos los menús del día tienen una variabilidad de alimentos que aporten todos los nutrientes necesarios. |
| Modificar la presentación de los platos para disminuir la selectividad alimentaria. |

6 Bibliografía

- Micronutrientes y enfermedades mentales <https://www.nutri-facts.org/>
- (OMS).Trastornos mentales. <http://www.who.int>

- Poder terapéutico vitaminas grupo B <http://cenproex.com/>
- B12 y Depresión <https://www.mayoclinic.org/>
- Libro Dietética y Dietoterapia (Mc Graw Hill de 2011) pag 83
- Artículo de Francisco José Soler farmacéutico y nutricionista , “ vitamina B12 y su relación con la salud mental”.

Capítulo 286

EL DÉFICIT DE VITAMINA B-12 EN LA POBLACIÓN MAYOR, RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO ENFERMERO

ANA BEATRIZ ESPESO GARCÍA

1 Introducción

Hoy en día es habitual que haya un elevado porcentaje de personas de todas las edades, y en especial de mayores, con carencia de vitamina B-12 que en ocasiones se encuentra asociada a la deficiencia de ácido fólico, pero son los mayores uno de los colectivos más vulnerables a padecer esta deficiencia.

2 Objetivos

Describir la funcionalidad de la vitamina B-12, así como los diferentes factores de riesgo asociados a la carencia de ésta en la población mayor. Conocer las distintas sintomatologías que están asociadas a su hipovitaminosis y como se pueden detectar y subsanar.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos del tema a desarrollar consultando bibliotecas electrónicas y varias bases de datos

(SciELO, Pubmed y Medline) y buscadores como Google Académico o Google. Se incluyeron en el estudio todos los artículos que cumplieron los siguientes requisitos: lengua española o inglesa con conocimientos relacionados con la vitamina B12, sus características y toda aquella relación que pudiera tener ésta en especial con las personas mayores. Se obtuvo información de páginas como la RAE o la OMS.

4 Resultados

La RAE define vitamina como “cada una de las sustancias orgánicas que existen en los alimentos y que, en cantidades pequeñísimas, son necesarias para el perfecto equilibrio de las diferentes funciones vitales. Existen varios tipos, designados con las letras A, B, C, etc.”

Existen dos tipos de vitaminas, las liposolubles, que se disuelven en grasas y aceites, y las hidrosolubles que se disuelven en agua, siendo la vitamina B12 perteneciente al grupo de las vitaminas hidrosolubles. Esta vitamina es la estructura química más grande y compleja de todas las vitaminas y está formada por moléculas que contienen cobalaminas(cobalto)que es una sustancia imprescindible para procesos fundamentales del cuerpo humano, siendo esencial para la síntesis de ADN, ARN y proteínas, para la correcta función del cerebro y sistema nervioso central, para la fabricación de glóbulos rojos, para el mantenimiento de la reserva energética de los músculos, el buen funcionamiento del sistema inmune y el metabolismo del ácido fólico.

La vitamina B12 es acumulada especialmente en el hígado en cantidades que varían entre 1mg y 5 mg. El cuerpo humano no tiene la capacidad de sintetizar la vitamina B12 por lo que la dieta es la única manera de conseguirla. Hay alimentos de origen animal como carne, pescados, huevos y leche y derivados, en los que se encuentra de manera natural, pero también existen alimentos fortificados con vitamina B12.

CAUSAS DEL DEFICIT

Existen motivos que facilitan la probabilidad de que exista una carencia de vitamina B12, entre estas causas se encuentran:

- Gastritis, bypass gástrico, enfermedad de Crohn, que hacen que se produzca una mala absorción de la vitamina.
- Enfermedades como la anemia perniciosa o la atrofia gástrica.
- Ciertas medicaciones que dificultan la absorción.

- Alimentación deficitaria de alimentos en los que se encuentra la vitamina de manera natural.

En personas mayores es habitual que la deficiencia sea provocada por la malabsorción debido a la edad a lo que también se une un aporte de proteínas en la dieta menor de lo habitual y el aumento de la ingesta de medicamentos.

SÍNTOMAS

Inicialmente la manifestación de esta carencia puede ser de difícil detección por tener síntomas inespecíficos que podrían ser confundidos con otras patologías. Cansancio, debilidad, falta de apetito, anemia y bajada de peso son consecuencias de la deficiencia.

El déficit de la vitamina B12 en personas mayores se relaciona con problemas metabólicos, hematológicos, cognitivos o de neuro-conducción. Las manifestaciones neurológicas son las más preocupantes debido a su gravedad y a que pueden ser irreversibles. En cuanto a los problemas neurológicos estos se manifiestan por medio de entumecimiento y cosquilleo de manos y pies, problemas de equilibrio, confusión, cambios de humor e irritabilidad.

DIAGNÓSTICO DEL DÉFICIT

La cobalamina sérica es el componente a vigilar, y sus niveles son los indicadores que determinan si existe deficiencia o no de vitamina B12. Cuando el nivel de cobalamina es menor de 148 pmol/l (200ng/l), se considera que existe una deficiencia. Para poder comprobar los niveles de cobalamina existen varias opciones, prueba analítica de vitamina B12 en sangre o un test de vitamina b12

TRATAMIENTO

Habitualmente la vitamina b12 se ha administrado por vía intramuscular para una mejor y más rápida absorción sobre todo si los síntomas son muy graves, aunque también se puede suministrar por vía oral.

La duración de los tratamientos dependerá del motivo que causó la deficiencia, pudiendo ser un tratamiento crónico (anemia perniciosa o cirugía de bypass gástrico) o bien durará hasta que la cantidad de vitamina b12 sea la adecuada.

Este tratamiento suele ser aceptado sin mayores problemas, aunque hay veces que puede provocar algún efecto secundario como diarrea leve, náuseas, escalofríos, fiebre, sofocos y mareos. Solamente en casos extremos puede producir reacciones anafilácticas. Una recomendación al inicio del tratamiento es

controlar los niveles de potasio. Estos tratamientos siempre deben estar pautados y controlados por un equipo médico.

5 Discusión-Conclusión

El porcentaje de personas mayores en atención de enfermería aumenta cada vez más. El envejecimiento de la población supone que los profesionales sanitarios, entre los que se encuentra el equipo enfermero, compuesto por DUES y auxiliares de enfermería, deben tener los instrumentos y conocimientos necesarios para detectar cualquier cambio y dar las soluciones necesarias a este colectivo, aunque siempre será el facultativo el encargado del diagnóstico.

La deficiencia de vitamina B12 es un problema habitual en la población mayor y no existe un cribado que permita adelantarse al problema por eso educar a la población más expuesta es el inicio para evitar las posibles dificultades que puedan surgir frente a la carencia de la vitamina B12. El conocimiento previo puede considerarse una manera de generar conciencia y así prevenir situaciones antes de desencadenarse. Todos los sanitarios implicados orientaran de manera adecuada al paciente en todo aquello que pueda necesitar, informando de una manera sencilla y precisa.

6 Bibliografía

1. Vázquez- Pedrazuela, M.C; et al. El déficit de vitamina B12 y ácido fólico en la población mayor de 65 años: estudio descriptivo. Hospital de Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid. Octubre 2016.
2. Tratamiento de las anemias por déficit de hierro y de Vitamina B12. Información Farmacoterapéutica. Osakidetza. Volumen 26- nº4; Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Mayo 2018.
3. Vitamina B12.National Institutes of Health. US Department of Health and Human Services.Febrero 2016.
4. Deficiencia de Vitamina B12 en el 52% de los ancianos. Revista Afedapi Informa nº239. AFEPADI. Febrero 2019.
5. Anemia por deficiencia de vitamina B12 y folato. National Health Service England. Abril 2008.
6. Albala, C.; et al; Impacto del PACAM en los niveles plasmáticos de Vit B-12. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile. Febrero 2009.

7. Mariño Suárez, J.E.; et al. Deficiencia de vitamina B12 y tratamiento por vía oral: Una opción tan eficaz como (todavía) poco utilizada. Elsevier, Vol.32. Núm.6. páginas 382-387.
8. Meertens-R. L.; Solano-R. L.; Vitamina B12, ácido fólico y función metal en adultos mayores. Centro de Investigaciones en Nutrición, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
9. Higdon, J.; Vitamina B12. Instituto Linus Pauling. Instituto estatal de Oregón. Marzo 2003.
10. Vitamina B-12. Atención al paciente e información médica; Mayo Clinic Health Letter. Junio 2018.
11. Sánchez, H. et al; Déficit de vitamina B-12 en adultos mayores. Revista médica de Chile ISSN 0034-9887. Enero 2010.

Capítulo 287

HIGIENE DE MANOS EN LA ATENCION SANITARIA

FLORINA MARE

MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ

1 Introducción

Las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios constituyen en todo el mundo un grave problema de Seguridad del paciente. En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS), emite el informe “Directrices de la OMS sobre la Higiene de manos en la Atención Sanitaria (borrador avanzado)” en el contexto del Reto Mundial por la Seguridad del Paciente 2005-2006: “Una Atención limpia es una atención más segura”. El día 5 de Mayo de 2009 se presenta el documento definitivo, coincidiendo con el primer “Día Mundial de la Higiene de manos.

Las manos del personal sanitario constituyen el principal vehículo para la transmisión de microorganismos de un enfermo a otro, del trabajador sanitario al enfermo y entre diferentes localizaciones de un mismo paciente; por tanto, una correcta higiene de manos será la principal y primera medida en la prevención y control de la infección asociada a la práctica sanitaria de origen exógeno.

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos.

Técnica lavado de rutina higiénico:

- Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
- Aplicar jabón líquido con dosificador.
- Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 minutos.
- Aclarar con abundante agua corriente.
- Secar las manos con toallas de papel.
- Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (los lavabos con sistema de cierre de codo o de pedal ahorran este paso; los de célula fotoeléctrica, además, determinan un importante ahorro de agua).

2 Objetivos

Identificar cómo disminuye la contaminación de las manos y prevenir la propagación de gérmenes patógenos a zonas no contaminadas; prevenir la transmisión de infecciones en el medio sanitario; proteger al paciente, personal sanitario y cuidadores.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre la higiene de manos en la atención sanitaria, se ha utilizado las bases de datos de Google académico, pubmed y scielo y los descriptores utilizados: paciente, personal sanitario, higiene de manos en atención sanitaria.

Para la revisión se han utilizado artículos comprendidos entre el año 2008 y 2019, se consultó un total de 10 artículos, revistas, libros o estudios sobre los mismos de los cuales 5 han sido objeto de nuestra revisión. Se han descartado aquellos artículos o estudios incompletos o poco específicos acerca del tema seleccionando por otra parte aquellos que han sido más actualizados y concretos centrándose en el tema a tratar.

4 Resultados

El Ministerio de Sanidad, en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA) puso en marcha, en 2008, el Programa de Higiene de las Manos del Sistema Nacional de Salud con el objetivo de mejorar su adherencia en todos los centros sanitarios del Sistema nacional de Salud.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) para el periodo 2015-2020, incluye entre sus objetivos específicos "Mantener y fomentar la expansión del Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud a todos los centros asistenciales" y recomienda "Preservar y consolidar las acciones desarrolladas para la mejora de la adherencia a la higiene de las manos de los profesionales y de pacientes/cuidadores, en atención hospitalaria, primaria y residencias y centros asistenciales socio-sanitarios".

Las tasas de cumplimiento de la higiene de manos evidenciadas son mayoritariamente bajas, por ello se han encontrado numerosos estudios acerca de campañas de promoción de la higiene de manos. A pesar del elevado número de artículos al respecto se ha echado en falta la continuidad en el seguimiento de estas campañas a lo largo de los años.

5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones respecto al cuándo son "los 5 momentos para la higiene de las manos", desarrollados desde 2005 por la OMS. Incluyen: antes del contacto con el paciente, previo a la realización de una tarea limpia y/o aséptica, después del riesgo de exposición a fluidos corporales, tras el contacto con el paciente y el entorno del mismo. Para prevenir la transmisión de microorganismos al paciente está indicada antes del contacto directo con el paciente y antes de la realización de una tarea limpia y/o aséptica. Los momentos en los que está indicada la higiene de manos para evitar la transmisión de microorganismos al profesional sanitario son después del contacto con el paciente, después del riesgo de exposición a fluidos corporales y tras el contacto con el entorno del paciente.

La higiene de las manos es la medida más barata sencilla y eficaz para prevenir la infección asociada a la asistencia sanitaria y la transmisión cruzada de organismos multirresistentes

6 Bibliografía

- 1- Técnicas en Enfermería Clínica. Vol 1. 4ª Ed. B.Kozier, G.Erb, K.Blais, J.Y. Johnson, J.S. Temple. Editorial McGraw-Hill-Interamericana.
- 2- Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.
- 3- Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.
- 4- <https://www.seguridaddelpaciente.es>

Capítulo 288

ACCIONES DEL TCAE ANTE ESTUDIOS DE ALIMENTACIÓN VEGETARIANA Y VEGANA EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA MATERNA

LAURA SUÁREZ TALAVAN

GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ

CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ

MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En estudios de alimentación vegana se necesita evaluar los efectos que producen en la salud al añadir nuevos alimentos a la dieta o al seguir unas pautas alimentarias concretas. La práctica de la dieta vegetariana y vegana, ha aumentado muchísimo debido a la gran preocupación acerca de la salud y principios morales de las personas.

2 Objetivos

- Evaluar las carencias y la prevención de las carencias mediante la suplementación.
- Conocer los beneficios, que aporta la práctica de la dieta vegetariana, sobretodo, durante el embarazo y la lactancia materna.

3 Metodología

Estudio tipo descriptivo transversal. Se realizó una búsqueda bibliográfica haciendo uso de los términos MeSH, en las bases de datos: PubMed.

Se obtuvo como muestra 101 artículos, relacionados con la dieta vegetariana y vegana en el embarazo y, su repercusión, en la mujer, el feto y el lactante.

4 Resultados

- Se ha demostrado que existe relación entre el vegetarianismo y una menor predisposición a padecer patologías crónicas.
- Se debe tener precaución por los riesgos en su realización, que es importante controlar durante el embarazo y la lactancia materna.

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria la figura del profesional de Auxiliar de enfermería, para educar acerca de la dieta vegetariana y, así lograr, una alimentación equilibrada. Evitando carencias nutricionales y presentando, los beneficios y riesgos de la suplementación, en la embarazada, siempre pautada por un médico.

6 Bibliografía

- unionvegetariana.org
- elpartonuestro.es
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 289

LA ENFERMEDAD CELIACA, SUS DIETAS Y ATENCIÓN

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

1 Introducción

La enfermedad celiaca provoca la inflamación de la mucosa del intestino delgado por una intolerancia inmunológica permanente al gluten (proteína) ingerido, como cebada, trigo y centeno. En la intolerancia genética también les afecta la avena. Es una enfermedad autoinmune que causa lesiones en el intestino delgado alterando la absorción de vitaminas y minerales, así como demás nutrientes.

El veinte por ciento de los pacientes celíacos tienen más de un miembro celíaco en su núcleo familiar. Según el Defensor del Pueblo hay 12.059 casos, y el treinta por ciento de la población está genéticamente predispuesta, aunque sólo el uno por ciento la desarrolla.

Los síntomas que provoca: pérdida de apetito, fatiga, pérdida de peso, diarrea, vómitos, artritis crónica, dermatitis atópica, distensión abdominal, osteoporosis, pérdida de masa muscular, retraso en el crecimiento, anemia, estomatitis aftosa, hepatitis, alteraciones del estado de ánimo, cefalea y estreñimientos. Hay diferentes clases de celiaquía: silente, latente, potencial, refractaria.

Diagnóstico: marcadores serológicos, densidad ósea, colesterol, recuento sanguíneo, nivel de folato, nivel de hierro, nivel de vitamina B12, tiempo de protrombina,

nivel de vitamina D. Si todo esto da positivo se hace una biopsia, una endoscopia del duodeno y pruebas genéticas. Existe una gradación de las lesiones intestinales, con la Escala Marsh.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste la enfermedad de celiaquía así como el proceso de la convivencia y el día a día con la enfermedad.

3 Metodología

Se busca la bibliografía en varias bases de datos como Cuiden, Lilacs, SciELO España, Cochrane, Elsevier, Pub Med, MedLine y en páginas como FEAD (Federación Española del Aparato Digestivo), Red Global de Intolerancia, Acofarma, ELIKA Fundación Vasca para la Seguridad Alimentaria, Eroski Consumer, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición, Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex, Federación Española de Alergología e Inmunología Clínica, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Federación de Asociaciones de Celiacos de España y Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

4 Resultados

-La enfermedad celíaca conlleva un gran impacto psicológico, depresión, preocupación, tristeza, ansiedad y la deficiencia de minerales como el zinc, el hierro y la vitamina B y D, llevando a problemas de salud mental como falta de concentración y pérdida de memoria. También la frustración y el enojo aparecen en los primeros meses, perdiendo sus hábitos de vida. Las fiestas familiares, las cenas con los amigos, las cenas y comidas de empresa, todo esto conlleva un sin fin de problemas emocionales, teniendo que dar explicaciones de qué comer. El tiempo empleado en la compra en los supermercado leyendo las etiquetas, genera una gran ansiedad y estrés. La cesta de la compra de un celíaco es de unos mil euros al año más cara que de cualquier otra persona.

5 Discusión-Conclusión

Se permite comer maiz, avena, mijo, arroz y sorgo. Prohibido comer: Trigo, centeno, cebada, escanda, espelta, triticale, farro, kamut y bulger.

Existe un test llamado Gluten Detect de uso doméstico que en menos de quince minutos detecta si se ha trasgredido la dieta sin gluten. Hay que tener en cuenta que el gluten carece de valor nutricional, con lo cual no conlleva deficiencias nutricionales al eliminarlo de la dieta.

Identificar los productos aptos para celíacos:

- Que incluya la etiqueta “sin gluten”.
- Producto genérico.
- Que incluya la marca de garantía “controlado por FACE”.

Hay que tomar medidas para evitar la contaminación cruzada:

- Tablas y utensilios de plástico ya que los de madera son porosos
- Primero elaborar los platos sin gluten en superficies limpias.
- Almacenar los alimentos sin gluten en estantes diferentes.
- Uso de material y medios sólo para esos productos sin gluten.

6 Bibliografía

- García Alonso M, Pérez Grueso-Macías MJ, Lo Iacono O. Sensibilidad al gluten no celiaca. En: Enfermedad celiaca. Introducción al conocimiento actual de la enfermedad celiaca. Madrid: Ergon; 2011
- Fernández Salazar L. Enfermedad celiaca del adulto. Introducción al conocimiento actual de la enfermedad celiaca. Madrid: Ergon; 2011
- Pérez Castrillón JL. Enfermedad celiaca y morbilidad. En: Enfermedad celiaca. Introducción al conocimiento actual de la enfermedad celiaca. Madrid: Ergon; 2011
- Calvo Romero C, Marugán Miguelsanz JM. Clínica de la enfermedad celiaca en niños. En: Enfermedad celiaca. Introducción al conocimiento actual de la enfermedad celiaca. Madrid: Ergon; 2011
- Román Riechmann E, Cilleruelo Pascual ML, Gutiérrez Junquera C. Epidemiología de la enfermedad celiaca. En: Enfermedad celiaca. Presente y futuro. Madrid: Ergon; 2013
- Argüelles Martín F, Quero Acosta L. Manifestaciones clásicas de la enfermedad celiaca. En: Enfermedad celiaca. Presente y futuro. Madrid: Ergon; 2013

- Bousoño García C. Manifestaciones extra-digestivas de la enfermedad celiaca en la infancia. En: Enfermedad celiaca. Presente y futuro. Madrid: Ergon; 2013
- Esteve Comas M, Carrasco García A, Mariné Guillem M. Peculiaridades de la enfermedad celiaca en el adulto. En: Enfermedad celiaca. Presente y futuro. Madrid: Ergon; 2013

Capítulo 290

NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA LOS PACIENTES INGRESADOS

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

1 Introducción

En primer lugar distinguimos alimentación de nutrición aunque están íntimamente relacionadas. Por un lado alimentación que es un proceso voluntario, es la ingestión del alimento, y por otro nutrición como proceso involuntario, es el proceso químico de transformación que siguen los alimentos dentro del cuerpo.

La alimentación saludable aporta todos los alimentos necesarios para cubrir las necesidades nutricionales. Cada individuo tiene unas necesidades nutricionales según la edad, sexo, talla, actividad física y estado de salud. Los hábitos alimentarios se desarrollan desde la infancia a la adolescencia. Una alimentación equilibrada aporta al organismo los nutrientes que necesita para las actividades de la vida diaria.

Los pacientes hospitalizados e institucionalizados son población vulnerable por sus mayores carencias y porque los desequilibrios son más graves que en los demás colectivos.

2 Objetivos

- Conocer los hábitos alimentarios y mejorarlos. Determinar la dieta variada mejor para la salud, así como la forma adecuada de alimentarse.
- Determinar las consecuencias de la mala alimentación.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en la bibliografía más adecuada, usando las bases de datos como MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, EBSCO, CRD databases, Cinahl, PsycInfo, BIOSIS. También se usan libros de texto académicos relacionados con la materia, así como páginas web, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Organización Mundial de la Salud, Asociación Española contra el Cáncer y Fundación Española de la Nutrición.

4 Resultados

Los pacientes que ya tenían problemas nutricionales previos a la hospitalización, tienen mayor riesgo de complicaciones, mortalidad más elevada y el tiempo de hospitalización aumenta. Los problemas nutricionales pueden conllevar a cataratas, sarcopenia, aumentar el riesgo cardiovascular, EPOC, disminución del sistema inmunitario y deterioro cognitivo.

Una buena situación nutricional antes de una intervención o de una hospitalización, depende de la alimentación previa. Es importante que el paciente consuma los alimentos adecuados a su situación dentro del hospital o de la institución, bien con alimentación convencional o con preparados adecuados a su enfermedad o problema.

En los ancianos las deficiencias nutricionales son más frecuentes, el proceso de envejecimiento lleva asociados cambios físicos, psíquicos, sanitarios y sociales. Con cambios en el sentido del gusto, se alteran las preferencias alimentarias y todo modifica el apetito. La dieta también influye en el estado de ánimo, hay alimentos que suben los niveles de serotonina y endorfina (alimentos altos en triptófano que es la sustancia que aumenta la serotonina, huevos, verduras, lácteos, semillas de girasol, legumbres, pescado azul como el salmón o el bonito, carne roja y cereales).

En cuanto a alimentación saludable (gran cantidad de beneficios con una dieta adecuada y equilibrada):

- Se deben aportar todos los nutrientes que necesita el organismo: Hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua.
- Deberá ser equilibrada: Los hidratos de carbono entre un 55% y un 60%, las grasas entre un 25% y un 30% y las proteínas entre un 12% y un 15%. Importante beber de 1,5 litros a 2 litros de agua al día.
- Tiene que ser suficiente: La cantidad de alimentos ha de ser la adecuada para mantener el peso en su normalidad.
- Tiene que ser variada: Diferentes alimentos de cada uno de los grupos (lácteos, frutas, verduras y hortalizas, cereales, legumbres, carnes y aves y pescados).

5 Discusión-Conclusión

Se deben aportar alimentos con un elevado valor nutricional y con las mejores cualidades organolépticas (sabor, color y textura), para que resulten apetecibles. Se debe poner énfasis en una nutrición correcta, para reducir riesgos de padecer enfermedades y deterioros, especialmente en sujetos institucionalizados y hospitalizados. También se debe vigilar que el estado nutricional no se deteriore y mejorarlo si es posible. Se recomienda una dieta variada según los hábitos alimentarios, preferencias y según las necesidades y problemática individual del paciente, así como es importante un control de horarios en las comidas.

6 Bibliografía

- Cabrera Padilla, Antonio María; Sanz Esteban, Miguel; Bárcena Rodríguez, Jesús. «La organización del cuerpo humano». Biología y Geología 1. San Fernando de Henares: Oxford University Press; 2011
- Tratamiento de la malnutrición grave. Ginebra. Documento de la OMS; 1999
- Moreiras O, Carbajal A, Cabrera L, Cuadrado C. Tablas de composición de alimentos. 15 ed. Ediciones Pirámide, S.A.;2011
- Vázquez Martínez, C. Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías alimentarias. En: Nutrición en Salud Pública. Royo Bordonada, M.A. (coordinador), Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007
- López Nomdedeu C. Influencia de la estructura social y familiar en el desarrollo de los hábitos alimentarios. En: Tratado de Nutrición. Hernández M, Sastre A (eds), pp. 1355- 1365. Díaz de Santos; 1999
- INE (Instituto Nacional de Estadística). Censos de Población y Viviendas; 2011

-Población residente en establecimientos colectivos. Madrid; 2013

Capítulo 291

LA DIABETES, SU ALIMENTACIÓN Y CUIDADOS

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad multifactorial, crónica y que puede ser autoinmune, donde los niveles de azúcar están altos en sangre debido a que el páncreas no sintetiza suficiente insulina. No llega a la que el cuerpo necesita. La insulina es la hormona del páncreas que hace que la glucosa entre en las células para darles energía. No se conoce su etiología exacta.

2 Objetivos

- Explicar qué es la diabetes, cómo se previene y como se minimiza.
- Identificar los síntomas, su diagnóstico y adecuado tratamiento.

3 Metodología

Se hace una revisión de varias bases de datos Elsevier, SciELO España, Google Académico, Lilacs, Cuiden y varias páginas web como Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Federación Española de Diabetes, Sociedad Española de Diabetes y Fundación para la Diabetes.

4 Resultados

Existen varios tipos de diabetes:

- En la diabetes tipo 1, el cuerpo no produce insulina debido a que el organismo ataca las propias células. Aparece sobre todo en niños y a veces en adolescentes.
- En la diabetes tipo 2, el cuerpo no produce o no usa la insulina de manera adecuada. Su incidencia aumenta con la edad. Se puede prevenir, siendo su mayor causa la obesidad.
- La diabetes gestacional que se desarrolla en embarazadas, la insulina aumenta para incrementar la energía de reserva. Desaparece tras el parto.
- Diabetes pancreopriva, por lesión del páncreas (extirpación quirúrgica o por una inflamación)
- Otros tipos de diabetes aparecen por causas genéticas o por el consumo de ciertos fármacos.

Cuando no hay insulina suficiente la glucosa permanece en la sangre descompensando los niveles y elevándolos. Un exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas en riñones y los nervios (neuropatía diabética) y también llega a provocar enfermedades cardíacas, accidentes cerebro vasculares, heridas crónicas con su a veces consiguiente amputación de miembros.

Síntomas, diagnóstico y tratamiento:

1. Síntomas:

- Mucha sed.
- Necesidad de orinar continuamente, incluso de noche (poliuria).
- Sensación de mucha hambre (polifagia).
- Visión borrosa.
- Pérdida de peso, a pesar de comer mucho.
- Infecciones fúngicas en la piel recurrentes.
- Cansancio.
- Hormigueo o entumecimiento de manos y pies.

2. Diagnóstico:

- Glucemia basal (en ayunas) mayor de 126 mg/dl.
- Glucemia al azar (en cualquier momento del día) mayor de 200 mg/dl, con síntomas típicos.
- Hemoglobina glucosilada mayor de 6,5 por ciento.
- Curva de glucemia con 75 g de glucosa, mayor de 200 mg/dl.

3. Tratamiento:

- Dieta para poder paliar los problemas y normalizar el azúcar.
- Cereales. Aportan hidratos de carbono de absorción lenta y fibra.
- Evitar la bollería.
- Consumir a diario aceite vegetal.
- Comer a diario verduras y hortalizas.
- Frutas frescas.
- Legumbre que aportan gran cantidad de fibra.
- Pollo o pavo sin piel y conejo.
- Pescados blancos, como azules.
- Leche y yogurt desnatado.
- Edulcorante artificial que no contenga calorías, aspartamo o sacarina.
- No consumir miel.
- No tomar bebidas alcohólicas.
- Ejercicio físico para normalizar la glucosa de una forma regular y controlada.
- Medicación. Insulina para la diabetes tipo 1, y un abanico terapéutico para la diabetes tipo 2.
- No fumar.
- Realizar controles médicos y analíticas periódicas.

5 Discusión-Conclusión

Con una analítica de sangre sabremos si padecemos diabetes, con lo cual es necesario hacerse analíticas rutinarias. La medicación en caso de que sea necesaria debe tomarse estrictamente. El ejercicio, el control de peso y hacer una dieta específica controlando las comidas permite controlar la diabetes.

6 Bibliografía

- American Diabetes Association. Estándares para la atención médica de la diabetes; 2015
- Fornos JA et al. Guía práctica de Atención Farmacéutica al paciente diabético. SEFAC. SED. Madrid: Edittec (Tecnología y Ediciones del Conocimiento SL); 2015
- Goday Arno A. Epidemiología y coste sanitario de la diabetes en el siglo XXI en España. Educación Diabetológica Profesional; 1999
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2008

Capítulo 292

ACTUALIZACIÓN PARA TCAE EN DONANCIÓN DE LECHE MATERNA.

ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ

1 Introducción

La lactancia materna es el ideal de alimentación para los bebés aportando todos los nutrientes que necesita para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente la mayoría de las mujeres son aptas para amamantar a sus hijos.

La OMS recomienda hacerlo durante los primeros seis meses de vida, especialmente en los bebés prematuros o de bajo peso. Cuando existen diversos problemas que impiden el amamantamiento por parte de la madre, la mejor opción es recurrir a la leche materna donada.

2 Objetivos

Determinar los beneficios que supone la leche materna frente a los riesgos de una alimentación artificial en recién nacidos hospitalizados que por diversos motivos carecen de leche de su madre y concienciar a la población para incrementar la donación de la leche materna.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los bancos de leche bajo estrictos controles de seguridad y siempre por prescripción médica, proporcionan leche materna para el desarrollo de prematuros y bebés de bajo peso, con problemas digestivos, intestinales, déficit inmunitario o cirugías del aparato digestivo, entre otras, ya que la leche materna es más fácil de asimilar y digerir, disminuye las infecciones y combate necrosis del intestino. Además, se pretende concienciar a la población de esta acción altruista y tan beneficiosa.

5 Discusión-Conclusión

El uso de leche del banco de leche es esencial, para aquellos prematuros que no pueden recibirlo de sus madres, consiguiendo su maduración y desarrollo, protegiéndolos de infecciones graves, mejorando la tolerancia y acortando el tiempo de hospitalización.

6 Bibliografía

- Larena Fernández I, Vara Callau M, Royo Pérez D, López Bernués R, Cortés Sierra J, Samper Villagrasa MP. Estudio de los efectos de la implantación de un banco de leche donada en los recién nacidos pretérmino en Aragón. *Enferm Clin* [Internet]. 2015;25(2):57–63.
- Asociación Española de Bancos de Leche Humana [Internet].
- Machado R da S, Campos Calderón CP, Montoya Juárez R, Schmidt RioValle J. Experiencias de donación de leche humana en Andalucía-España: Un estudio cualitativo. *Enfermería Glob*. 2015;14(1):114–24
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2017; 21-29, 46-59 p.
- Portal de Salud del Principado de Asturias. Banco de leche materna. Hospital Universitario Central de Asturias [Internet]. 2017.

Capítulo 293

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PARTO

ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ

1 Introducción

Dentro del servicio de un hospital, el TCAE puede desempeñar diferentes y varias funciones. En la mayoría de las ocasiones todo el equipo del personal sanitario se encarga de que tanto la mamá como el bebé se encuentren lo más cómodos y en las mejores condiciones posibles

2 Objetivos

- Conocer el trabajo del TCAE dentro del paritorio, proporcionando un entorno de trabajo correcto, saludable, relajado y en equipo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- La praxis sanitaria del TCAE consiste en:
 - . Generar ambiente de trabajo y tener el paritorio preparado para recibir a la paciente. Además tener todo lo necesario que en ese momento le pida su equipo.
 - . Adecuación de la paciente para ese momento, evaluando si ya ha sido previamente rasurada y preparada antes de la dilatación. Una vez de a luz, a parte de recoger el paritorio y limpiar el material para esterilizarlo.
 - . Una vez la mamá esté en la habitación, proporcionarle lo necesario para que esté limpia y cómoda, junto con su bebé en un principio nos encargamos de atenderlo en su higiene y cuidados básicos mientras no sea posible que lo realice la mamá. Si la paciente es primeriza y requiere nuestra ayuda o consejos para la lactancia materna, nos encargamos de aconsejar y ayudarla.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del TCAE es fundamental para complementar el equipo de trabajo en el paritorio, conociendo cada paso, el material y cada estancia para ayudar de la forma más dinámica al resto del equipo.

6 Bibliografía

- Procedimiento de actuación para la asistencia al parto [documento interno no publicado]. Hospital da Barbanza. Ribeira, 2013.
- Rodríguez Castaño M. Instrucción técnica para limpieza y desinfección de material del bloque quirúrgico y paritorio [documento interno no publicado]. Hospital da Barbanza. Ribeira, 2013.
- Fernández Raigada RI, Fernández Feito A. Satisfacción materna con el parto y el puerperio relacionada con la atención hospitalaria. Rev Paraninfo [internet]. 2014 [citado 16 mar 2018]; 20.
- Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among chilean women. J Midwifery Womens Health. 2017; 62(2): 196-203.

Capítulo 294

RIESGOS PARA LA SALUD DEL TCAE

EVA PEREZ GARCIA

1 Introducción

El trabajo del TCAE es una actividad realmente susceptible de presentar afectaciones psíquicas y sociales, la propia condición del trabajo ligado al sufrimiento ajeno puede desencadenar una serie de afectaciones en la salud importantes.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos a los que los TCAE nos exponemos, nos hará tener una mayor conciencia de los mismos y de esta manera poder evitarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es/>
- <https://prevencionugtandalucia.es>

- <https://www.mc-mutual.com/>
- <https://revistamedica.com>
- <https://www.insst.es>

Capítulo 295

FUNCIONES DEL TCAE DURANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

EVA PEREZ GARCIA

1 Introducción

Durante la intervención quirúrgica, el TCAE tiene una serie de funciones indispensables para su correcto desarrollo, enfermeras y médicos dependen del TCAE para el correcto desarrollo de la intervención.

2 Objetivos

Conocer las funciones a realizar por el TCAE durante una intervención quirúrgicas de relevante importancia para nosotros, para nuestros compañeros, y para el propio paciente, ya que en buena parte su seguridad depende de nuestro trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- <https://www.fp-santagema.es>
- <https://auxiliarenfermeria.es/funciones/>
- <http://www.aprendebytuaulaonline.es>
- <http://www.index-f.com/>
- <https://escoladofiscatalunya.com>

Capítulo 296

SALUD Y ENFERMEDAD. SALUD PUBLICA

MARIA VICTORIA GALLARDO FRA

1 Introducción

La definición más conocida de salud es la expresada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento de constitución: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Para superar las deficiencias de la definición de la OMS (es difícil alcanzar un bienestar completo y no tiene en cuenta que la salud es un proceso dinámico con cambios a lo largo del tiempo), Milton Terris, partiendo del concepto de la OMS, define salud como: “Estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no solo ausencia de enfermedades o afecciones”. Elimina el adjetivo “completo” y añade el aspecto objetivo, que puede medirse, de la capacidad funcional (realizar actividades habituales de la vida cotidiana: trabajar, estudiar, moverse, relacionarse con otros, jugar y divertirse, etc.). Además considera que la salud no es algo fijo ni estable, sino que es un proceso dinámico que puede cambiar.

En el extremo positivo, estaría la salud óptima, con el más elevado nivel de bienestar y la máxima capacidad funcional. En el extremo negativo, nos encontraríamos con el mayor grado de enfermedad y la muerte prematura, donde el nivel de malestar es muy intenso y la capacidad funcional es mínima o nula. Entre ambos extremos habría estados intermedios, con grados diversos de salud o enfermedad (y por tanto de bienestar/malestar y mayor o menor capacidad de

funcionamiento). En el centro queda una zona neutra, pues a veces es difícil diferenciar nítidamente y separar por completo salud de enfermedad, lo normal de lo patológico.

Dichos sobre salud:

- Tres cosas hay en la vida: salud, dinero y amor. (R. Sciammarella, canción popular).
- Un hombre sano es un hombre poco estudiado. (Murphy).
- La salud es un estado transitorio entre dos épocas de enfermedad y además no presagia nada bueno. (Churchill).

Enfermedad: podemos definir la enfermedad como un “trastorno del organismo que provoca malestar y/o alteración de las funciones normales”. En el estudio de enfermedades se emplean diversos términos técnicos, como los que comentamos a continuación.

- La etiología, que nos dice cuales son las causas de una enfermedad.
- Las manifestaciones clínicas, son señales que hacen visible la enfermedad. Pueden ser de dos tipos: síntomas y signos. o Los síntomas son manifestaciones subjetivas, sentidas y referidas por el paciente: dolor, mareo, falta de apetito... o Los signos son datos objetivos, detectados por los profesionales en la exploración: fiebre, tos, ictericia, etc.
- Las enfermedades agudas (gripe, infarto de miocardio,...) son de comienzo brusco, con manifestaciones clínicas llamativas y una rápida evolución.
- Las enfermedades crónicas (diabetes, sida,...) empiezan de forma paulatina, con manifestaciones poco claras; son de larga duración, con una evolución en general lentamente progresiva.

2 Objetivos

- Establecer los determinantes e indicadores de la Salud.
- Conocer y estudiar los conceptos-definiciones adaptadas a la realidad actual sobre salud, enfermedad así como de salud pública.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

DETERMINANTES DE LA SALUD:

La salud de los individuos y de los grupos de población no depende exclusivamente de un único factor, sino que intervienen numerosos elementos. Uno de los modelos más extendidos (modelo de Marc Lalonde), considera que influyen cuatro grupos de factores:

1. Biología humana: provienen de la estructura biológica, como por ejemplo la información genética, el sexo o la edad.
2. Medio ambiente: incluye un amplio número de factores, relacionados tanto con el medio físico y químico (T^a, grado de contaminación del aire o del agua, radiaciones, ruido, etc.), como el biológico (microorganismos como virus, bacterias, etc.) También es muy importante el medio social: características de la vivienda, entorno rural o urbano, tipo de trabajo, situaciones de pobreza, nivel educativo y cultural, etc.
3. Hábitos y estilo de vida: algunos pueden ser beneficiosos, como una alimentación variada y equilibrada, un nivel adecuado de actividad física y buenos hábitos de aseo personal y de descanso. Otros son claramente perjudiciales: fumar (el tabaco es una de las primeras causas de muerte evitable en el mundo), el consumo de alcohol, las drogas ilegales, el sedentarismo, el abuso de medicamentos, las conductas sexuales de riesgo o una alimentación desequilibrada (no tomar fruta ni verdura, consumir demasiadas grasas o comer en exceso, por ejemplo). En algunos casos, son difíciles de separar por completo del grupo anterior: por ejemplo, nuestra forma de comer depende mucho de la sociedad en la que vivimos, de la oferta de alimentos de la que disponemos, de nuestro horario laboral o de estudios, de factores publicitarios, etc. La OMS considera que este grupo de factores es el que más influye sobre la salud en los países desarrollados.
4. Sistema de asistencia sanitaria: puede mejorar el grado de salud si es de buena calidad, con un nivel adecuado de cobertura para la mayoría de la población y con un coste razonable. Por el contrario un sistema de baja calidad, que es demasiado costoso o que solo cubre las necesidades de una parte de la sociedad, así como los errores médicos o la falta de atención de enfermería o de asistencia dental, son factores que pueden ocasionar un deterioro del nivel de salud de la comunidad.

Solo los factores biológicos serían endógenos, propios del organismo de cada individuo y además es más difícil actuar de forma eficaz frente a ellos. Los demás son ajenos a cada persona y están muy condicionados por aspectos sociales, ya que no es posible en la mayoría de los casos solucionar los problemas medioambientales o la mala atención sanitaria mediante actuaciones individuales. Para ello se necesita generalmente de medidas que han de ser decididas y puestas en marcha por la sociedad, mediante acciones de salud pública.

SALUD PÚBLICA. INDICADORES DE SALUD:

La salud pública incluye el conjunto de actividades organizadas que la sociedad lleva a cabo para prevenir las enfermedades, proteger, mejorar y restaurar la salud de la población. La salud pública tiene un enfoque fundamentalmente colectivo y ha sido históricamente responsabilidad de los gobiernos, que se encargan de planificarla y organizarla.

Las actividades de salud pública pueden tener como finalidad cualquiera de las siguientes: o Protección de la salud: actuando sobre los factores relacionados con el medio ambiente (medidas de saneamiento ambiental) y controlando la calidad y seguridad del agua y los alimentos. o Promoción de la salud: proporcionando a la población los medios necesarios para controlar su propia salud y mejorarla. Actúan en especial fomentando hábitos y estilos de vida saludables. o Prevención de la enfermedad: procurando impedir la aparición de enfermedades, con actuaciones que recaen sobre los individuos. o Restauración de la salud: tratando enfermedades para recuperar cuanto antes la salud. Pueden incluirse la rehabilitación de cualquier posible secuela o invalidez y la reinserción.

El aspecto más exclusivo de la salud pública es la prevención, que se puede clasificar en tres modalidades: primaria, secundaria y terciaria.

- Prevención primaria: destinada a: disminuir la incidencia de una enfermedad en una población. Actúa sobre: las causas de la enfermedad antes de que ésta se inicie. Momento de actuación: sobre el individuo sano, antes del inicio de la enfermedad. Ejemplos: promoción del consumo de frutas y verduras, vacunaciones, etc.
- Prevención secundaria: destinada a: disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, acortando su evolución y duración. Actúa sobre: la detección precoz para aplicar rápidamente tratamientos que de este modo resultarán más eficaces. Momento de actuación: cuando una enfermedad ya se ha empezado a desarrollar, pero aún no presenta manifestaciones clínicas. Ejemplos: mamografía en mujeres mayores de 50 años, colonoscopia en personas con antecedentes fa-

miliares de cáncer de colon o recto.

- Prevención terciaria: destinada a: disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población, reduciendo al mínimo las invalideces consecutivas a la enfermedad. Actúa sobre: la enfermedad plenamente desarrollada, aplicando tratamientos eficaces, cuidados de enfermería y medidas de rehabilitación. Momento de actuación: cuando la enfermedad está desarrollada, con manifestaciones avanzadas. Ejemplos: cuidados de enfermería en pacientes en coma para prevenir úlceras por presión, educación sanitaria para promover el autocuidado de los pies en los diabéticos.

INDICADORES DE SALUD:

Son datos que permiten valorar el grado de salud de una población o reflejar algún cambio. Gracias a estos datos, podemos saber sobre una comunidad (ciudad, región o país):
o Si el grado de salud es mejor o peor que el de otra.
o Si ha evolucionado positiva o negativamente respecto a la situación de años anteriores.
o Identificar cuales son sus principales problemas sanitarios.

Podemos distinguir tres tipos de indicadores sanitarios (aunque existen otras clasificaciones):

- Indicadores del estado de salud.
- Indicadores relacionados con los determinantes de salud.
- Indicadores de los sistemas de salud.

Indicadores del estado de salud. Son los más clásicos, en especial los de mortalidad.

Entre otros están los siguientes:

- Tasa de mortalidad general: número de personas que mueren en una población determinada por cualquier causa a lo largo de un año. Suele expresarse por cada 1.000 habitantes (o por cada 100.000). $TM = M(\text{año}) / PT \times 1.000$. Siendo: TM = tasa de mortalidad. M (año) = Muertos en un año. PT = población total.
- Tasa de mortalidad específica por una enfermedad determinada: es similar a la anterior y se hallan para las principales causas de muerte (ej. enfermedades coronarias, diabetes, cáncer de pulmón, etc.) En estos casos, se suelen indicar por cada 100.000 habitantes. $TME = MCE / PT \times 100.000$. Siendo: TME = tasa de mortalidad específica. MCE = número de muertos por dicha causa. PT = población total. Sirve para determinar cuales son las enfermedades de mayor mortalidad en una población determinada.
- Tasas de mortalidad específicas por edad: se pueden calcular a cualquier edad. Suelen hacerse por grupos de cinco en cinco años. Una de las más importantes

es la tasa de mortalidad infantil.

- Tasa de mortalidad infantil: defunción de niños menores de un año entre los nacidos vivos multiplicado por 1.000. $TMI = M (< 1 \text{ año}) / NV \times 1.000$. Siendo: TMI = tasa de mortalidad infantil.

$M (< 1 \text{ año})$ = muertos menores de 1 año. NV = número de nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil indica el grado de desarrollo de un país. Cuanto menor sea esa tasa, mejores prestaciones sanitarias disfruta la población.

- Tasa de mortalidad materna: es el número de defunciones maternas entre los nacidos vivos al año multiplicado por 100.000. $TMM = DM / NV \times 100.000$. Siendo: TMM = tasa de mortalidad materna. DM = defunciones maternas. NV = número de nacidos vivos.

- Tasa de letalidad: es el número de defunciones por determinada causa entre los casos de enfermedad multiplicado por 100. $TL = M (ENF) / NumEnf \times 100$. Siendo: TL = tasa de letalidad.

$M (enf)$ = muertos por una enfermedad. NumEnf = número de enfermos.

- Índice de Swaroop (tasa de mortalidad proporcional): número de muertos mayores de 50 años entre el número total de defunciones y multiplicado por 100. $ISw = M (>50) / TM \times 100$

Siendo: ISw = índice de Swaroop. $M (>50)$ = muertos mayores de 50 años. TM = Total de muertos

Indicadores relacionados con los determinantes de salud: pueden ser muy diversos, a continuación se citan algunos de los utilizados en España:

- Víctimas de accidentes de tráfico: número de víctimas (heridos y muertos) de accidentes en los que está implicado un vehículo en movimiento producidos en un año.

- Prevalencia declarada de consumo de tabaco: porcentaje de personas de 16 o más años que se declaran fumadoras (entendiendo como tales, las que consumen tabaco a diario).

Tasa de abandono del hábito del tabaquismo: porcentaje de personas de 16 ó más años que se declaran exfumadoras desde hace menos de 10 años respecto al total de fumadoras y exfumadoras.

- Consumo de alcohol "per cápita": litros de alcohol puro que se consumen por persona al año (adultos, de 15 o más años, edad que suele usarse internacionalmente).

- Incidencia de accidentes de trabajo: número anual de accidentes de trabajo que causan baja laboral, expresados por 100.000 a la seguridad social.

- Tasa de enfermedades profesionales: número de casos de enfermedades profesionales declarados en un año por cada 100.000 habitantes.

Indicadores de los sistemas de salud: nos informan sobre el funcionamiento de los sistemas de asistencia sanitaria y sus recursos.

Algunos empleados en España, son:

- Ratio de médicos por población: número de médicos que prestan servicio en atención primaria y especializada por cada mil habitantes. Es similar al ratio de enfermeros por población.
- Pacientes en espera para pruebas diagnósticas: número de pacientes en lista de espera para una prueba diagnóstica determinada. Se expresa por mil habitantes. Otro indicador parecido es el de pacientes en espera de intervenciones quirúrgicas no urgentes.
- Gasto sanitario por habitante: gasto sanitario (público y privado) al año por cada habitante.
- Cobertura de vacunación: porcentaje de personas que han recibido la dosis recomendada de una vacuna (puede aplicarse a cualquiera de ellas), en el calendario de vacunación del Sistema Nacional de Salud.
- Ratio de camas hospitalarias en funcionamiento por población: número total de camas hospitalarias en funcionamiento en un año expresado por 100.000 habitantes.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el conocimiento de los aspectos abordados en este capítulo. Permitirán un adecuado conocimiento del problema real así como una mejora de todos los indicadores de atención sanitaria.

6 Bibliografía

- Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria. Macmillan profesional.
- Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria. Thomson – Paraninfo.

Capítulo 297

IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA INTRODUCCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN BEBÉS

ALICIA GUERRERO GONZALEZ

MAIRA MORILLO GONZALEZ

NOELIA MORILLO GONZÁLEZ

ARANZAZU APARICIO GARCIA

REBECA LONGARELA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La leche materna cubre las necesidades energéticas que un recién nacido necesita para crecer y desarrollarse adecuadamente (vitaminas, minerales, agua, etc) por tanto ningún otro alimento puede sustituirla. Por ello se recomienda mantener la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses. Pero a partir del sexto mes debemos iniciar la alimentación complementaria, ya que la leche materna no alcanza las necesidades nutricionales para su el correcto desarrollo del bebé, tales como hierro, zinc, vitamina A, vitamina C, etc.

El inicio de la alimentación complementaria debe hacerse de forma gradual, preferentemente a partir de los 6 meses, individualizando cada caso según su madu-

ración funcional y estado nutricional, y manteniendo la lactancia materna o leche de fórmula durante la transición. No debemos sustituir las tomas de lactancia materna o leche de fórmula, deben mantenerse como parte fundamental de la dieta por su aporte de calcio y ácidos grasos esenciales. El niño estará preparado para comenzar con la alimentación complementaria cuando observemos que muestra interés por la comida, que ha perdido el reflejo de extrusión, que es capaz de coger comida y llevarla a la boca, incluso que pueda mantenerse sentado.

La Asociación Española de Pediatría (AEP) recomienda esperar a los 6 meses ya que es cuando el organismo de los niños tiene la maduración necesaria a nivel neurológico, renal, gastrointestinal e inmune. en todo caso nunca hacerlo antes de los 4 mese, por conllevar riesgos innecesarios para el lactante.

2 Objetivos

- Evaluar la finalidad de la alimentación complementaria: aportar energía y nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño, crear hábitos de alimentación correctos, crear rutinas y hábitos alimentarios, contribuir al desarrollo fisiológico de las estructuras orofaríngeas y la masticación, estimular el desarrollo psico-emocional y sensorial y su integración a la dieta familiar.
- Estudiar las características de la alimentación complementaria deben cumplir con las denominadas leyes fundamentales de la alimentación que se resumen en cuatro palabras: completa, equilibrada, suficiente y adecuada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las características de la alimentación complementaria deben cumplir con las denominadas leyes fundamentales de la alimentación que se resumen en cuatro palabras: completa, equilibrada, suficiente y adecuada.

4 Resultados

- La alimentación juega un papel esencial en el desarrollo del niño. Durante el primer año, la lactancia materna, la introducción de alimentos nuevos y la transición a la comida de los mayores deben controlarse para evitar problemas de nutrición.

- Comenzar la alimentación complementaria entre los 4 y 6 meses no aporta beneficios y sí diversos riesgos, entre los que destacan los siguientes:

A corto plazo:

- Posibilidad de atragantamiento.
- Aumento de gastroenteritis agudas en infecciones del tracto respiratorio superior.
- Interferencia con la biodisponibilidad de hierro y zinc de la leche materna.
- Sustitución de tomas de leche por otros alimentos menos nutritivos.

A largo plazo:

- Mayor riesgo de obesidad.
- Mayor riesgo de eccema atópico.
- Mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 1.
- Mayor tasa de destete precoz.

Tampoco es adecuado comenzar la alimentación complementaria más tarde de los 6/7 meses ya que existen diferentes riesgos: carencias nutricionales, riesgos de alergias e intolerancias alimentarias, peor aceptación de texturas y sabores y mayor posibilidad de alteración de las habilidades motoras orales. La AEP ofrece unas pautas generales y recomienda especialmente alimentos ricos en hierro, zinc, e introducirlos de uno en uno con intervalos de unos días para observar la tolerancia y aceptación y sin añadir sal, azúcar o edulcorantes.

- Se pueden introducir las frutas y verduras pueden comenzar a formar parte de la dieta, de manera progresiva, a partir de los 5-6 meses de vida. Se aconseja introducir progresivamente toda la variedad de frutas y verduras disponible, en cualquiera de las comidas diarias, e ir variando también la forma de presentación (triturada, chafada, en pequeños trozos, etc.).

- Existe riesgo de carencia de hierro en niños con lactancia de hierro a partir de los 6 meses, por ello se recomienda iniciar cuanto antes el aporte de carne (pollo, pavo, vacuno, más adelante, cordero y cerdo), ya que constituye una importante fuente de hierro. Son fuente muy importante de proteínas de alto valor

biológico, aminoácidos y ácidos grasos esenciales, hierro, zinc y vitaminas, principalmente B12. Durante este periodo, nuestro pediatra puede considerar también la utilización de suplementos artificiales cuando haya riesgo de algún tipo de carencia de vitaminas o minerales, tales como la vitamina d (para lactantes que ingieren menos de 500ml/día de leche materna o de fórmula), el hierro, o flúor. El huevo es considerado el alimento con mayor valor biológico en sus proteínas; aporta además ácidos grasos esenciales, (DHA-ARA) hierro, luteína y vitaminas. La yema se puede iniciar desde los 6 meses de edad, y posteriormente la clara de huevo cocida en cantidades crecientes, debido al alto poder alergénico de la ovoalbúmina que contiene.

Actualmente, no existe un consenso sobre el mejor momento para introducir el gluten en la alimentación complementaria para disminuir la incidencia de la enfermedad celíaca. Hasta hace unos años se pensaba que la mejor forma de era junto a la LM, entre los 4 y 6 meses, pero actualmente no hay evidencia de que esto sea así, de modo que parece prudente hacerlo no antes de los 6 meses, ni después de los 7 meses de vida. Los riñones de los lactantes son demasiado inmaduros para manejar sobrecargas de sal, por eso no debe añadirse este condimento a la alimentación complementaria. En cuanto al azúcar, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es necesario limitar productos con elevado contenido de azúcares, como bebidas, zumos o batidos de frutas comerciales o postres azucarados.

- Se recomienda introducir el pescado a partir de los 9-10 meses, El pescado aporta proteínas de alto valor biológico, vitaminas, minerales como hierro, yodo, zinc, fósforo, sal y constituye una excelente fuente de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega 3 y 6, presentes sobre todo en el pescado azul, de importancia en el neurodesarrollo y por su efecto beneficioso al aumentar el HDL-colesterol. Alrededor de los 9-10 meses, se pueden dar yogures naturales de leche de vaca entera. supone una excelente fuente de proteínas, calcio y vitaminas. Además, favorece la absorción del calcio y regenera la flora intestinal gracias a su contenido de pre y probióticos.

Las legumbres aportan fibra, hidratos de carbono, proteínas y vitaminas, pero también un elevado contenido de nitratos, por lo que se recomienda introducirlas al final del primer año de vida, sobre los 11-12 meses, en pequeñas cantidades y, a ser posible, sin piel o pasadas por el pasapurés, para favorecer su digestión y evitar flatulencia. La leche de vaca se recomienda, en general, no introducirla hasta los 12 meses. A los 12 meses, el lactante ya puede consumir el mismo tipo

de alimentos que el resto de la familia, aunque teniendo especial cuidado con los sólidos con riesgo de atragantamiento, como los frutos secos enteros, que deberán evitarse.

5 Discusión-Conclusión

El inicio apropiado de los alimentos en el lactante establece las bases de una adecuada alimentación en el resto de la infancia y creará los patrones de alimentación del adulto

La nutrición es uno de los factores más importantes para un correcto crecimiento y desarrollo en el niño, además de para la prevención de posibles enfermedades posteriores.

6 Bibliografía

- “Lactancia Materna: Guía para profesionales“. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría
- OMS
- Academia Americana de Pediatría.
- ESPGAN (Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas).
- Folleto sobre alimentación complementaria de la Asociación Alba.
- Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría
- Recomendaciones nutricionales en la infancia. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría

Capítulo 298

PREVENCIÓN DE LA CANDIDIASIS VULVOVAGINAL EN EL EMBARAZO

JESSICA LÓPEZ CERNUDA

1 Introducción

La candidiasis es una infección causada por una levadura de la familia de las cándidas, la mas frecuente es la cándida albicans. Estas levaduras están presentes en el aparato digestivo y genitourinario.

Su función es mantener un equilibrio con el pH de nuestra flora intestinal y vaginal. Una serie de factores puede afectar de forma negativa y hacer que estas levaduras crezcan y nos causen la enfermedad. Durante el embarazo el alto nivel de estrógenos provoca que la vagina produzca más glucógeno lo que facilita el crecimiento de la cándida que se adhiere con mayor facilidad a la pared vaginal.

2 Objetivos

Determinar los factores que se deben evitar para que se produzca el crecimiento de la cándida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en la base de datos: Pubmed y página web de Biosalud, sobre la aplicación de antifúngicos naturales así como realizar una dieta específica.

4 Resultados

Factores que influyen y medidas para disminuir el crecimiento de hongos:

- Uso de productos de pH ácido, no agresivos y que no contengan perfumes para la higiene íntima. La limpieza debe ser al igual que el secado desde delante hacia atrás para evitar la propagación de microorganismos.
- Usar ropa interior de algodón que facilite la transpiración.
- Reemplazar el azúcar por edulcorante o miel.
- Aumentar el consumo de fibra.
- El yogur natural fortalece el sistema inmunitario y aplicado de forma tópica alivia el picazón causado en la candidiasis.

5 Discusión-Conclusión

La disminución de azúcares junto con una dieta rica en verduras y fibra dificulta que la cándida se multiplique y prolifere en nuestro organismo.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001511.htm>
- www.ginecanes.es
- www.mdsaude.com
- www.elsevier.es Vol. 27. Núm. 10 páginas 366-375 (Diciembre 2000)

Capítulo 299

CASO SOBRE CÁNCER DE PÁNCREAS.

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

SANDRA MUÑOZ GARCÍA

1 Introducción

El cáncer de páncreas es una enfermedad en la que se hayan células cancerosas en los tejidos del páncreas. Los síntomas más comunes son la ictericia y la pérdida de peso. Suele ser muy difícil de detectar y de dar un diagnóstico de forma temprana.

2 Objetivos

- Exponer caso clínico de paciente diagnosticado de neoplasia de cáncer estadio IV.
- Explicar medidas curativas y paliativas, según el estadio oncológico. El objetivo de la cirugía de páncreas es eliminar el cáncer, cuando la enfermedad está muy localizada. En el caso de que se haya extendido, será un tratamiento paliativo.

3 Caso clínico

Una mujer de 60 años que acude a urgencias por ictericia de horas de evolución, acompañado de una pérdida de peso notable desde hace unos 7 meses. En total ha adelgazado 9 kilos en ese tiempo. Refiere no tener ninguna alergia a medicamentos y niega tener hábitos tóxicos. Tiene hipertensión, dislipemia y depresión desde hace un año de evolución. Su tratamiento habitual: Simvastatina 20 mg,

omeprazol 20 mg, irbesartan 150 mg y paroxetina 20 mg. Ingresa consciente, colaboradora, orientada, y también hidratada. Ictericia en piel y conjuntiva. Tonos rítmicos sin soplos. Abdomen normal.

Eco de abdomen: dilatación de las vías biliares. Masa de 7 cm en región pancreática. Tac abdominal: Neoplasia pancreática con metástasis en el hígado.

En vista de las pruebas realizadas, se decide el ingreso en planta de digestivo para tratamiento. Ante la negativa de la familia a tratamiento con quimioterapia, se procede a descompresión biliar mediante cirugía, con colocación de catéter para aliviar la ictericia.

4 Resultados

- Informar a la familia y al paciente de su patología implica un estudio exhaustivo de la enfermedad que presenta.
- Evaluar el estado del paciente, debido a que el cáncer de páncreas es uno de los tumores más agresivos del aparato digestivo. La mayoría de pacientes mueren por esta enfermedad, ya que se diagnostica tarde, cuando ya no es curable, dado que invade precozmente estructuras vasculares vitales.

5 Discusión-Conclusión

La supervivencia global a los 5 años es del 1-2%. Sólo un pequeño porcentaje (10-20%) es reserachable. Por eso es tan importante que se diagnostique de forma temprana.

6 Bibliografía

- Eskander MF, Bliss LA, Tseng JK. Pancreate adenocarcinoma. 2016.
- Navarro S, Vaquero E, Maurel J, Bombí JA. Recomendaciones para el diagnóstico, la estadificación y el tratamiento del cáncer de páncreas (parte I). Med Clin 2010.

Capítulo 300

REPASO DE LOS SÍNTOMAS EN LA DEMENCIA.

TETYANA SEMENOVA

MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS

TANIA BORQUE CAICEDO

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Actualmente las demencias ocupan el tercer lugar de enfermedades causantes de muerte y que más gastos económicos generan para la sociedad, se piensa que para el 2025 se llegara a alcanzar los 42.2 millones de enfermos de demencia .

Entre las más habituales se encuentran las siguientes:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia por Cuerpos de Lewy.
- Demencia Vascular.
- Enfermedad de Parkinson.

Independientemente del tipo de demencia, sabemos que es un deterioro orgánico progresivo y crónico que produce la pérdida de las capacidades intelectuales hasta el grado de incapacitar a la persona para la vida cotidiana y que conlleva alteraciones de la memoria, del juicio, la atención, la conducta, la personalidad,

percepciones espaciales, lenguaje, pensamiento abstracto y otras funciones ejecutivas.

La enfermedad más común del deterioro cognitivo o demencia es el Alzheimer y aparece con gran incidencia en ancianos de sesenta y cinco años. Representa entre 60% y el 80% de los casos de demencia en el mundo. Es un trastorno progresivo, degenerativo e irreversible porque hace que las células del cerebro se degeneren y mueran, la enfermedad de Alzheimer, no es una consecuencia normal de envejecimiento.

La enfermedad se caracteriza por una progresiva pérdida de memoria, de la capacidad para razonar, pensar, comprender, orientarse y también pueden presentarse otros trastornos como: alucinaciones, confusión, delirio, depresión, trastornos del sueño, del apetito, de la sexualidad, de la movilidad y de la personalidad, a los que algunos autores se refieren como síntomas neuropsiquiátricos. Que hacen que esta enfermedad sea tan incapacitante y suponga una carga económica muy grande para la sociedad. El periodo de la enfermedad, puede ser corto, dos o tres años, a veces puede ser más largo, en algunos casos, el inicio es más precoz (antes de los sesenta y cinco años). Los precedentes familiares de una demencia similar con desarrollo más breve, hace que prevalezcan síntomas de lesiones en los lóbulos parietales y temporales. En los casos de inicio retardado, el desarrollo es más lento y se caracteriza por un daño más general de las funciones corticales superiores.

El deterioro cognitivo leve, conlleva un estado de avance y alto riesgo hacia la demencia, los profesionales, tienen que ser capaces de adelantar la detección y actuación más rápida. Los trabajadores de atención primaria de enfermería, son un escalón muy determinante en la localización precoz de la enfermedad, siguiendo y actuando sobre el deterioro cognitivo leve.

Se debe actuar con una valoración de los cambios que se han producido en la vida cotidiana, (vida social y familiar) por medio de algunas pruebas.

Las funciones cognitivas, pueden basarse en diferentes test de detección, como el Mini Mental State Examination (MMSE), cuestionario de Pfeiffer, escalas de isquemia de Hachinski y geriátrica de depresión (Yesavage) u otros similares.

En un estudio sobre la agrupación de síntomas conductuales y psicológicos de la demencia descubrieron que en los estudios que usaron el NIP como medidor, así como en otros estudios con medidores distintos al NIP estos síntomas podrían ser agrupados en cuatro bloques:

- Síntomas afectivos: disforia y ansiedad, que a veces también incluyen apatía, alucinaciones o problemas para dormir
- Psicosis: delirios y alucinaciones, que a veces también incluyen problemas para dormir o un comportamiento motor aberrante
- Hiperactividad: irritabilidad y agresividad, a veces también incluye comportamiento motor aberrante, desinhibición, ansiedad o euforia
- Euforia, a veces también desinhibición

2 Objetivos

- Diferenciar todos y cada uno de estos síntomas a fin de diagnosticarlos con certeza y poder administrarles un tratamiento adecuado.
- Definir los síntomas y luego identificar donde aparecen más estos grupos de síntomas en algunas de las demencias más conocidas y habituales: Demencia tipo Alzheimer (EA), Demencia Frontotemporal, Demencia Vascular , Demencia de Cuerpos de Lewy y Enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se hizo una búsqueda durante los meses de septiembre de 2019 a diciembre del 2019. Mediante una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud como: PubMed, DeCS, MEDES y SciELO Los idiomas búsqueda fueron el español y el inglés.

Fórmulas de búsqueda: las palabras clave utilizadas: Demencia, síntomas psicológicos y conductuales, Alzheimer, cambios del comportamiento, depresión, demencia vascular, demencia cuerpos de Lewy, Parkinson, vascular, frontotemporal. Los filtros usados para las búsquedas han sido los siguientes: PubMed: tipos de artículos: revisión, disponibilidad de texto: completo y gratuito, especies: humanos, fecha de publicación: la mayoría de las búsquedas se hicieron de artículos de los últimos 10 años.

Las dos publicaciones anteriores a esas fechas fueron encontradas a través de una búsqueda indexada y han sido revisadas para obtener referencias relevantes adicionales. También se hicieron búsquedas en la Biblioteca en línea de Wiley-CASPubMedweb of Science® Google Scholar y en el Google académico.

4 Resultados

Los síntomas analizados en la literatura científica y que corresponden con las demencias, que ayudan en su correcto diagnóstico, son:

- **Depresión:** Es una enfermedad, que cursa con un estado de profunda tristeza y desánimo. Presente en todo el mundo, indistintamente de la cultura y clase social, aunque estos y otros factores pueden ser decisivos en algunos aspectos, afecta especialmente a los grupos de edad avanzada, en los que se disparan los riesgos de sufrir otras enfermedades concomitantes como una enfermedad coronaria, derrame cerebral, cáncer y suicidio.

Se caracteriza por los siguientes síntomas: Sensación de cansancio, abulia, disminución de la motivación y el impulso vital, pérdida de apetito, aislamiento, rechazo de sí mismo, cambios bruscos de humor, crisis de llanto, alteraciones del sueño (o bien duerme en exceso o le cuesta dormir), baja autoestima, pesimismo, culpabilidad, sentimiento de frustración, pensamientos suicidas (depresión profunda), sentimientos de tristeza y desánimo desmesurados y de persistencia prolongada, dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones de importancia (problemas de memoria). El problema para diagnosticar la depresión surge porque la demencia enmascara los síntomas, el paciente pocas veces puede expresar lo que siente.

- **Apatía:** Es el síntoma más frecuente en la demencia, especialmente en la Enfermedad de Alzheimer, pues se da en todos sus estadios. Los pacientes presentan falta de interés, motivación, sentimiento, emoción o preocupación, que afecta a aspectos cognitivos y afectivos. Es importante diferenciarla de la depresión, en parte porque el tratamiento es distinto. Mientras en la apatía hay una falta de interés total sin manifestar angustia por ello, en la depresión cursa con miedo o irritabilidad. Parece ser que se da una mayor frecuencia de pacientes con apatía que con depresión en Alzheimer, y en la Demencia Frontotemporal. Y claramente, una relación directamente proporcional entre apatía y deterioro cognitivo en el Alzheimer y el Parkinson.

- **Agitación:** Es un estado continuado de inquietud, excitación o comportamientos repetitivos y exagerados, fuera del control, que no parecen tener un objetivo determinado, se caracteriza sobre todo por un aumento de la actividad. Se manifiesta frecuentemente con: gemidos, llantos, movimientos bruscos de brazos, deambulación con pasos rápidos, preguntas repetitivas, intentos de fuga, cambia de

lugar los muebles, se rasca o araña constantemente, se balancea con frecuencia, o frota las manos, hace ruidos sin una finalidad concreta. Suele ir acompañada de otros síntomas tales como confusión, taquicardia, palpitations, etc.

- Agresividad: Cualquier conducta agresiva física o verbal hacia otras personas o hacia sí mismo. Oposición o resistencia no justificada cuando se le trata de ofrecer la ayuda que necesita. La agresividad puede ir asociada a delirios, alucinaciones... así como determinados fármacos pueden estimularla. La dependencia física cada vez mayor, provoca frustración, impotencia e indefensión en estos pacientes, que les induce a reaccionar de forma agresiva cuando se les intenta prestar ayuda.

- Delirio y/o alucinaciones: El Delirio es una alteración mental que se caracteriza por una interpretación errónea de la realidad circundante, también puede acompañarse de desorientación espacio-temporal. Se produce una creencia ciega en una idea o suceso concreto. Hay una tendencia a darle vueltas una y otra vez de forma obsesiva a la idea delirante con el consabido desgaste psicológico que ello conlleva. Es un trastorno habitual y grave que afecta al 50% de las personas mayores en hospitalizadas, en gran parte de los casos está asociado a una mayor mortalidad, deterioro cognitivo y funcional. Las alucinaciones: Son productos originales de la mente del paciente, no existen en la realidad ni en el mundo externo que le rodea. Se trata de percepciones visuales, olfativas y/o auditivas, somáticas falsas.

Ansiedad: Sentimiento de miedo o de pérdida de control excesivo e injustificado, puede expresarse de forma gestual o motora. La ansiedad es en ocasiones difícil de discernir, porque puede pasar desapercibida cuando se manifiesta de forma motora, un paciente ansioso puede moverse para tratar de aliviar su malestar y esto puede ser percibido como un movimiento sin rumbo.

Trastornos del sueño: Los trastornos del sueño son especialmente comunes en los pacientes diagnosticados de demencia. En el caso de la Enfermedad de Alzheimer se calcula que dos tercios de las personas afectadas padecen problemas relacionados con el sueño, como siestas diurnas frecuentes, insomnio y ocaso del atardecer (es decir, agitación y comportamientos inadecuados nocturnos). Estos trastornos del sueño se asocian a un peor funcionamiento durante el día, aumento de la irritabilidad y agresividad, incluso en los pacientes con un estadio inicial de la enfermedad. Los estudios demuestran que el deterioro de los ciclos de actividad-descanso se inician pronto en las demencias y empeoran progresivamente a la par. Y a la inversa, los parámetros de sueño alterado, podrían indicar un mayor riesgo de desarrollar en el futuro la Enfermedad de Alzheimer, o al menos ser

un marcador temprano de dicha demencia. Es interesante destacar, que también sugieren que un descanso equilibrado puede proteger contra la enfermedad de Alzheimer.

Trastornos alimenticios: En pacientes con demencia pueden darse diversas situaciones que dificulten especialmente la necesidad de alimentarse: el paciente puede olvidarse de comer o pensar que ya ha comido, escupir lo que no le gusta, guardar y comer alimentos que ya se encuentran en mal estado, puede sufrir dificultades para tragar en estadios de demencia avanzados, realizar conductas repetitivas como mezclar compulsivamente distintos platos, etc. Para intentar facilitar en la medida de lo posible el mantener una buena alimentación se recomienda, entre otras cosas: mantener una rutina tanto en horarios como en el desarrollo de las comidas a la hora de preparar la mesa y servirlos, proporcionar un ambiente tranquilo, dejarle que coma sin apresurarlo y si el uso de cubiertos le resulta muy complicado permitirle usar las manos.

5 Discusión-Conclusión

Se demuestra la importancia de un descubrimiento de los síntomas de la enfermedad desde su comienzo, así como el seguimiento de los mismos por parte del personal sanitario de atención primaria.

Los síntomas se den prácticamente en todas las demencias, podemos remarcar cómo algunos tipos de demencia están especialmente asociados con ciertos comportamientos. Uno de los síntomas más frecuentes en la Enfermedad de Alzheimer es la apatía, que no se debe confundir con depresión, la cual es más común en la Demencia Vasculosa. Las alucinaciones y delirios se ven con más frecuencia en la demencia con cuerpos de Lewy que en la enfermedad de Alzheimer. Las personas con Demencia Frontotemporal a menudo exhiben comportamientos típicos de la pérdida de control ejecutivo, como la desinhibición, el deambular, la inadecuación social y la apatía.

Y como hemos mencionado en párrafos anteriores, debemos destacar que todos estos síntomas no se dan de forma aislada, sino que suelen solaparse unos con otros, convirtiéndose muchas veces en causa y efecto unos de otros.

Los cambios degenerativos en el cerebro, se demuestran mediante anatomía patológica y también mediante una tomografía computarizada, aunque en la actualidad esta enfermedad de desarrollo progresivo, no tiene tratamiento conocido,

y por eso, en general, su tratamiento, se basa en la mejora de la calidad de vida del enfermo y el retraso de la enfermedad mediante fármacos.

6 Bibliografía

- Ahunca Velásquez LF. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas Beyond Cognitive Impairment: Neuropsychiatric Symptoms in Neurodegenerative Dementias. Revista Colombiana de Psiquiatría
- Bang J, Spina S, Miller BL. (2015 24 de octubre). Demencia frontotemporal. Lanceta, 386 (10004), 1672-82. Mayo 2019, De PMC Base de datos.
- Cerejeira J., Lagarto L, & Mukaetova-Ladinska EB. (2012). Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia. Neurol delantero. 3, 73. Abril 2019,
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA & Gornbein J. (Diciembre de 1994). El Inventario Neuropsiquiátrico: evaluación integral de la psicopatología en la demencia. Neurología., 44 (12), 2308-14. Abril 2019,
- Finkel SI, Costa y Silva J, Cohen G, Miller S & Sartorius N. (1996). Revisión de los signos y síntomas conductuales y psicológicos de la demencia: una declaración de consenso sobre el conocimiento actual y las implicaciones para la investigación y el tratamiento. Int Psychogeriatr, 8 supl 3, 497-500. Mayo 2019,
- Galasko D. (Mayo 2017). Trastornos del cuerpo de Lewy. Neurol Clin, 35(2), 325-338. Mayo 2019,
- García R., Villanueva C., Del Val J & Matías-Guío J. (2010). Apatía en la enfermedad de Parkinson. Neurología, 25(1), 40-50. Mayo 2019
- Guerra, M A; LLibre, JC & Perera, Elianne. (2009). Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8 N° 1
- Gurwitz JH, Sánchez-Cross MT, Eckler MA & Malutis J.. (1994). Las epidemiología de eventos adversos e inesperados en el entorno de atención a largo plazo. J Am Geriatr Soc , 42, 33-38. Abril 2019,
- Hall CA & Reynolds-llii CF (2014). Depresión tardía en el entorno de atención primaria: desafíos, atención de colaboración y prevención. Maturitas, 79 (2), 147-152. Abril 2019,
- Holmberg, SK. (1997). Evaluación de una intervención clínica para vagabundos en una unidad de enfermería geriátrica. Arch Psychiatr Nurs , 11, 21 de-28 de. Mayo 2019,
- Hope T, Keene J, McShane RH, Fairburn CG, Gedling K & Jacoby R. (2001). Deambular por la demencia: un estudio longitudinal. Int Psychogeriatr, 13, 137 - 147.

Abril 2019,

- Kalaria RN, Akinyemi R & Ihara M. (2016). Lesión por accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo y la demencia vascular. *Biochim Biophys Acta*, 1862(5), 915-925. Mayo 2019,
- Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. (2015). Evaluación y manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia. *BMJ*, 350, h369. Mayo 2019,
- Kiely DK, Morris JN & Algase DL. *Int J Geriatr Psychiatry*. (2003). Características de los residentes asociadas con el deambular en hogares de ancianos. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15, 1013 - 1020. Mayo 2019
- Kratz T. (Junio 2017). El diagnóstico y tratamiento de los trastornos del comportamiento en la demencia. *Dtsch Arztebl Int*, 114 (26), 447-454. Mayo 2019,
- Lachs MS, Becker M, Siegel AP, Miller RL & Tinetti ME. (1992). Delirios y trastornos del comportamiento en personas mayores con deterioro cognitivo. *J Am Geriatr Soc*. 40, 768- 773. Abril,
- Nowrangi MA, Lyketsos CG, Rosenberg PB. (2015). Principios y manejo de los síntomas neuropsiquiátricos en la demencia de Alzheimer. *Alzheimers Res Ther*, 7(1), 12. Mayo 2019,
- Pérez A & González S. (2018;). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 33(6), 378-384. Mayo 2019,
- Reitz Christiane & Mayeux Richard. (2014). Enfermedad de Alzheimer: epidemiología, criterios de diagnóstico, factores de riesgo y biomarcadores. *Biochem Pharmacol*, 88 (4), 640-651. Mayo 2019,
- Titova N, Padmakumar C, Lewis SJG & Chaudhuri KR. (2017). Parkinson: ¿un síndrome más que una enfermedad?. *Transmisión Neural J (Viena)*, 124 (8), 907-914. Mayo 2019,
- Van der Linde RM1, Denning T, Matthews FE & Brayne C. (Junio 2014). Agrupación de síntomas conductuales y psicológicos de la demencia. *Int J Geriatr Psiquiatría*, 29 (6), 562-568. Mayo 2019
- Wennberg AMV, Wu MN, Rosenberg PB, Spira AP. (Agosto 2017). Alteración del sueño, deterioro cognitivo y demencia: una revisión. *Semin Neurol*, 37 (4), 395-406. Mayo 2019

Capítulo 301

CUIDADOS DE LOS PIES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

ANA MARÍA GRUESO CARRIO

MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA

ANGELES PEREZ SANCHEZ

ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA

1 Introducción

El pie es una de las partes más complejas del cuerpo y también una de las más olvidada y menos cuidada. El dolor permanente en los pies puede llevar a una incapacidad de la persona para realizar sus actividades normales de la vida diaria.

En muchas ocasiones el criterio para institucionalizar a un anciano en un centro, es que pueda caminar o no. Por lo tanto, el cuidado del pie anciano es tan importante para su salud y para su capacidad de movilidad y relación que debería estar incluido en todos los programas de atención geriátrica.

2 Objetivos

La atención podológica del anciano tiene tres objetivos:

- Limitar la invalidez.
- Mantener la máxima funcionalidad durante el mayor tiempo posible.
- Restaurar al máximo la función perdida .

De esta manera se aumenta el bienestar social del paciente anciano, se mantiene al máximo su papel activo dentro de la sociedad y así se retrasa la institucionalización y se reduce la posibilidad de complicaciones médicas.

3 Metodología

Algunos estudios con evidencia científica, afirman que la educación sobre medidas preventivas y autocuidados del pie son eficaces en cuanto a los conocimientos y hábitos adquiridos por la persona, y si se puede afirmar con total firmeza que la prevención es el primer paso para evitar complicaciones.

4 Resultados

- El aseo correcto de los pies y su cuidado ayuda a limitar la invalidez.
- Realizar ejercicio físico de forma regular ayuda a mantener la funcionalidad de los pies
- La revisión semestral por el podólogo es recomendable para restaurar la función perdida.

En los resultados influyen ciertos factores como la edad, el sexo, el nivel intelectual, independencia personal, etc. Éstos pueden ser óptimos, aceptables o insuficientes, dependiendo de la actuación de cada uno en la metodología a seguir.

5 Discusión-Conclusión

Para conseguir estos objetivos, es recomendable acudir al podólogo al menos de forma semestral y cada vez que se observe algún tipo de anomalía o disfunción. El pie geriátrico debe examinarse con mucha frecuencia para buscar zonas de irritación, inflamación, ampollas, cortes o úlceras. Se recomienda hacer ejercicio físico o mover con frecuencia los dedos para favorecer la circulación sanguínea.

El lavado diario de los pies es imprescindible, para ello se empleará agua templada y jabón suave. Se pondrá especial interés en la zona interdigital. El secado debe ser minucioso, especialmente en esa zona, porque la humedad favorece el crecimiento de hongos. Las uñas se cortarán tras el lavado, se cortarán rectas y se limarán en los laterales.

El calzado debe ajustarse al pie, intentando que la suela sea antideslizante y la punta ancha. Se recomiendan hormas o zapatos especiales si se padece alguna deformidad en el pie.

Algunos estudios con evidencia científica, afirman que la educación sobre medidas preventivas y autocuidados del pie son eficaces en cuanto a los conocimientos y hábitos adquiridos por la persona, y si se puede afirmar con total firmeza que la prevención es el primer paso para evitar complicaciones.

6 Bibliografía

- GEROKOMOS, revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España.

Capítulo 302

LA PIRÁMIDE ALIMENTICIA PARA UNA DIETA SALUDABLE

ANDREA GARCIA FLOREZ

JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS

1 Introducción

En la pirámide alimenticia encontraremos todos los alimentos que comemos clasificados. Esta clasificación será por frecuencia y por función. En la base de la pirámide encontraremos los alimentos que debemos comer en cantidad y en la parte de arriba estará lo que menos debemos comer.

Si tomamos la pirámide como ejemplo para comer a diario estaremos haciendo una dieta buena y equilibrada .

2 Objetivos

- Interpretar la pirámide alimenticia .
- Identificar alimentos que están dentro de la pirámide alimenticia .
- Enumerar lo que desechamos de la pirámide .
- Analizar consejos a incluir en una dieta saludable .

3 Metodología

Revisión de referencias sobre la pirámide nutricional de los últimos 10 años. Bases de datos usadas Plumed y Dialnet. Descriptores utilizados “dieta saludable”

“pirámide nutricional” .

4 Resultados

Interpretación de la pirámide:

Con la pirámide alimenticia podemos encontrar diferentes partes, donde empezaremos por explicar que la parte baja corresponde a los alimentos que mas podemos consumir y cuanto mas arriba los que menos. Así que los que mas debemos consumir ocupan un mayor espacio en esta pirámide. También tenemos que tener en cuenta que deberemos elegir la versión menos procesada en todos los niveles de la pirámide.

Identificación de alimentos dentro de la pirámide:

El agua será lo mas importante para estar bien hidratado y la elegiremos como bebida habitual. Se recomienda beber aproximadamente dos litros diarios si no se tiene algún tipo de patología y/o contraindicación. Vegetales, verduras, hortalizas y frutas ocupan el grueso de los productos que mas debemos consumir. A esto añadiremos las legumbres, las patatas, los frutos secos, el aceite de oliva, y los alimentos con cereales integrales. Todos estos alimentos tienen efectos positivos para nuestra salud.

Alimentos de origen animal. Aquí los mas importantes serán el pescado y los lácteos; también estarán incluidas, siempre en menor cantidad semanal, las carnes magras y los huevos.

Vértice de la pirámide. Aquí vamos a meter los productos de origen vegetal y animal que debemos limitar semanalmente entre los que encontramos la carne roja.

Análisis de lo desechamos de la pirámide

Todos los alimentos que están incluidos dentro de la pirámide están aceptados, aunque unos sean en menor medida que otros (hablando semanalmente). Podemos darnos cuenta que hay productos que no encontramos dentro de la pirámide.

Esto quiere decir que lo ideal seria consumirlos en muy contadas ocasiones. Dejándolos casi fuera de nuestra dieta. Aquí incluiremos:

- Bebidas azucaradas como podrían ser los refrescos y los batidos.
- Bebidas alcohólicas y destiladas.
- Embutidos y carnes procesadas.
- comidas rápidas y productos ultra-congelados y ultra-procesados.

-Alimentos ricos en azúcares, chocolates, galletas, pasteles, etc.

Consejos para una dieta equilibrada

- Habrá que basar las comidas en verduras, hortalizas y frutas.
- Reduciremos el consumo de alimentos de origen animal.
- Elegiremos el agua como número uno de las bebidas aunque podremos incluir infusiones incluso café (en poca cantidad) decidiendo siempre no endulzar con azúcar.
- A veces nos llamará la comida rápida, pero tenemos que saber y comprender que no aporta nada bueno nuestra saludable.
- Intentaremos decidirnos por la opción mas sana posible en cualquiera de los alimentos, por ejemplo, carne magra en lugar de roja.
- Variedad, ya que si comemos muy monótono acabaremos por elegir cosas no muy saludables.
- Comer sin distracciones, comer tranquilo y sentado, sin televisión ni teléfono móvil cerca.
- Comer despacio y masticando bien los alimentos ayudara a nuestra digestión.
- Marcarse objetivos, por ejemplo, reduciendo al máximo la carne roja y comiendo 2 piezas de fruta al día
- Mantenerse activo, con al menos 30 minutos de ejercicio diario.

5 Discusión-Conclusión

Con la pirámide alimenticia podremos entender a la perfección la dieta que la población debería seguir con un índice bajo en colesterol y grasas saturadas, moderar sal y azúcar y aumentar las cantidades de fruta y verduras. Elegir siempre como bebida principal el agua, con lo que tendremos una buena hidratante. Seguir unas pautas mínimas en nuestras costumbres nos ayudara mucho para conseguir nuestro objetivo. Así que podremos decir que la pirámide nos indica las raciones diarias que junto con el deporte es la clave para llevar una dieta saludable.

6 Bibliografía

- <http://codinan.org>
- <http://www.aecosan.msssi.gob.es>
- <http://www.juntadeandalucia.es>
- <http://www.valencia.es>

- <http://www.fao.org/3/i5640es/I5640ES.pdf>
- <https://www.ucm.es/>
- <https://www.aepap.org/>
- <https://piramidealimenticia.es/>
- <https://www.osakidetza.euskadi.eus>

Capítulo 303

MADRE-CANGURO: CONTACTO PIEL A PIEL, UN MÉTODO CON MUCHOS BENEFICIOS

YOLANDA PATALLO GARCIA

MARTA PATALLO GARCIA

FÁTIMA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Es una técnica que se basa en el contacto piel a piel continuo, prolongado y sin horarios entre la madre y el bebé. Esta inspirada en los marsupiales que nacen inmaduros y continúan creciendo fuera del útero, dentro de la bolsa hasta que crecen.

Este método comenzaron a aplicarlo los doctores Rey y Martínez en Bogotá en 1978 como alternativa a la escasez de incubadoras. Pensaron que sería lo más parecido a estar en el vientre materno. En la actualidad se utiliza como un método complementario a las incubadoras y pone de manifiesto que repercute en el control de la Temperatura, la lactancia materna y el desarrollo de vínculos afectivos al margen del peso, edad gestacional y situación clínica.

Las principales características del programa método madre canguro son:

- Contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado entre madre-bebé.
- Lactancia materna exclusiva.
- Se inicia en el hospital y puede continuarse en casa.

- Los bebés pequeños pueden recibir el alta en un plazo breve.
- Las madres en casa precisan de apoyo y seguimientos adecuados.
- Se trata de un método amable y eficaz.

Según la OMS, “el método madre canguro” es la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel con piel con su madre.

Según la Asociación Española de Pediatría este método consiste en tener al bebé semidesnudo o vestido únicamente con el pañal, en contacto directo piel con piel sobre el pecho descubierto de su madre o padre, en posición canguro. Se pretende que esta situación se mantenga durante el mayor número de horas posibles al día, en beneficio del bebé.

2 Objetivos

- Determinar los beneficios que aporta a los padres y al bebé para garantizar y ofrecer una atención de calidad, seguridad y bienestar.
- Conocer cómo se lleva a cabo la técnica

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, bases de datos tales como Scielo en los que aparecían textos sobre el método canguro. Las bases consultadas han sido: Scielo, Medline, Pubmed, Google Académico, DECS.

Las palabras seleccionadas en la base de datos Scielo fueron: bebé prematuro, método canguro, lactancia materna.

Se han seleccionado artículos en los que se incluyen sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Es un sistema basado en el contacto piel con piel entre el recién nacido, sea prematuro o no, con la de sus padres. Los profesionales sanitarios lo recomiendan por sus enormes beneficios tanto para el bebé como para la madre.

BENEFICIOS FÍSICOS:

- Los bebés al estar en contacto con su madre conservan una temperatura óptima.

- Mayor estabilidad de las constantes vitales, porque posee una regulación de la temperatura corporal.
- Período de sueño más largo.
- Favorece la lactancia materna.
- Mejora el ritmo cardíaco.
- Normaliza el ritmo respiratorio.
- Reduce las infecciones nosocomiales.
- Mejora la digestión y disminuyen los cólicos.
- El bebé gana peso y se recupera más rápido.

BENEFICIOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES:

El bebé encuentra en su madre su hábitat natural, refugio y comida. Todo esto proporciona:

- Favorecer el vínculo afectivo-emocional con sus padres.
- Se sienten más seguros y protegidos.
- Mejora el desarrollo mental.
- Reduce el llanto. Tiene sueños más tranquilos y profundos.
- Mejora el desarrollo psicomotor, disminuye la apneas y mejora el sistema inmunario.

BENEFICIOS A CORTO Y LARGO PLAZO

- Mayor desarrollo del cerebro a nivel cognitivo.
- Maduración del sistema nervioso.
- Mejor canalización del estrés, haciendo que esté disminuya.
- Un vínculo más fuerte con su madre.

BENEFICIOS PARA LOS PADRES

- Estimula la lactancia materna.
- Fortalece los lazos afectivos.
- Protección y seguridad para el bebé.
- Recuperación del postparto en menor tiempo.

Metodología del procedimiento, ¿EN QUÉ CONSISTE LA TÉCNICA?

Para poder llevar a cabo la técnica piel con piel el personal debe estar bien formado en el método madre canguro y en lactancia materna para poder ayudar y apoyar a la madre y al niño. Cuando se lleve a cabo la primera sesión el niño debe de estar preparado para ello y la madre debe estar tranquila, no tener prisas y llevar ropa que pueda el abrirse por delante.

Se le explicara a la madre lo que tiene que hacer y como y a su vez se le comentaran las ventajas que tiene esta técnica.

El niño debe de estar desnudo, sólo llevara un pañal, patucos y gorro. Se coloca entre los pechos de la madre en posición vertical tocando su pecho con nuestra piel. La cabeza del niño debe estar de lado y levemente extendida para facilitar la respiración. Las caderas deben de estar flexionadas al igual que los brazos y las piernas extendidas adoptando una posición similar a la de una rana.

El niño se sujeta a la madre con una banda de tela para que pueda realizar cualquier movimiento sin que exista la posibilidad de que pueda caerse.

5 Discusión-Conclusión

Recomendamos la práctica de esta técnica porque es un método seguro y que el bebé tolera, favoreciendo tanto el bienestar de la madre como del bebé.

El método canguro es económico, eficaz y de fácil aplicación que fomenta la salud de los recién nacidos prematuros y aporta beneficios a ambas partes. Es un método avalado por pediatras y enfermeras especialistas en neonatología muy recomendable para los bebés sanos e imprescindible en bebés prematuros.

Acorta la estancia en el hospital porque ayuda a que el recién nacido gane peso más rápido y se reduzcan las infecciones. Es muy importante contar con un buen equipo de profesionales que puedan informar, guiar y ayudar a los padres para conseguir el mayor beneficio.

6 Bibliografía

- Beneficios del método canguro-blog de crianza alternativa.
- Beneficios del método madre canguro para bebés prematuros.
- Contacto piel con piel. Los beneficios del método canguro.
- Cuidados neonatos: método canguro. Guía práctica (OMS).
- Cuidados madre canguro/red canguro: Asociación Española por el Fomento del uso de portabebés.
- Método madre padre canguro Asociación Española de Pediatría.
- Método madre canguro. Guía práctica. Departamento de Salud Reproductiva e investigaciones conexas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Nutrición Infantil. Acta Pediatr Esp. 2007; 65(6): 286-291

Capítulo 304

CUIDADOS POR TCAE EN LA HIGIENE BUCODENTAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

MARÍA JOSÉ PAJARES CANTELI

1 Introducción

En la cavidad oral viven cantidad de patógenos que con frecuencia con los causantes de la lenta recuperación del paciente. Los pacientes con problemas en la deglución el cuidado de la higiene bucodental es importantísima ya que gran parte de los pacientes con disfagia orofaríngea aspiran sus propias secreciones.

Los cuidados higiénicos bucodentales por parte de TCAE son fundamentales para prevenir infecciones y neumonías por aspiración.

Hay unos factores de riesgo a tener en cuenta:

- Presencia de caries.
- Número de piezas dentales funcionales.
- Enfermedades periodontales con bolsa periodontales.
- Presencia de placa dental.

2 Objetivos

- Conocer y realizar una buena higiene bucodental al paciente hospitalizado.
- Identificar los beneficios de la higiene en el paciente hospitalizado.
- Prevenir con una buena higiene bucodental las infecciones respiratorias y neumonías por aspiración y la proporción de bienes y confort para el paciente.

- Concienciar al paciente, familiares y personal de enfermería la importancia de una buena higiene bucodental.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos y una selección y revisión de artículos científicos y otros documentos originales relacionados con el tema fue realizada en base a la higiene, cuidados básicos y comodidad del paciente hospitalizado.

Un estudio realizado por “ Investigación y Educación en Enfermería” a través de un cuestionario a los TCAE sobre la práctica de la higiene bucal y prótesis en pacientes dependientes los datos fueron comparados por el método test chi-cuadrado de Pearson.

4 Resultados

- Los pacientes hospitalizados dependientes afirman haber recibido formación sobre higiene bucal un 92,6% y sobre prótesis un 83,3%, pero reconocen que el 51,9% de los TCAE no realizar dicho cuidado.
- Una buena higiene bucodental provoca en el paciente una sensación de bienestar, mejorando la relación paciente –TCAE. Los cuidados relacionados con la higiene son actividades fundamentales que desempeñan TCAE y valorados por los pacientes hospitalizados.
- La concienciación y prevención de enfermedades fruto de la mala higiene bucodental es tarea inherente al TCAE. La realización de cuidados básicos para TCAE son funciones propias de su rol y la no realización o se delegación puede ocasionar daño a los pacientes hospitalizados. TCAE para realizar los cuidados de higiene bucodental dispondrá de los siguientes materiales:
 - Cepillo de dientes suave, crema dentífrica y limpiador de lengua.
 - Colutorio.
 - Suero fisiológico.
 - Gasas no estériles.
 - Depresor lingual.
 - Vaselina.
 - Aspirador.

- Sondas de aspiración.
- Guantes no estériles.
- Batea.
- Toalla.
- Empapador.

Según el tipo de paciente hospitalizado se procederá a realizar la higiene bucodental: o paciente autónomo.

La función de TCAE irá dirigida a informar como realizar una correcta higiene bucal y proporcionar los enseres necesarios, respetando que aporte el propio paciente. o paciente consciente y autonomía limitada.

- Informar al paciente sobre el procedimientos que vamos a realizar.
- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Colocar al paciente sentado o en posición de Fowler si se encuentra encamado.
- Crear un ambiente en el que el paciente se vaya a sentir comodo, un clima de intimidad.
- Si el paciente es portador de prótesis dentales se el retirarán con unas gasas antes de proceder a la limpieza de la cavidad bucal.
- Cepillar los dientes con el cepillo y crema delta.
- Limpiar la lengua mediante barrido de dentro a fuera.
- Facilitar un vaso con agua para el aclarado de la boca y después un enjuague con colutorio no alcohólico.
- Secar loslabios y zona circundante insistiendo en las comisuras.
- Aplicar hidratación en los labios.
- Ayudar al paciente a colocarse la dentadura.

Paciente con bajo nivel de consciencia

- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Aspirar secreciones bucofaríngeas si precisa.
- Girar la cabeza del paciente hacia un lado, colocando un empapador debajo de la misma.
- Abrir la boca del paciente con la ayuda de un depresor, retirar prótesis dentales, cepillarlas y dejarlas en agua con pastillas desinfectantes si precisa para facilitar la limpieza de encías, mucosa y lengua, utilizaremos una pinza con torunda empapada en colutorio no alcohólico.
- Limpiar la lengua de dentro a fuera con un limpiador y repetir se fuese necesario.
- Secar y aplicar hidratación en los labios.

Los procedimientos de cuidados de higiene bucodental se realizaran después de cada comida, y siempre que se precise.

5 Discusión-Conclusión

En el estudio realizado a TCAE sobre si realizan el cuidado de higiene bucal , reconocen que debido a la sobrecarga y el turno de trabajo no realizan dicha función. Tanto el personal de enfermería, familiares, cuidadores y pacientes tienen que ser conscientes que hay un problema bucodental y no se puede dejar a un segundo plano por causa de la enfermedad del paciente.

El personal de enfermería deben trabajar con protocolos de actuación que garanticen una correcta higiene bucodental de los pacientes hospitalizados. Todo personal de enfermería debe asegurar que las necesidades de higiene de los pacientes hospitalizados se cumplan.

Realizar procedimientos de higiene al paciente son cuidados básicos a realizar por TCAE.

6 Bibliografía

- Revista de Calidad Asistencial. 2007
- Salud Oral en Pacientes Adultos Mayores del Programa de Postrados. Cesfam los Volcanes n° 23- 2012.
- Artículo “La actualización del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados” 2005
- <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes>. Abril 2005

Capítulo 305

ALTERACIONES EN LA ALIMENTACIÓN: ANOREXIA NERVIOSA.

GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ

EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE

ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA

1 Introducción

La anorexia nerviosa se trata de una enfermedad de origen mental que consiste en un trastorno de la conducta alimentaria y se caracteriza por el desarrollo de alteraciones anormales en sus hábitos alimentarios y en su estado de nutrición hasta considerar dicho desorden en una actitud, un comportamiento o un sentimiento muy extremo en relación a la comida y el peso.

La anorexia nerviosa es considerada como la tercera enfermedad crónica más común entre adolescentes mujeres y declarado trastorno de salud mental prioritario para niños y adolescentes.

2 Objetivos

- Evaluar de manera multidisciplinar el manejo de pacientes con anorexia nerviosa.
- Identificar el objetivo global del tratamiento en pacientes con anorexia nerviosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Lo más importante en el tratamiento de un trastorno es reconocer y abordar el problema lo antes posible, desde el punto de vista multidisciplinar: psiquiatría, enfermería y TCAE, ya que el daño que puede causar al cuerpo y la mente si no reciben tratamiento, puede ser irreversible
- El objetivo global del tratamiento es la corrección de la malnutrición y los trastornos psíquicos del paciente, para lo que se pretende alcanzar un aumento de peso saludable acorde a la recuperación de hábitos alimenticios.

5 Discusión-Conclusión

El paciente anoréxico experimenta un miedo intenso al aumento de peso a pesar de que éste disminuya cada vez más y de manera alarmante, llegando incluso a un grado de desnutrición alarmante.

El tratamiento ambulatorio se considera eficaz cuando se detecta de manera precoz, no hay episodios de bulimia ni vómitos, y existe un compromiso familiar de cooperación. El ingreso en centro médico es necesario cuando la desnutrición es muy grande y hay alteraciones en los signos vitales.

Además, son muchos los factores que influyen y pueden determinar esta enfermedad así como factores familiares, biológicos, socioculturales, individuales y psicopatológicos, por lo que hay que estar muy atentos a las diferentes señales de alarma que se puedan manifestar.

Una buena educación dietética desde la infancia también ayuda a prevenir la aparición de esta grave alteración de la conducta alimentaria.

6 Bibliografía

- Revista médica de España. www.medline.com
- Diferentes Web y portales de internet.

Capítulo 306

ACTUACIÓN DEL TCAE EN EL PACIENTE RENAL

PAULO JOSE VALDES VAZQUEZ

1 Introducción

La urología es una especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades morfológicas del riñon, de las vias urinarias y el retroperitoneo que afectan a ambos sexos.

2 Objetivos

- Proporcionar confort e identificar los cuidados del TCAE respecto a este tipo de enfermo, para poder prestar dichos cuidados directos e integrales.
- Asegurar una correcta atención de todas las necesidades del individuo, familia y comunidad, tanto en situación de salud como de enfermedad renal.

3 Metodología

Se realiza un protocolo asistencial tras una búsqueda sistemática en las principales bases de datos Pubmed y Embase, desarrollado en la unidad de nefrología para aumentar la participación de los pacientes y mejorar la formación de autocuidados de los mismos: Este protocolo asistencial está descrito en los siguientes puntos:

- Recepción del paciente interesándose por su estado general y por los cambios que ha habido desde la última diálisis.

- Acompañamiento a la sala de espera.
- Ayudar a a colocar el pijama si lo necesita y acompañar al paciente a la sala de diálisis, colaborando con el celador si el paciente es muy dependiente.
- Pesar al paciente al inicio y al final del proceso.
- Control de temperatura.
- Aplicaremos otros protocolos específicos de la unidad (asepsia, manejo de vía urinaria y FAVI, etc).
- Seguimiento de su alimentación y registro del balance de ingesta y diuresis.

4 Resultados

- Se aumenta la participación en la planificación y evaluación de los objetivos.
- Los pacientes sienten mejor formación de autocuidados por parte del paciente al estar mejor informado.
- Se objetiva mejor la calidad asistencial del paciente renal.

5 Discusión-Conclusión

Mayor colaboración implícita en todas las actividades asistenciales. Mejor conciencia por parte del paciente lo que conlleva una mejor seguridad en si mismo y mayor entendimiento de su enfermedad.

6 Bibliografía

- Asociación española de enfermería en urología.
- Protocolos hospitalarios.
- Protocolos hospitalarios en nefrología.
- Bases de datos pubmen y EMBASE.

Capítulo 307

ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD DE LA ESQUIZOFRENIA

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

GLORIA PELLO ALVAREZ

1 Introducción

Las enfermedades mentales son las grandes olvidadas de nuestra sociedad, los pacientes con este tipo de enfermedades sufren un continuo deterioro cognitivo y una lucha interior por el tipo de enfermedad que padecen, hoy en día existe un gran abanico de fármacos para contrarrestar los síntomas de éstas enfermedades pero poca investigación para erradicar las mismas. La esquizofrenia es una enfermedad grave y perturbadora para el que la padece y sus familiares.

2 Objetivos

- Determinar la sintomatología de la esquizofrenia.
- Analizar los tratamientos existentes para tratar la enfermedad de la esquizofrenia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se

han consultado artículos sobre la esquizofrenia en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- La esquizofrenia es una enfermedad mental en donde el que la sufre padece alucinaciones, pérdida del contacto con la realidad y alteraciones en su personalidad. Los principales síntomas que presenta esta enfermedad son las alucinaciones, ideas delirantes, trastornos emocionales etc...

-El tratamiento farmacológico utilizado para tratar a los pacientes con esta enfermedad son los anti psicóticos o neurolépticos, además del tratamiento con medicamentos se suele utilizar la terapia psicosocial para mantener al paciente esquizofrénico ocupado y activó.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de la esquizofrenia es una enfermedad en donde los familiares de los que la padecen han de estar muy pendientes de los mismos, por ello es importante reconocer la enfermedad y saber la importancia de los tratamientos existentes.

6 Bibliografía

- Marga lila Calafell Alemany Revisado por FAE 2013
- Janscen - Cilag S.A.
- Medline plus. Gov/ Spanish
- “Mayo Clinic Healty Living” Mayo Foundation for Medical Education and Research

Capítulo 308

DISMINUCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

SAMANTA QUIROGA SALGADO

1 Introducción

La obesidad infantil es un gran problema mundial de salud. Su prevalencia aumenta en un ritmo muy alarmante. Los niños que en su infancia tienden a ser obesos o con sobrepeso, en la gran mayoría de los casos, siguen siéndolo en la edad adulta, esto conlleva a que puedan padecer en edades tempranas enfermedades crónicas, como la diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Por todo ello, la prevención de la obesidad infantil es la gran prioridad.

2 Objetivos

- Concienciar a la población sobre la gravedad de la situación.
- Promover estilos de vida y hábitos alimenticios saludables y promover la actividad física en la población.

3 Metodología

Revisión sistemática de la literatura. La información está obtenida mediante páginas de internet específicas como El Instituto Nacional de la Salud Pública y la secretaria de la Salud, La Organización Mundial de la Salud, Scielo, Pubmed.

4 Resultados

- Es de vital importancia establecer educación alimentaria desde el colegio implicando a niños, familias y directivos. Se ha contrastado a través de estudios mundiales que la obesidad infantil está en aumento y cada vez a edades más tempranas
- Se debe promover estilos de vida también a las familias, cogiendo hábitos saludables del día a día en los niños. Siendo más activos y e inculcando a nuestros hijos desde pequeños estos hábitos se ve mejora del problema: una actividad física diaria en horario extra escolar tiene grandes resultados positivos.

5 Discusión-Conclusión

Ninguna intervención por si misma parar la gran epidemia de la obesidad. Para llevar a cabo resultados positivos contra la obesidad infantil es necesitado prestar atención al entorno obesogenético y enfocarse en las etapas cruciales del curso de la vida, y así mejorar la salud de los niños en su presente y futuro.

6 Bibliografía

- Helmut Schröder Licenciado en Ciencias Nutricionales por la Justus Liebig University of Giessen de Alemania en 1984 y doctorado en Biología Humana por la Philipps University Marburg de Alemania en 1989. Es especialista en Epidemiología Nutricional. Actualmente es Investigador Senior del Grupo de Riesgo Cardiovascular y Nutrición del IMIM donde desarrolla su actividad investigadora a tiempo completo desde 2004 (www.imim.es). Es jefe del grupo 30 de CIBERESP desde julio de 2012. Sus líneas de investigación se centran en la relación entre el estilo de vida y la enfermedad. Incluye estudios de los efectos de la nutrición en la obesidad y de otros factores de riesgo cardiovascular. Ha participado en estudios epidemiológicos y en estudios de intervención clínica.
- Los resultados de estas líneas de investigación aparecen en más de 60 artículos científicos publicados en revistas internacionales y nacionales de alto impacto. Es investigador de más de 13 proyectos subvencionados por entidades públicas o sociedades científicas estatales y redes temáticas del FIS.

Capítulo 309

EL PROFESIONAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PALIATIVO.

MONTSERRAT IGLESIAS AGUILERA

ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ

MARGARITA NIEBLAS RODRIGUEZ

1 Introducción

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la esperanza de vida ha aumentado en cinco años, entre el periodo del 2000 y 2015. Por este motivo existe un mayor envejecimiento de la población y un aumento de personas con patologías crónicas, prolongando la fase terminal de los pacientes.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos, define una situación de enfermedad terminal, aquella que cumple las siguientes características: Presencia de enfermedad incurable, progresiva y avanzada.

Hoy en día la enfermedad terminal también engloba pacientes con enfermedades crónicas que evolucionan y tienen un pronóstico de vida de varios meses.

El Servicio Nacional de Salud, tiene como objetivo prestar la misma calidad de cuidados independientemente de la enfermedad que tenga el paciente, garantizando los cuidados paliativos como derecho legal del paciente.

Los profesionales sanitarios son los que participan en la realización de los cuidados paliativos y apoyo en el duelo, permaneciendo al lado del paciente y de la familia durante el transcurso de final de vida.

Estos trabajadores de la salud, tienen como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia, realizando cuidados individualizados. Estos cuidados se basan en el apoyo emocional y control del sufrimiento, colaboran en la aceptación de la patología y evitan la claudicación de la familia.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes contenidos en la literatura científica que hacen referencia a la atención de los profesionales sanitarios en los cuidados paliativos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos relacionados con el tema de referencia. Las bases de datos consultadas han sido Pubmed, Scielo, Cuiden.

En los primeros resultados se analizaron los títulos de los artículos científicos seleccionando los que eran mas destacados referente al tema . Como criterios de inclusión se seleccionaron artículos en español e inglés, pacientes de edad adulta mayores de 18 años. Se excluyeron artículos sobre pacientes pediátricos y artículos que no guardaban relación con los profesionales sanitarios.

4 Resultados

- Los cuidados paliativos inicialmente estaban enfocados solamente a pacientes oncológicos, en la actualidad se asiste de manera igualitaria al paciente en situación terminal, independientemente de la patología que padezca.

La evolución de la patología en pacientes oncológicos tiene un rápido descenso en las últimas semanas, al contrario que el paciente con una insuficiencia orgánica crónica en el cual su trayectoria pasa por diversos procesos y tiene una evolución lenta.

Por lo anterior descrito ,según Rocker, Dowar y Morrison (2016) probablemente es más difícil aceptar la fase terminal en pacientes no oncológicos.

La mayoría de los artículos revisados (90%) hacen mención al dolor emocional (depresión, angustia, miedo, ira) y al físico, mientras que en otros artículos narran ideas suicidas del paciente.

Aproximadamente en el 50% de los estudios revisados, se comentan los síntomas que sufren los pacientes como las náuseas relacionadas con las medicación, además de anorexia, disfagia y pérdida de peso. También se aprecian síntomas como el estreñimiento o diarrea que pueden ser efectos secundarios a la medicación.

Referente a la comunicación se observa en los artículos la necesidad del paciente terminal a tener apoyo familiar y expresar sus sentimientos.

Bayés et al (1995) observaron que los síntomas predominantes en los pacientes terminales son el dolor, la pérdida de peso, la depresión, la ansiedad, etc. Dichos síntomas aparecen por la evolución de la enfermedad o por un control inapropiado.

Solano, Gomes, y Higginson (2005) en sus estudios obtuvieron que es muy importante la enseñanza a los cuidadores sobre el manejo de los síntomas y una intervención rápida para tener un buen control del dolor.

Los pacientes en situación terminal sienten dolor, fatiga, ansiedad entre otros síntomas, empeorando éstos a medida que va avanzando la patología empeorando la calidad de vida del paciente y la de su familia. La comunicación con el paciente terminal es muy importante, ya que el hecho de transmitir sus emociones, miedos, etc, le ayudará a disminuir los síntomas como la ansiedad, depresión, angustia etc.

Hallenbeck (2003) comentó que una buena comunicación del personal sanitario con el paciente en fase terminal es la técnica más preciada que se puede utilizar. Por lo tanto tener a un paciente de cuidados paliativos durante un tiempo prolongado, provoca una relación de cercanía por parte del personal sanitario tanto con el enfermo como con su familia. Ésto implica una mayor involucración emocional por parte del profesional sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos se han introducido relativamente hace poco tiempo, evolucionando en los últimos tiempos.

Los síntomas más predominantes en pacientes terminales son el dolor, la fatiga, ansiedad, depresión, náuseas, etc.

La principal habilidad que deben tener los profesionales de la salud es la comunicación con el enfermo y su familia.

Con este estudio podemos concluir que la finalidad de los cuidados paliativos es que el paciente tenga el menor sufrimiento posible, y que muera con dignidad, para ello, los profesionales sanitarios han de formarse adecuadamente sobre las necesidades del paciente y los cuidados que hay que ofrecer.

De la misma manera los profesionales de la salud deben sentirse preparados para aceptar el enlace permanente de la muerte y el dolor.

6 Bibliografía

- Bayés, R., Barreto, P., Comas M. D., y Limonero, J. T. (1995). Síntomas percibidos y preocupaciones que generan, en enfermos oncológicos en situación terminal. *Eur J Palliat Care*, 103.
- Solano, P. S., Gomes, B., y Higginson, J. I. (2005). A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. *JPSM*, 31(1): 58-69.
- Rocker, G., Downar J., y Morrison, S. (2016). Palliative care for chronic illness: driving change. *CMAJ*, 1-6.
- López, P. M., Santos, R. S., Varez, P. S., Abril, S. D., Rocabert, L. M., Ruiz M. M., y Mañé, B. N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enferm Clin*, 16 (4): 218-212.
- Cabrera, M. M., Gutiérrez, Z. M., y Merino, E. J. (2009). Professional nurse attitude towards the death of patients. *Cienc Enferm*, 15(1): 39-48.
- Hallenbeck, L. J. (2003). *Palliative Care Perspectives*. Nova York, USA: Oxford University Press
- Hawthorn, M. (2015). The importance of communication in sustaining hope at the end of live. *British Journal of Nursing*, 24(13): 703-705.

Capítulo 310

ULCERAS POR PRESION (UPP)

MARIA DE LA CUESTA TUÑON

LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (upp) también llamadas escaras, son lesiones causadas en la piel y en el tejido que se encuentra debajo, que se producen debido a una presión prolongada sobre la piel de determinadas zonas, normalmente prominencias óseas.

Pueden afectar a la epidermis,dermis,tejido celular y en casos mas graves a los tejidos mas profundos. Las personas con mas riesgo de padecerlas son los pacientes con movilidad limitada o que pasan la mayor parte del tiempo encamados o en sedestacion.

2 Objetivos

- Describir las etapas de las úlceras por presión, sus localizaciones mas frecuentes, las escalas de valoración, así como los cuidados llevados a cabo por el equipo de enfermería para evitar la aparición o empeoramiento de estas lesiones.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos publicados en diferentes revistas científicas como Salud Hospitalaria, Gerokomos o Atención Pri-

maria indexadas en bases de datos como Pubmed, Scielo. Para ello se han utilizando diferentes palabras claves como úlceras, lesiones, inmovilidad, escalas.

4 Resultados

Empezaremos explicando las localizaciones mas frecuentes de las upp dependiendo de la posición que mantiene el paciente durante un periodo de tiempo prolongado ya sea encamado o en sedestación.

- Si la persona permanece de manera continua en posición decúbito supino las zonas mas afectadas serán: hueso occipital, escápulas, codos, sacro, glúteos y talones.
- Si el paciente se encuentra decúbito prono las regiones dañadas serán: frente, oreja, mejillas, acromion, mamas, crestas ilíacas, genitales, órganos genitales, rodillas, dedos de los pies.
- Las zonas afectadas en caso de encontrarse decúbito lateral serán: mejillas, orejas, acromion, codos, cotillas, rodillas, trocánter, tobillos, dedos de los pies.
- Las personas que pasan mucho tiempo en sedestación verán afectadas las siguientes zonas: occipucio, escápulas, olecranon, sacro, isquios, zona poplíteica, talones, metatarsianos.

Existen diferentes estadios dependiendo de la gravedad, del alcance y del tamaño de las upp.

- Úlceras de primer grado (estadio I): la piel se encuentra intacta pero el eritema no desaparece cuando cesa la presión. Puede ser dolorosa, firme y la zona se encuentra más caliente o fría con respecto a la piel adyacente.
- Úlceras de segundo grado (estadio II): se ven afectadas la epidermis, dermis o ambas. Aparecen vesículas y la piel presenta grietas y un color rosado.
- Úlceras de tercer grado (estadio III): en este caso la perdida de piel es continuada presentando un aspecto de cráter y llegando a aparecer necrosis en el tejido y dejando al descubierto la capa de grasa.
- Úlceras de cuarto grado (estadio IV): en este caso se ven afectadas todas las capas incluso dejando al descubierto huesos, músculos y tendones.

Para evaluar el riesgo que tiene una persona de padecer úlceras por presión se

utilizan diferentes escalas. Existen distintas pero las más utilizadas en el sector de la sanidad son la escala de Braden o la escala de Norton siendo esta última la más común, por lo que vamos a detallarla a continuación.

La escala de Norton consiste en observar y revisar cinco aspectos para valorar la situación de paciente puntuando estos mismos del 1 al 4. Cuanto más baja es la puntuación más riesgo existe de aparición de UPP. Estos aspectos son los siguientes:

- Estado físico general
- Estado mental
- Actividad
- Movilidad
- Incontinencia

Dependiendo de los resultados de la valoración utilizando estas escalas se llevarán a cabo los diferentes cuidados de las UPP por parte del equipo de enfermería con el apoyo de los TCAE. Estos son los encargados de velar por el bienestar de los pacientes y deben prestar atención a varios aspectos en el día a día de las personas a su cargo.

La hora del aseo es un momento ideal para examinar el estado de la piel pudiendo detectar la aparición de cualquier lesión. Cuando aseemos a el paciente se usarán jabones que no agredan la piel.

El secado es muy importante para evitar la maceración de la piel prestando especial atención a las zonas interdigitales y los pliegues submamaros en el caso de las mujeres. Mantendremos la piel bien hidratada para evitar el agrietamiento. También debemos evitar el uso de alcoholes ya que puede perjudicar lesiones existentes. En los puntos de apoyo se recomienda el uso de ácidos grasos hiperoxigenados.

La ropa de la cama debe mantenerse limpia y sin arrugas para evitar heridas. Vigilar la alimentación de los pacientes es muy importante ya que una buena nutrición favorece la cicatrización.

5 Discusión-Conclusión

El papel de TCAE en el cuidado de la piel de los pacientes es muy importante ya que la aparición de úlceras por presión determina un fracaso del equipo de

enfermería. Por eso se deben llevar a cabo meticulosamente todos estos cuidados para garantizar el bienestar de las personas y una pronta recuperación.

6 Bibliografía

- Úlceras por presión.Tratamiento y consejos desde la farmacia.
- Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Gerokomos.
- Técnicas básicas de enfermería.McGraw-Hill.
- Prevención de úlceras por presión en el paciente encamado:nuevas evidencias.Revista científica de enfermería.
- Manual de geriatría.Masson.

Capítulo 311

EL BAÑO DEL RECIÉN NACIDO

ESTHER RODRÍGUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

El recién nacido tiene la necesidad de estar limpio y aseado para que contribuya en su bienestar y su salud.

La higiene del Recién nacido se puede llevar a cabo a cualquier hora del día aunque se aconseja llevarlo a cabo antes de la toma del alimento.

2 Objetivos

- Describir las instrucciones y recomendaciones para un correcto aseo al Recién nacido.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las principales instrucciones para llevar a cabo un correcto aseo del bebé serían:

- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Tener todo el material necesario preparado y próximo.
- La temperatura ambiental debe de ser de entre 24 y 26°C.
- El agua debe estar a temperatura corporal de unos 37°C.
- El jabón: Debe ser un jabón específico para bebés para no dañar su piel delicada.
- Se comienza por la cara y cabeza y terminar frotando la zona anal.
- Los ojos se limpian con una gasa humedecida con suero fisiológico o agua hervida, siempre desde en ángulo interno hacia el exterior.
- No introducir bastoncillo en conducto auditivo.
- Las fosas nasales sólo se limpiarán por la parte externa sin introducir nada en las fosas nasales.
- Para el aseo de la cabeza se deben de utilizar champús poco agresivos y peinarle con cepillos de cerdas blandas. Si tuviera costra láctea(descamaciones de grasa en el cuero cabelludo) aplicarle aceite de almendras durante 10 minutos, retirarlo con el champú y después peinarlo intentando retirar la descamación.
- El cordón umbilical que permanece tras el nacimiento hasta 2-4 semanas de vida que cae, debe ser vigilado y aseado escrupulosamente. Se debe mantener limpio y seco, aplicando un antiséptico(alcohol de 70%).
- Para el aseo de la zona genital y anal, se recomienda minimizar el uso de toallitas húmedas que puedan irritar y alternarlo por el uso de esponjita con agua tibia.
- Mantener especial atención en las niñas que es importante limpiar siempre la zona genital de delante hacia atrás para no transportar residuos de heces a la vagina y secar sin frotar bien los pliegues de labios menores y mayores.
- No es necesario cortar las uñas del recién nacido salvo que se arañe.
- Se le debe pesar antes de vestirle.
- Posteriormente ponerle el pañal y vestirle con prendas cómodas.
- Se revisará el pañal con frecuencia para que no permanezca húmedo y le pueda generar irritaciones.

Recomendaciones:

- El baño por inmersión, es decir, sumergiendo completamente al recién nacido no debe realizarse hasta 48 horas después de la caída del cordón umbilical.
- La duración del baño no debe exceder de unos minutos los primeros días de vida para evitar que se enfríe el agua.
- Nunca dejar al niño sin supervisión en la bañera.

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada higiene del bebe contribuye a su bienestar y salud, pero también es una magnifica ocasión para mirar, acariciar y masajear al bebé, el cual contribuye a desarrollar un mayor vínculo con los progenitores y aumentando su bienestar emocional.

6 Bibliografía

- Schwarcz R, Duverges C, Gonzalo A. Obstetricia. 5ª edición. Ed. El Ateneo, Argentina 1995.
- Pacheco J. Manual de obstetricia 2ª edición. Ed. M San Miguel V. Lima-Perú 1992.
- Gerardo Bustos Lozano, Guía de cuidados del recién nacido en las plantas de maternidad. 2007.
- Evangelina Pérez de la plaza, Ana Mª Fernández Espinosa. Auxiliar de Enfermería . MC Graw Hill Educación.2013

Capítulo 312

ACTUACIÓN Y PREVENCIÓN DEL TCAE EN UN ATRAGANTAMIENTO EN NIÑOS

GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ

LAURA SUÁREZ TALAVAN

MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ

CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ

1 Introducción

El atragantamiento en niños está siendo una de las causas de muertes en niños. Es por ello que es importante la supervisión de un adulto a la hora de la comida del niño y el juego de forma simultánea, la aspiración de un objeto a través de la vía respiratoria es una situación grave.

2 Objetivos

- Recomendar medidas para evitar que el niño juegue y coma a la vez sin supervisión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Se debe vigilar al niño en todo momento, en especial durante la comida si está jugando, poniéndolo en posición adecuada y garantizando siempre la presencia de un adulto.
- Se debe evitar que el niño tenga a su alcance objetos o alimentos que puedan ocasionar atragantamientos.
- La identificación del objeto peligroso es de vital importancia, tales productos pueden ser caramelos, carne, frutos secos, etc. (en general pequeños y fácilmente tratables).

5 Discusión-Conclusión

Cualquier alimento mal ingerido puede resultar peligroso e incluso desembocar en la muerte si no se actúa de manera adecuada y de forma eficaz, realizado adecuados primeros auxilios.

6 Bibliografía

- Búsqueda en Pubmed y EMBASE sobre "atragantamiento en niños".

Capítulo 313

LA LABOR DEL TCAE EN LA PLANTA PEDIÁTRICA

ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA

JÉSICA MARA LÓPEZ POLA

ROCIO LÓPEZ VIEJO

TANIA ANTUÑA ALVAREZ

JULIA MARÍA MARTÍNEZ ALONSO

1 Introducción

La pediatría es la medicina especializada en las enfermedades y la salud de los niños.

En esta planta están los pacientes desde el nacimiento hasta los 14 años, y con diferentes patologías.

La pediatría es una especialidad médica relativamente nueva, de mediados del siglo XIX. Abraham Jacobi, nacido en 1830 y fallecido en 1919 es conocido como padre de la pediatría

2 Objetivos

- Describir la labor del TCAE en la planta pediátrica. Mostrando las funciones que tiene durante los diferentes turnos laborales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se realizan entrevistas a TCAES de la planta pediátrica. Se visita la planta pediátrica y se observa el funcionamiento de el equipo sanitario en ella.

4 Resultados

De los resultados obtenidos de dichas entrevistas y visitas se observa las siguientes funciones del TCAE en dicha planta:

- Información de las normas, horarios y pautas a seguir en la planta a los acompañantes del paciente ingresado.
- Cambio de ropa de camas, aseos y cambios de pañal.
- Repartir bandejas con la alimentación y recogida de ellas al finalizar los pacientes.
- En caso de alta, recogida de ropa de cama, quitar cualquier objeto que no pertenezca a la habitación (botellas, papeles..) y limpieza de los equipos utilizados durante el ingreso para que el personal de limpieza pueda hacer su labor.
- Reposición de los equipos en las habitaciones (pulsioxímetro, equipo de gota, botella o cuña..).
- Revisión de los cuidados al paciente y firma después de ser realizados.
- Apoyo al ATS en las técnicas que puedan practicarse.
- Control de material en almacén.
- Control de diuresis, ingestas y deposiciones.
- Recogida (en el servicio de biberones) o realización de los biberones en caso de lactantes.
- Llevar material a esterilización.
- Reposición del material de enfermería en carros y sala de curas.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión al finalizar las labores de observación e información, es que la labor del TCAE conjunto con el equipo de enfermería es importante para la correcta realización de las tareas estipuladas en dicha planta. Consiguiendo con ello que el paciente pediátrico este lo mas confortable posible, y en medida de la patología de este, logre su completa recuperación.

6 Bibliografía

- <https://es.m.wikipedia.org/wiki/Pediatr%C3%ADa>
- <https://es.slideshare.net/lourdesgutierrez/auxiliar-en-pediatria>
- <https://prezi.com/mhlcctxkipdo/el-papel-del-tcae-en-pediatria/>

Capítulo 314

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

VERÓNICA GARCÍA DEL CAMPO

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Los niños obesos tienden a seguir siéndolo en la edad adulta, tienen más probabilidades de padecer en edades tempranas enfermedades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Se considera a un niño obeso cuando su peso excede un veinte por ciento o más el correspondiente a su talla. El peso siempre va relacionado con la talla y no con la edad. Uno de cada tres niños españoles tiene problemas de exceso de peso.

El bajo rendimiento académico, la estigmatización social, acoso escolar, déficit de autoestima, la depresión está íntimamente relacionado con el deterioro de la calidad de vida de los niños.

2 Objetivos

- Establecer la prevalencia de obesidad infantil en España y países del entorno europeo.
- Establecer recomendaciones para evitar que los niños coman más de lo que necesitan y lleven una dieta equilibrada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La prevalencia de obesidad en España es: 32,1% de los niños entre siete y 13 años con sobrepeso y obesidad, ocupa el quinto puesto de Europa, por detrás de Grecia, Italia, Malta y Chipre; Portugal ocupa el sexto lugar. En el otro extremo de la lista están Polonia (12,5% de los niños), Finlandia, Suiza, Estonia y Francia, país en el que el sobrepeso y la obesidad en los menores de entre siete y 13 años no supera el 15%.

Las recomendaciones para una dieta equilibrada son:

- Establecer una dieta sana y equilibrada adaptada al ritmo de vida de cada niño, tomando mínimo 5 piezas de frutas y verduras al día.
- Evitar la ingesta de productos elaborados, optando así por las verduras al vapor o por las carnes y los pescados a la plancha.
- Tener una correcta hidratación evitando el consumo de bebidas gaseosas y calóricas, aportaremos ,1,5 litros de agua al día. Evitar bebidas gaseosas.
- Indicar e actividades físicas diarias, evitando así tener una vida sedentaria.
- Enseñar a los niños y a su familia la utilización de una dieta variada.
- Establecer horarios de comidas (impidiendo picoteo entre horas).

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo a los datos presentados en esta revisión, reiteramos la importancia de establecer un acuerdo para efectuar estudios rigurosos, con una metodología claramente establecida y que pueda ser replicada. Siendo la prevención de la obesidad un aspecto fundamental de la promoción de la salud, es imprescindible dedicar los recursos necesarios a efectuar estudios que, en primer lugar, estén basados en mediciones antropométricas.

Es necesario que se apliquen criterios diagnósticos consensuados que de una vez por todas faciliten el contraste regional, internacional y secular de las cifras de sobrecarga ponderal en la infancia. De otro modo no será posible conocer realmente cual es la magnitud y la evolución del problema.

6 Bibliografía

- PREVENIR LA OBESIDAD INFANTIL : Agapea Libros Urgentes ISBN: 8480638575 ISBN-13: 9788480638579
- Obesidad infantil de Gonzalez Caballero, Marta y una gran selección de libros, ... ISBN 10: 8498910315 / ISBN 13: 9788498910315 Librería Libros Dickens.
- Libros de VALORNUT Valoración nutricional de individuos y colectivos. ... Año: 2013 ISBN: 978-84-9835-747-9
- Bases de datos Pubmed y EMBASE.

Capítulo 315

LA PAROXETINA COMO MEDICAMENTO ANTE LA DEPRESIÓN

CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

SUSANA DIAZ BRANDY

SONIA MORILLO GONZÁLEZ

MÓNICA CANTELI RIVERA

NOELIA CUESTA MARIA

1 Introducción

La paroxetina es un fármaco antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) en las terminaciones nerviosas, acción que aumenta la concentración sináptica del neurotransmisor. Es usado para tratar depresión clínica, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno disfórico premenstrual (TDPM).

2 Objetivos

-Describir las diferentes formas de presentación de la paroxetina, su utilidad, su administración y posibles efectos adversos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La paroxetina se presenta en varios formatos:

- Tableta
- Suspensión (líquido),
- Tableta de liberación controlada (acción prolongada)
- Cápsula para tomar por vía oral.

Es un fármaco usado para tratar depresión clínica, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de ansiedad social (TAS), trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno disfórico premenstrual (TDPM). La paroxetina algunas veces también se usa para tratar dolores de cabeza crónicos, hormigueo en las manos y pies causado por la diabetes y ciertos problemas sexuales masculinos. La paroxetina también se usa con otros medicamentos para tratar el trastorno bipolar (estado de ánimo que cambia de deprimido a anormalmente emocionado).

Las tabletas, suspensión y tabletas de liberación controlada usualmente se toman una vez al día por la mañana o por la tarde, con o sin comida. Las cápsulas se toman usualmente una vez al día a la hora de dormir, con o sin alimentos. Se recomienda tomar paroxetina con alimentos para prevenir molestias estomacales. Se debe de tomar todos los días aproximadamente a la misma hora.

No se debe dejar repentinamente, para su eliminación se debe de dejar de tomar gradualmente y siempre recomendado por el médico. Si se deja de tomar las tabletas, suspensión o tabletas de liberación controlada de paroxetina, es posible que se experimente síntomas de abstinencia como depresión, cambios de humor, estado de ánimo anormalmente alterado o frenético, irritabilidad, ansiedad, confusión, mareos, dolores de cabeza, cansancio, adormecimiento u hormigueo en

los brazos, piernas, manos o pies, sueños inusuales, dificultad para conciliar el sueño o para mantenerse dormido, náusea o sudoración.

La paroxetina es bien absorbida después de su administración oral y experimenta metabolismo de primer paso, a través de la circulación portal hacia el hígado, disminuyendo su biodisponibilidad pero ajustada en las dosificaciones comerciales.

Su eliminación del organismo es variable, pero generalmente oscila alrededor de 24 horas. Los niveles sistémicos estables se obtienen al cabo de 7-14 días del inicio del tratamiento. Los principales metabolitos de la paroxetina son productos polares y conjugados de la oxidación y la metilación, los cuales son eliminados fácilmente por la orina.

Tiene posibles efectos adversos durante el tratamiento:

- Muy frecuentes (pueden afectar a más de 1 de cada 10 personas)
Mareos (náuseas), cambio en la libido o función sexual. Por ejemplo falta de orgasmo y, en hombres, erección y eyaculación anormal.
- Frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 10 personas): disminución del apetito, no dormir bien (insomnio) o somnolencia, sueños anormales, mareos o temblores, dolor de cabeza, agitación, sensación inusual de debilidad, bostezos, sequedad de boca, diarrea o estreñimiento, ganancia de peso, sudoración, aumento de los niveles de colesterol, malestar, incapacidad para concentrarse adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

Existen algunas diferencias posiblemente significativas entre la paroxetina y otros antidepresivos, aunque no es posible establecer conclusiones definitivas debido al número limitado de estudios por comparación. La mayoría de los estudios incluidos fueron patrocinados por la industria farmacéutica, lo cual significa que posiblemente podrían haber sobrestimado el efecto de la paroxetina. Por lo tanto, los resultados de esta revisión deben interpretarse con cautela.

6 Bibliografía

- Goodman y Gilman (2014). «Farmacoterapia de la depresión y los trastornos de ansiedad». Manual de farmacología y terapéutica. McGraw-Hill. p. 259
- Fac. de Medicina UNAM, México
- Revistas médicas

- Paroxetina: farmacodinamia, indicaciones, efectos adversos, farmacocinética y posología. Instituto de Psicofarmacología

Capítulo 316

ACTUACIÓN DEL TCAE FRENTE A LA ANOREXIA

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

EMMA GONZALEZ MUÑOZ

1 Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la anormal y desmedida preocupación en lo referido al peso corporal y a la ingesta de alimento. Este trastorno origina una conducta dirigida hacia la pérdida de peso como objetivo preferente

2 Objetivos

- Analizar el papel del TCAE frente a los pacientes con anorexia.
- Determinar los síntomas que presentan los pacientes con anorexia.
- Ayudar a este tipo de pacientes mejorando su propia imagen, mejorar los hábitos de alimentación, y su salud mental.

3 Metodología

Para la realización del estudio, se llevó a cabo una revisión sistemática de la biografía sobre la anorexia. La base de datos consultada fue Scielo escogiendo

aquellos artículos entre los años 2010 y 2019. Los descriptores utilizados fueron: anorexia, percepción distorsionada, actuación del TCAE, trastorno alimenticio. De un total de 936 referencias encontradas fueron seleccionadas 38, que cumplían los criterios necesarios para su inclusión.

4 Resultados

El TCAE participará en sus actividades terapéuticas. Es responsable de sus tareas y pautas asistenciales. Recogerá los datos y observará los signos. Distribuirá la comida, le hará tomar su medicación. Estimulará tanto el vestuario como la higiene. Controlará las consultas y exploraciones adicionales. Se acompañará al paciente a las consultas y recogerá muestras cuando se solicite las muestras para laboratorio.

Los síntomas que presentan los pacientes con anorexia son:

- Preocupación excesiva por las calorías, por lo que se reducen progresivamente la ingesta de alimentos.
- Sensación de frío constantemente.
- Obsesión por su cuerpo.
- Evitan la comida con trampas.
- Son personas irritables, hiperactivas, depresivas y con trastornos emocionales.
- Pueden presentar arritmias, uñas quebradizas, anemia, osteoporosis, amenorrea, disminución de pulsaciones cardíacas, tensión baja, aparece vello por el cuerpo, piel deshidratada, problemas dentales, hinchazón y dolor abdominal.

Gracias a los cuidados de TCAE en el proceso de cuidados de los pacientes con anorexia junto a los demás profesionales que componen el equipo de salud, los pacientes mejorarán sus hábitos de alimentación y su autoimagen.

5 Discusión-Conclusión

El vínculo entre TCAE y paciente durante la hospitalización es muy importante. Éste ayudará a que conozcan cómo modificar sus conductas y evitar las situaciones en las que eluden la comida. El TCAE ha de tener mucha paciencia, dedicación y tiempo frente a estos pacientes

6 Bibliografía

- Wiley Online Library. "Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-Analysis". Sophie C. Dahlenburg, David H. Gleaves, Amanda D. Hutchinson.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com>
- Redalyc. "Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional en los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa". Gómez-Candela, Carmen; Palma-Milla, Samara; Miján-de-la-Torre,

Capítulo 317

BENEFICIOS DEL DEPORTE EN LA MUJER MENOPÁUSICA

VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA

NOELIA NÚÑEZ RIAL

CRISTINA RAMOS DOS SANTOS

SONIA ÁLVAREZ GRANDA

1 Introducción

Las mujeres cuando se les acaba la edad fértil sufren unos desajustes hormonales que causan irritabilidad, sofocos "cara roja", escalofríos, inapetencia sexual, insomnio y un innumerable número de síntomas a nivel físico (sequedad vaginal) y psicológico que les causa muchas molestias, les hace perder su identidad como mujeres y muchas veces se sienten solas en este largo viaje por la incomprensión de la pareja y familiares. El deporte se ha visto que es la mejor terapia para superar esta dura etapa de la vida y hacer que las mujeres recuperen su autoestima y ganas de vivir una segunda juventud.

2 Objetivos

- Fomentar el deporte como herramienta buena alimentación y autoestima en la menopausia.

3 Metodología

Transmisión de estas ideas descritas por medio de un díptico en las consultas de atención primaria. Serán los profesionales de la salud al frente en cada momento los que harán entrega a las pacientes objeto de este estudio de dicho díptico y las animarán a realizar ejercicio físico de manera regular de acorde a su estado y bagaje deportivo.

4 Resultados

- La introducción de rutinas de ejercicios abdominales hipopresivos en la dinámica de ejercicios físicos semanales de las mujeres retrasa y mejora la atrofia bulbar típica en esta edad.

5 Discusión-Conclusión

Es muy conocido por todas las personas que quien no hace ejercicio físico al menos lo básico termina con una movilidad reducida.

El principal efecto del deporte en el organismo de una mujer es el aumento de endorfinas "hormonas de la felicidad" que harán que los cambios de humor, sofocos y alteraciones de su cuerpo sean más llevaderos.

En las mujeres en edad menopáusica no sólo es recomendable que hagan ejercicio físico de manera regular y reglada de acuerdo a su edad y condición física de base por este motivo sino también para atenuar los desagradables síntomas que padecen en esa etapa.

Estas pacientes refieren que no se encuentran asociadas a ningún grupo específico, ya que en los grupos generales en los que los han comenzado a realizar, son heterogéneos, donde no se hacen actividades físicas específicas para ellas, pero tampoco pueden comentar sus experiencias, por los prejuicios sociales existentes alrededor de dicha etapa.

Por otra parte, ayuda mucho a no desarrollar la osteoporosis, una vida plena de ejercicios físicos y adecuada dieta rica en calcio, fósforo. 28

En el climaterio, se hace evidente que se producen modificaciones y limita la calidad y la expectativa de vida de la mujer con una gran morbilidad y mortalidad. Las pacientes que asistieron a la consulta de Climaterio fueron las que tuvieron

una menopausia espontánea seguida de las de causa artificial. Los síntomas que más aquejan estas pacientes son los agrupados a corto plazo. Las mujeres en esta etapa no reciben un adecuado apoyo familiar. La terapia más usada es la combinada, con un uso insuficiente de la actividad física y el deporte. No reciben ayuda de

6 Bibliografía

- Navarro D, Artiles. La menopausia no es el fin de la vida. Rev. Sexol Soc 1996
- Hernández A, Santana F. Síndrome climatérico. Aspectos Clínicos. Rev. Cubana Endocrinol 1989
- Botella Llusia J. La sexualidad en el climaterio. En: La edad crítica. Barcelona: Salvat; 1990

Capítulo 318

DESARROLLO EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS DE UN PROGRAMA DE AYUDA AL FUMADOR QUE SEA FAMILIAR DIRECTO DE ENFERMO TERMINAL DE CÁNCER DE PULMÓN

VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA

NOELIA NÚÑEZ RIAL

CRISTINA RAMOS DOS SANTOS

SONIA ÁLVAREZ GRANDA

1 Introducción

El tabaquismo es una enfermedad adictiva. Este efecto es causado por la nicotina que a nivel cerebral activa los circuitos del cerebro que regulan los sentimientos de placer.

Muchos fumadores pese a ser conscientes del grave perjuicio para la salud del trabajo no son capaces por si solos de dejar este pernicioso hábito. Temen pasar por crisis de ansiedad o aumentar de peso. Las personas que a parte del tratamiento psicológico también necesitan ayuda medicamentosa son aquellas que tienen una dependencia moderada o alta a la nicotina tras realizar el test de Fagerström.

2 Objetivos

- Ayudar al fumador que sea familiar de enfermo terminal de cáncer de pulmón, en la deshabituación tabáquica.
- Concienciar de los riesgos de fumar con respecto del cáncer.

3 Metodología

Por medio de un díptico que se entregaría en las consultas de atención primaria y especializada según los criterios de los facultativos presentes en ese momento haríamos llegar a los destinatarios de este programa la información necesaria para que fueran conscientes de las bondades de dejar el tabaquismo.

A partir de ese momento la actuación se canalizará a través del médico de cabecera de referencia y la farmacia correspondiente. Si la persona decide acudir al médico de cabecera se le enseñarán técnicas psicológicas para resolver las ganas de fumar y se financiará el 50% del tratamiento farmacológico con vareniclina cuando sea necesario.

4 Resultados

- El tratamiento con vareniclina unido a la modificación de factores conductuales las probabilidades de abandonar el tabaco aumentan el doble. A su vez esta situación no sólo mejoraría la salud individual de muchas personas sino que reportaría beneficios a partir del primer año de implementar esta medida a la sanidad de nuestra comunidad autónoma.
- En proyecto la evaluación del díptico entregado cuya finalidad será la concienciación sobre el tabaco, ya que perjudica casi todos los órganos del cuerpo y que duplica el riesgo de padecer cualquier tipo de cáncer. Este riesgo se cuadruplica si el fumador es empedernido.

5 Discusión-Conclusión

Cada año casi 35 millones de fumadores tratan de romper el hábito de fumar pero desgraciadamente más del 85 por ciento de los que lo intentan sin ayuda recaen la mayoría en la primera semana.

Lo que causa la recaída es el llamado síndrome de abstinencia que produce la nicotina en nuestro organismo produciendo irritabilidad, déficit cognitivo y de atención, alteración del sueño y aumento del apetito. Estos síntomas pueden comenzar a las pocas horas después de haber fumado el último cigarrillo haciendo que la persona vuelva a fumar. El laboratorio Pfizer desarrolló el principio activo vareniclina que imita la acción de la nicotina causando una liberación moderada y mantenida de la dopamina.

6 Bibliografía

- Coe et al. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *J Med Chem* 2005.
- Rollema et al. Pharmacological profile of the alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist varenicline, an effective smoking cessation aid. *Neuropharmacology* 2007.
- Diaz S, Martin I. Impacto presupuestario de un programa de deshabitación tabáquica en empresas. *Med segur trab* 2009.

Capítulo 319

PACIENTE HOSPITALARIO CON EXTREÑIMIENTO CRÓNICO.

GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ

ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA

EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE

1 Introducción

El estreñimiento crónico es una patología que puede afectar a cualquier persona, pero su incidencia se ve incrementada con el factor de la edad y suele ser más habitual en mujeres. Los síntomas pueden incluir: irritabilidad, disminución del apetito o saciedad temprana que pueden desaparecer después de una evacuación abundante.

Se trata de la dificultad para evacuar las heces así como el descenso en la frecuencia de las mismas por debajo de las tres deposiciones por semana.

Una dieta con poca fibra y pocos líquidos, la falta de ejercicio y los cambios en la rutina, favorecen el estreñimiento pudiendo tener en muchas ocasiones su causa en defectos en el funcionamiento del sistema excretor.

2 Objetivos

- Establecer los factores influyentes en el estreñimiento crónico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- El cambio en la dieta y el estilo de vida, disminuir el consumo de alimentos astringentes y aumentar la ingesta de fibra y otros agentes formadores de volumen, beber suficientes líquidos, el ejercicio diario... pueden agilizar el tránsito de las heces por los intestinos. Si esos cambios no son eficaces, el médico puede recomendar medicamentos o cirugía.

5 Discusión-Conclusión

Para el diagnóstico del estreñimiento crónico además del examen físico general y el tacto rectal, los médicos utilizan los siguientes procedimientos para tratar de determinar su causa:

- Análisis de sangre.
- Examen del recto y todo el colon.
- Evaluación de la función del músculo esfínter anal.
- Evaluación de la velocidad del esfínter anal.
- Evaluación de cuán bien se moviliza el alimento a través del colon.
- Radiografía del recto durante la defecación.
- Defecografía por resonancia magnética.

Es una condición que afecta a muchas personas, sus síntomas son incomodidad de barriga, imposibilidad para evacuar heces y malestar general; es por ello que es importante saber cómo evitarlo con hábitos saludables, así como saber cómo curarlo una vez que se padece o se tienen los síntomas.

6 Bibliografía

- Diferentes revistas y artículos sanitarios.
- www.oms.com, bases de datos pubmed, EMBASE y Scielo.
- Diferentes web y portales de internet.

Capítulo 320

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CADA UNO DE ESTOS PROCESOS.

JAVIER DEL RIEGO APARICIO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud establece como algo primordial que todas las embarazadas y recién nacidos reciban una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal como plataforma para promover la salud.

Es en la Atención Primaria donde la mujer recibe la primera atención prenatal que ha de ser de calidad y donde todo el equipo médico, formado por el médico, la matrona y el auxiliar de enfermería procurará establecer una comunicación eficaz sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, emocionales, conductuales y socioculturales, la cual permitirá ofrecer apoyo a las embarazadas de una manera respetuosa, con una intervención profesional basada en la escucha activa y el respeto.

Se acompañará a la mujer a lo largo de toda la gestación y una vez llegado el parto se realizará el seguimiento del puerperio hasta la completa recuperación de la madre.

A lo largo de este capítulo se realizará una revisión de cada proceso, embarazo, parto y puerperio definiendo las características y cuidados generales de cada etapa y el papel del TCAE en los mismos.

2 Objetivos

- Objetivos generales: Definir en qué consiste el embarazo, parto y puerperio y las características y cuidados que requiere tanto la madre como el recién nacido en cada uno de ellos.
- Objetivos específicos : Definir el papel del TCAE en cada uno de estos procesos en los diferentes ámbitos, atención primaria, paritorio y postparto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en la búsqueda de información en libros referidos a la atención del embarazo parto y puerperio y artículos científicos publicados en bases de datos de la salud como Medline Plus.

4 Resultados

- Cuidados prenatales durante el embarazo en Atención Primaria.
Se considera un embarazo normal aquel que acontece en una mujer sana, de forma espontánea y durante el cuál no surge ningún criterio anómalo-patológico en la madre ni en el feto. El seguimiento de los embarazos de bajo riesgo repercuten en un beneficio tanto de las mujeres embarazadas como del servicio de salud previniendo complicaciones y enfermedades durante el mismo. Desde la atención primaria se realizará un seguimiento del estado de salud de la madre, desde las 9-12 semanas, se llevará a cabo una anamnesis detallada de la pareja y sus familiares para intentar descubrir el riesgo de aparición o repetición de una alteración genética.

Se controlará el peso y la talla de la embarazada, se procurará una buena educación para la salud, ejercicio físico, correcta alimentación, prevención de riesgos laborales y control de posibles enfermedades crónicas maternas como la hipertensión o la diabetes, suplementación de la alimentación con ácido fólico.

Se derivará al especialista para la realización de todas las pruebas pertinentes: ecografías, analíticas (hemograma, bioquímica, para prevenir la preeclampsia, grupo sanguíneo y Rh, serología de Lúes, serología de Toxoplasma y serología de Rubéola y urocultivo).

A lo largo de la gestación y en el tiempo correspondiente se irán realizando las distintas pruebas, como el Test de O'Sullivan para prevenir la diabetes gestacional

y el Cultivo específico para Streptococo β -agalactiae ya llegada casi a término la gestación.

Serán principalmente el médico y la matrona quienes realizarán este seguimiento.

Las tareas del TCAE en este proceso serán las siguientes:

- Recepción de la paciente en consulta.
- Colaborar en la exploración asegurando intimidad y privacidad.
- Comprobar la recepción de las Historias Clínicas y resultados analíticos de las gestantes citadas en el día.
- Cumplimentación de recetas.
- Gestión de traslados y/o derivaciones a urgencias u otras consultas.
- Colaborar en el ingreso y alta de la paciente cuando esté indicado.

Parto.

Una vez llegado a término el embarazo , ya ha llegado el momento del parto.

El parto, es la culminación del embarazo hasta el periodo de la salida del bebé del útero.

Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

El proceso del parto natural se categoriza en cuatro fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso, nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. En el momento del parto la mujer embarazada deberá ser ingresada en el centro hospitalario. En este momento los profesionales que deberán actuar serán el tocólogo, la matrona y el TCAE.

Serán competencia de este último las siguientes:

- Presentación y recepción en sala de urgencias obstétricas.
- Proporcionar intimidad y ambiente acogedor.
- Favorecer una progresión adecuada en este periodo.
- Procurar el bienestar materno-fetal.
- Informar de los procedimientos a realizar.
- La detección de los problemas reales y posibles según situación: dolor, ansiedad, déficit de conocimientos, retención urinaria, etc.
- La detección de problemas interdependientes y notificar al médico tocólogo responsable, la situación.
- Registrar las actividades.

- Apoyar en todo momento a la matrona y el tocólogo que asistirán al parto proporcionándoles los materiales que sean necesarios para la consecución de su actividad.

Posparto y puerperio.

El puerperio es el tiempo que pasa desde la expulsión de la placenta o alumbramiento hasta que tu aparato genital vuelve al estado anterior al embarazo. Suele durar entre seis y ocho semanas, es decir, alrededor de unos 40 días. Por eso, a este periodo se le conoce tradicionalmente como cuarentena. Una vez llegado al mundo el bebé, este y su madre necesitarán unos cuidados específicos. Los profesionales que atenderán este momento serán el pediatra, tocólogo, matrona y Auxiliar de enfermería.

El papel de este último será el siguiente. Deberá:

- Identificar al R.N. según protocolo
- Favorecer la adaptación del recién nacido/a a la vida extrauterina.
- Detectar precozmente signos y síntomas de alteraciones del bienestar del neonato.
- Reforzar la instauración y continuidad de la lactancia materna.
- Favorecer el contacto piel con piel.
- Vestir al neonato/a y colocarlo bajo una fuente de luz térmica o entre los brazos de la madre para mantener su temperatura.
- Colocar al R.N. al pecho para estimular la lactancia precoz, mantener su temperatura corporal y favorecer la relación madre-hijo.
- Registrar las actividades.
- Registro de datos en la historia clínica.

Respecto a los cuidados de la madre el TCAE deberá:

- Recepción y presentación a la madre.
- Valoración de su estado.
- Actividades de apoyo a la lactancia materna.
- Prestar cuidados y curas de episiotomía y tratamiento médico prescrito y/o protocolizado.
- Facilitar la lactancia precoz y eficaz.
- Procurar en todo momento el bienestar de la madre.

5 Discusión-Conclusión

Desde el inicio del embarazo, el control de la gestación así como de la salud de la madre, asesorarla y acompañarla cuidando sus hábitos, alimentación, atendi-

endo los posibles problemas de salud que pueden aparecer durante el embarazo como hipertensión, náuseas y vómitos, infecciones urinarias, edemas, diabetes gestacional, etc.

Es fundamental para prevenir posibles enfermedades en el feto y en la madre, la realización de este seguimiento desde un equipo multidisciplinar en el que se incluye el TCAE desembocará en el parto procurando siempre seguir asesorando y apoyando a la madre y cuidando por el bienestar de la misma y del recién nacido. Tanto en el embarazo como en el parto y en el postparto el TCAE es una pieza fundamental debiendo conocer su papel en cada momento, sirviendo de apoyo al resto de profesionales de la salud y velando en todo momento por el bienestar tanto de la madre en el embarazo y parto como de la misma y su bebé en el postparto.

6 Bibliografía

- “NOTAS DE ENFERMERIA”, Ehren Myers, 4º Ed. Ed Mc Graw Hill.
- <http://www.laalamedilla.org/GUIAS/Embarazo.pdf>
- Medline Plus.
- <https://www.elsevier.es/>
- <https://www.discapnet.es>.
- www.revista-portalesmedicos.com.
- <https://dialnet>.
- <http://www.laalamedilla.org/GUIAS/Embarazo.pdf>

Capítulo 321

LA ARTROSIS VISTA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

PATRICIA PÉREZ CASTRO

MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA

YOLANDA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

La Artrosis es una enfermedad degenerativa que afecta a las articulaciones; no es hereditaria pero si tiene un componente de riesgo genético. La Artrosis se produce mediante las alteraciones genéticas, mecánicas y biológicas que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la pérdida del cartílago articular, junto a la proliferación osteocartilaginosa subcondral y de los márgenes articulares (1); con la presencia de sinovitis crónica.

Las rodillas, las caderas y las articulaciones pequeñas de las manos son las más normalmente dañadas.

2 Objetivos

- Determinar las causas y los síntomas de la artrosis.
- Conocer el tratamiento junto al reposo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre la artrosis. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Los descriptores fueron: Artrosis, degeneración, cartílago articular, ejercicio y rodilla . Se han utilizado las bases de datos Medes, Scielo, Google Académico y diversos artículos científicos.

4 Resultados

Las causas por las que surge la artrosis son: el envejecimiento, los traumatismos y la “hiperutilización” de la articulación. La artrosis no tiene síntomas inicialmente.

- En una Artrosis Primaria: el paciente no tiene dolor, ni inflamación; sólo se puede describir por una radiografía donde se observa el grado de lesión por la calidad de degeneración articular.
- La Artrosis Secundaria: el paciente refiere ya un grado de dolor que se reduce con el reposo y existiendo ya inflamación y daño en la capa sinovial.

Los objetivos del tratamiento son: Aliviar el dolor; Reducir la inflamación; Mejorar las limitaciones funcionales; Retrasar la progresión de la enfermedad; Mejorar la calidad de vida. El tratamiento en la artrosis consiste en: analgesia, rehabilitación y las prótesis en los casos con mayor desgaste.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, un paciente con artrosis si sigue éstas recomendaciones como:

- Hacer ejercicio ya que favorece la articulación y desarrolla la fuerza de los músculos.
- Realizar una dieta baja en calorías, si el paciente con artrosis tiene sobrepeso.
- Dormir en una cama plana y mantener una postura corporal correcta cuando está sentado.
- Utilizar calzado adecuado, no usar tacones.
- Mantener una actitud positiva.
- Evitar sobreesfuerzos.

Va a tener una mejor calidad de vida que otro que no las siga. Por eso, es muy importante mantener un estilo de vida saludable y mantener un equilibrio entre el ejercicio y el reposo. El tipo más común de artrosis es la de la rodilla (5); ya que la obesidad predispone a éste tipo.

6 Bibliografía

1. Morgado I., Pérez A. C., Moguel M., Pérez-Bustamante F. J., Torres L. M.. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2005 Jul [citado 2019 Dic 15] ; 12(5): 289-302.
2. Jorge Jaime Márquez Arabia, William Henry Márquez Arabia. Artrosis y actividad física. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 Dic 15] ; 28(1): 83-100.
3. V. Montoto R. Torre: "El 25% de la población del país tiene dolencias reumáticas" [Internet]. Ine.es. 2018 [citado 18 junio 2018].
4. ARTROSIS Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 1.^a ed. Madr: Editorial Médica Panamericana,S.A.; 2010. Pag. 401
5. Uno de cada cuatro asturianos padece algún tipo de enfermedad reumática. europapress [Internet]. 2009 [citado 15 diciembre 2019];
6. FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA [Internet]. inforeuma.com. 2018 [citado 15 diciembre 2019].

Capítulo 322

LA SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

EMMA MARIA ANTON GARCÍA

JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ

GENEROSA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

La lactancia materna de manera exclusiva se recomienda hasta los primeros seis meses de vida por distintos organismos nacionales e internacionales (OMS, AEP, etc). Se recomienda seguir con la lactancia hasta que el niño tenga al menos dos años de edad y combinarla con el resto de los alimentos.

La lactancia materna no tiene una edad de finalización, se acabará cuando la madre y el niño lo deseen. El personal sanitario debe apoyar y promocionar la lactancia materna, explicando a los padres sus ventajas y el modo en que se debe llevar a cabo para que sea prolongada y satisfactoria.

La lactancia materna tiene efectos beneficiosos para la salud tanto de la madre como del niño. A pesar de esto la lactancia materna no es el modo de alimentación elegido por las familias en nuestro entorno, optando mayoritariamente en las últimas décadas por la alimentación artificial.

2 Objetivos

Conocer la situación de la lactancia materna a nivel global en cuanto a tasas de implantación y duración de la misma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la mayoría de los casos se elige la lactancia materna como opción de alimentación al nacer y se abandona antes de los seis meses de vida. Según datos publicados por UNICEF en 2016 un 43% de niños a nivel mundial continúan con lactancia materna exclusiva al llegar a los seis meses de vida. En Europa, según datos de la OCDE del año 2005 los resultados al inicio de lactancia materna serían del 100% en los países nórdicos, del 77% en Reino Unido, el 63% en Francia o tan sólo el 44% en Irlanda. Bajando estas tasas por debajo del 20% a los seis meses de vida en todos los casos.

Entre 1995 y 2015 se observa un incremento en las tasas de lactancia materna exclusiva entre los cero y seis meses de vida, pasando de un 24.9% a un 43%, en aquellos países que tenemos datos evolutivos.

En España se tiene poca información oficial sobre la lactancia materna, los artículos encontrados son encuestas realizadas por profesionales de la salud a nivel regional y de forma puntual.

Según datos de ENS la lactancia materna en España tanto exclusiva como parcial está alrededor del 71% al inicio, a los tres meses en un 66.5% (año 2019) y a los seis meses en un 46.9%. Sin embargo, la lactancia materna exclusiva a los seis meses estaba en un 28.5% en el año 2012 según ENS. Estos datos están cercanos a los europeos pero lejos de las recomendaciones de la OMS-UNICEF.

De uno a dos años de vida, las tasas de lactancia materna a nivel global pasan del 74% al 46%. En los países desarrollados se estima que la lactancia materna está sobre el 20% al un año y no hay datos disponibles para los dos años.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de las recomendaciones de los diferentes organismos científicos y de la salud, la lactancia materna no es una práctica implantada en los países desarrollados, siendo las tasas de lactancia materna menores en éstos que a nivel mundial. Los países con menos recursos económicos tienen mayores tasas de lactancia materna y la mantienen durante más tiempo.

6 Bibliografía

- Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y otros países. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría.
- OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño. Ginebra, 2003.
- Giménez López V., Jimeno Sierra B., Valles Pinto M.D., Sanz de Miguel E.. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España) : factores sociosanitarios que la condicionan. Rev Pediatr Aten Primaria (Internet). 2015 Mar (citado 2019 Dic 16); 17(65): 17-26.
- Pallás Alonso C.R., Soriano Faura Javier, Colomer Revuelta Julia, Cortés Rico Olga, Esparza Olcina - M. Jesús, Galba Sánchez-Ventura José et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten primaria (Internet) 2019 Junio (Citado 2019 Dic 16) , 21(82) . 191-201.

Capítulo 323

CUIDADOS DE LA DERMATITIS ATÓPICA EN NIÑOS

MONTSERRAT SUERO

1 Introducción

La dermatitis atópica es una enfermedad de carácter crónico que afecta a la piel. No se conoce la causa exacta, pero se cree está relacionada al asma y alergias. Consiste en la hinchazón, enrojecimiento y picazón de la parte del cuerpo afectada. Los síntomas son: -prurito intenso. - piel seca. -enrojecimiento e incluso ampollas. Afecta aproximadamente a un 10% de los niños en alguna etapa de su vida. Se inicia a las 6-8 semanas de vida, el 60% se inicia en el primer año de vida y sólo el 10 % inicia la enfermedad después de cumplir los 7 años.

2 Objetivos

- Reducir los síntomas aliviarlos y minimizarlos, ya que se trata de una enfermedad crónica e inflamatoria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre cuidados en la dermatitis atópica en niños. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Tratamiento de la dermatitis atópica: es sencillo y complejo a la vez. Un manejo adecuado del cuidado de la piel va a permitirnos aliviar los síntomas del paciente, que suele ser mucho picor. Evitar la ropa apretada, el calor excesivo en la vivienda, y la ropa tanto de vestir como de cama debe ser de algodón.
- En cuanto a la alimentación, sólo se deben eliminar aquéllos alimentos que en las pruebas clínicas demostradas supongan una alergia para el paciente. No hay evidencia que lo demuestre, pero se cree que la leche, el huevo, los frutos secos, el chocolate, y los conservantes son perjudiciales. Otro aspecto es evitar la deshidratación cutánea, usando vaselina y parafina. En los peores casos, el médico recetará el uso de corticoides.

5 Discusión-Conclusión

La localización en la fase del lactante es un exudado en forma de costras y se localiza en las mejillas; se puede extender a la frente y cuero cabelludo. También puede extenderse al resto del cuerpo con especial incidencia afectando a la superficie extensora de los miembros. En la fase infantil, que es desde los 2 años hasta la pubertad, las lesiones se hacen más populosas y menos exudativas, y se localizan en los pliegues; también afecta a los pies, muñecas, manos y tobillos; en ésta fase, hay una tendencia a la liquenificación activada causada por el rascado. El prurito intenso y el curso crónico o recurrente llevan a plantear el diagnóstico de dermatitis atópica.

En la práctica clínica, todos éstos criterios deben estar presentes: lesiones inespecíficas de dermatitis con morfología y distribución características, prurito, curso crónico o crónicamente recurrente. Morfología y distribución de las lesiones: eczema: caracterizado por zonas de eritema, edema, vesiculación, exudación y costras. Prurito: que desaparece con el rascado, siendo sustituido por una pequeña costra. Liquenificación: placas mal delimitadas, engrosadas, recorridas por surcos que delimitan áreas romboidales brillantes.

Cuando aparece la dermatitis atópica en la infancia, el pronóstico siempre es bueno. Disminuyendo los síntomas a medida que crece el pequeño y aplicando las medidas necesarias en su cuidado de la piel. Sólo del 20 % al 25% de los niños desarrollan síntomas persistentes después de la pubertad.

6 Bibliografía

- Resvista médica electrónica médica.
- Bases de datos pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 324

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE) AL PACIENTE CON HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA

LAURA MUÑIZ MONTEIRO

CRISBEL GALLARDO PEREZ

MÓNICA MARTÍN DÍAZ

ROSA MARIA VAZQUEZ GARCIA

M^a ANGELES MARTINEZ BESTEIRO

1 Introducción

El siguiente Proceso de Atención de Enfermería (PAE) recoge el plan de cuidados individualizado para un varón que padece hiperplasia prostática. A continuación, se describe la etiología, sintomatología, factores de riesgo modificables y no modificables y tratamiento enfocados a dicha patología que presenta una alta incidencia en nuestro país y en todo el mundo en varones a partir de 45 años.

Etiología: aumento de tamaño de la próstata, que puede causar goteo después de orinar o la necesidad de orinar con frecuencia, especialmente por la noche.

Factores de riesgo: no modificables: edad, raza, género, y modificables: peso, dieta, ejercicio físico, abandono de hábitos tóxicos.

Hombres mayores de 45 años, los síntomas suelen presentarse de los 60 a los 65 años, la obesidad abdominal, dieta alta en grasas y proteínas de origen animal, infecciones recurrentes del tracto urinario. o etnia y los antecedentes familiares.

Síntomas:

Obstructivos:

- Disminución del calibre y fuerza del chorro de la orina.
- Retardo para iniciar la micción.
- Pujo vesical.
- Chorro intermitente.
- Goteo terminal.
- Retención urinaria aguda o crónica.
- Sensación de vaciamiento incompleto.

Síntomas irritativos:

- Poliuria.
- Nicturia.
- Incontinencia por urgencia.
- Dolor al orinar.
- Hematuria.

Tratamiento médico:

- Alfa bloqueantes, doxazosina, terazosina, alfuzosina, tamsulosina, silodosina, inhibidores de 5 α -reductasa (finasteride y dutasteride y quirúrgico resección transuretral de próstata (RTP).

2 Objetivos

- Realizar un PAE funcional que recoja todas las necesidades y cuidados de un paciente con hiperplasia benigna de próstata con el fin de mejorar su calidad de vida.

3 Metodología

Este PAE se ha realizado con los libros NANDA, NIC, NOC e INTERRELACIONES en formato papel, los libros pertenecen a la biblioteca. El plan de cuidados de

enfermería con la interacción de las taxonomías NANDA, NIC y NOC hace más fácil la planificación de los cuidados del paciente y es estandarizado.

La NANDA clasifica los diagnósticos de enfermería y sirve como guía. La taxonomía NOC se utiliza para validar, denominar y clasificar los resultados de la intervención de enfermería. Nos da los indicadores y escalas de medición. La taxonomía NIC es una visión global y estandarizada de los procedimientos y cuidados que realiza el personal de enfermería al paciente para obtener la evolución esperada.

En conjunto, aseguran la estandarización del trabajo para asegurar una calidad de atención en cualquier hospital del mundo y seguridad al paciente. Se han seleccionado los siguientes diagnósticos de enfermería, con sus intervenciones y actividades (NOC-NIC):

- Ansiedad.
- Temor.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Deterioro de la eliminación urinaria.
- Riesgo de infección.
- Dolor crónico.
- Disfunción sexual.

4 Resultados

- Se considera un plan de cuidados completo para un paciente que padece hiperplasia benigna de próstata y contiene todas las necesidades físicas y psicológicas que pueda presentar el paciente:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, NOC Y NIC:

Ansiedad (00146)

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Características definitorias:

Conductuales:

- Disminución de la productividad.
- Nerviosismo.
- Insomnio.
- Expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
- Inquietud.

Afectivas:

- Angustia.
- Temor.
- Sentimientos de insuficiencia.
- Irritabilidad.
- Preocupación.

Fisiológicas:

- Aumento de la sudoración.
- Aumento de la tensión.

Simpáticas:

- Excitación cardiovascular.
- Palpitaciones.
- Aumento de la tensión arterial.
- Aumento del pulso.

NOC

Afrontamiento de los problemas (1302).

Dominio: Salud psicosocial (III).

Clase: Adaptación psicosocial (N).

Definición: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos de individuo.

Indicadores:

- 130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.
- 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 130213 Evita situaciones excesivamente estresantes.
- 130214 Verbaliza la necesidad de asistencia.

NIC

Aumentar el afrontamiento: disminución de la ansiedad(5230).

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias de la vida cotidiana.

Actividades:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación si resulta necesario.
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.

NIC

Disminución de la ansiedad 5820.

Definición: Minimizar la aprensión temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Escuchar con atención.
- Administrar medicamentos para la ansiedad, si están prescritos.

Temor (00148)

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias:

- Expresa inquietud.
- Expresa intranquilidad.
- Expresa reducción de la seguridad en sí mismo.
- Aumento de la alerta.
- Aumento de la presión arterial sistólica.
- Aumento del pulso.
- Aumento de la transpiración.

- Aumento de la frecuencia respiratoria.

Factores relacionados:

- Origen innato (dolor).

NOC

Nivel de miedo (1010).

Dominio: salud psicosocial (III).

Clase: bienestar psicológico (M).

Definición: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

Indicadores:

- 121015 Preocupación por la fuente del miedo.
- 121016 Aumento de la presión sanguínea.
- 121017 Aumento de la frecuencia radial.
- 121018 Aumento de la frecuencia respiratoria.
- 121020 Sudoración.
- 121022 Tensión muscular.
- 121026 Incapacidad para dormir.
- 121034 Pánico.

NIC

Apoyo emocional (5270).

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.

Actividades:

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa.

NIC

Escucha activa (4920).

Definición: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

- Mostrar interés en el paciente.

- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
- Evitar barreras a la escucha activa.

Incontinencia urinaria de urgencia(0019)

Dominio 3: eliminación e intercambio.

Clase 1: función urinaria.

Definición: emisión involuntaria de orina después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Características definitorias:

- Expresa tener pérdida involuntaria de orina con contracciones vesicales.
- Expresa tener pérdida involuntaria de orina con espasmos vesicales.
- Expresa urgencia urinaria.

Factores relacionados:

- Uretritis atrófica
- Infección vesical
- Disminución de la capacidad vesical
- Toma de diuréticos

NOC

Continencia urinaria 0502

Dominio: salud fisiológica (II).

Clase: eliminación (F).

Definición: control de la eliminación de orina de la vejiga.

Indicadores:

- 050201 Reconoce la urgencia miccional.
- 050208 Capaz de comenzar / interrumpir el chorro de orina.
- 050209 Vacía la vejiga completamente.

NIC

Entrenamiento de la vejiga urinaria 0570.

Definición: mejoría de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción.

Actividades:

- Llevar al paciente al aseo y recordarle que orine dentro de los intervalos prescritos.

- Proporcionar intimidad para ir al aseo.
- Utilizar el poder de la sugestión para ayudar al paciente a eliminar (ej: abrir grifos...)
- Expresar confianza en la posibilidad de mejorar la continencia.

Deterioro de la eliminación urinaria (00016)

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase 1: Función urinaria.

Definición: Disfunción en la eliminación urinaria.

Características definatorias:

- Disuria.
- Nicturia.
- Incontinencia.
- Retención.
- Frecuencia.
- Urgencia.

Factores relacionados:

- Obstrucción anatómica.
- Multicausalidad.

NOC

Eliminación urinaria 0503.

Dominio: Salud fisiológica (II).

Clase: Eliminación (F).

Definición: Recogida y descarga de la orina.

Indicadores:

- 050301 Patrón de eliminación.
- 050314 Reconoce la urgencia.
- 050333 Nicturia.
- 050332 Retención urinaria.
- 050329 Sangre visible en la orina.
- 050312 Incontinencia urinaria.

NIC

Cuidados de la incontinencia urinaria (0610).

Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Comentar los procedimientos y resultados esperados con el paciente.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1,5l de líquido al día.
- Obtener muestras de orina para prueba de cultivo y sensibilidad, si es necesario.
- Controlar periódicamente la efectividad de los tratamientos quirúrgico médico, farmacológico y autoprescrito.

Riesgo de infección (00004).

Dominio 11: seguridad/ protección.

Clase 1: infección.

Definición: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo:

- Procedimientos invasivos.
- Retención de los líquidos corporales.
- Defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel, Procedimientos invasivos.

NOC

- Control del riesgo: proceso infeccioso.
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- Perfusión tisular.

Perfusión tisular: periférica (0407).

Dominio: Salud fisiológica (II).

Clase: cardiopulmonar (E).

Definición: adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular.

Indicadores:

- 040712 Edema periférico.
- 040713 Dolor localizado en extremidades..
- 040746 Rotura de la piel
- 40747 Rubor.

NIC

Manejo de líquidos/ electrolitos (2080)

Definición: regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/ o electrolitos alterados

Actividades:

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.
- Administrar líquidos si está indicado
- Ajustar un nivel de flujo de perfusión intravenosa adecuado
- Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos
- Observar si hay manifestaciones de equilibrio de líquidos

Precauciones circulatorias (4070).

Definición: Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.

Actividades:

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica.
- No iniciar punción i.v. ni extraer sangre de la extremidad afectada.
- Evitar infecciones en heridas.
- Observar en las extremidades para ver si hay calor enrojecimiento, dolor o edema.

NOC

Severidad de la infección (0703).

Dominio: Salud fisiológica (II).

Clase: Respuesta inmune (H).

Definición: gravedad de infección y síntomas asociados.

Indicadores:

- 070307 Fiebre.
- 070333 Dolor.
- 070320 Colonización en el hemocultivo.

NIC

Control de infecciones (6540).

Definición: minimiza el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Poner en práctica intervenciones universales.
- Usar guantes estériles si procede.
- Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede.
- Cambiar los sistemas de línea i.v periférica y de línea central y los vendajes de acuerdo con los consejos actuales de los CDC.

Dolor crónico (00133).

Dominio 12: confort.

Clase 1: confort físico.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado previsible y una duración superior a 6 meses.

Características definitorias:

- Irritabilidad.
- Expresa dolor.
- Respuestas mediadas por el SN simpático.
- Cambios en el patrón de sueño.

NOC

Nivel de dolor 2102.

Dominio: salud percibida (V).

Clase: sintomatología (V).

Definición: intensidad del dolor referido o manifestado.

Indicadores:

- 210204 Duración de los episodios de dolor.
- 210206 Expresiones faciales del dolor.
- 210222 Agitación.
- 210209 Tensión muscular.

NIC

Manejo del dolor 1400.

Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad/severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Ayudar al paciente/familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.

- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.

Disfunción sexual (00059).

Dominio 8: sexualidad.

Clase 2: función sexual.

Definición: Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

Características definitorias:

- Incapacidad para lograr la satisfacción deseada.
- Percepción de deficiencia en el deseo sexual.
- Verbalización del problema.

Factores relacionados:

- Alteración de la función corporal.
- Alteración de la estructura corporal.
- Abuso psicosocial.

NOC

Envejecimiento físico 0113.

Dominio: salud funcional (I).

Clase: crecimiento y desarrollo (B).

Definición: cambios físicos normales que se producen con el proceso natural de envejecimiento.

Indicadores:

- 011323 Resistencia a infecciones.
- 011316 Funcionamiento sexual.

NIC

Asesoramiento sexual (5248).

Definición: utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Discutir el efecto de la situación de enfermedad/salud sobre la sexualidad.

NOC

Funcionamiento sexual 0119.

Dominio: salud funcional (I).

Clase: conocimiento y desarrollo (B).

Definición: integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.

Indicadores:

- 011907 Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas.
- 011905 Adapta la técnica sexual cuando es necesario.
- 011916 Expresa aceptación de la pareja.

NIC

Potenciación de la autoestima 5400.

Definición: ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Abstenerse de realizar críticas negativas o quejarse.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir un autoestima mas alto.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten el autoestima.

NIC

Manejo de la medicación 2380.

Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica o el protocolo.
- Comprobar la capacidad del paciente para medicarse si procede.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.

NIC

(*) Asesoramiento sexual, este NIC principal está incluido en el NOC anterior.

5 Discusión-Conclusión

La educación sanitaria es un complemento al cuidado:

- Acudir a revisión médica con regularidad a partir de los 45 años de edad.
- En caso de presentar síntomas realizarse valoración médica y prueba en sangre de antígeno prostático.
- Evitar el consumo de alimento grasos, alimentándonos sanamente.
- No fumar.
- Evitar el incremento de peso.

6 Bibliografía

- NANDA DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. Definiciones y Clasificación 2015-2017 BULECHEK
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. MOOHEAD
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed.

Capítulo 325

LA EDUCACIÓN SANITARIA EN LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ

GENEROSA GARCÍA SUÁREZ

EMMA MARIA ANTON GARCÍA

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual son patologías de naturaleza infecciosa que se transmiten principalmente de persona a persona durante las relaciones sexuales, aunque también puede darse contagio perinatal o por vía parenteral. Se incluye el estadio asintomático porque la persona infectada puede transmitir la enfermedad igualmente.

Según estimación de la organización Mundial de la Salud 357 millones de personas se contagian al año de alguna infección de transmisión sexual, siendo la incidencia menor en mujeres que en hombres. Según edad, las tasas más elevadas se producen entre los 25 y 45 años.

Las infecciones de transmisión sexual son un problema importante de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

2 Objetivos

- Recopilar información sobre las enfermedades de transmisión sexual y cuáles son las medidas a llevar a cabo para evitar su propagación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Existen más de 30 agentes patógenos bacterianos, víricos y parasitarios que pueden transmitirse-propagarse por esta vía. Las manifestaciones más frecuentes de infección de transmisión sexual son locales, en el sistema genitourinario, aunque son frecuentes las manifestaciones generales y de otros órganos.

Algunas de las infecciones más conocidas son infección gonocócica, sífilis, infección por *Chlamydia trachomatis*, linfogranuloma venéreo, virus de hepatitis B, papilomavirus humano, etc. las enfermedades de transmisión sexual más graves son causadas por virus, VIH y VPH, que producen sida y cáncer de cuello de útero respectivamente, la incidencia de casos de sida y la mortalidad continúa con la tendencia descendente que comenzó a mitad de los años 90. No existen tratamientos farmacológicos para los virus VIH o VPH, únicamente podemos controlar su propagación evitando conductas de riesgo y protengiéndose al mantener relaciones sexuales.

Se pueden considerar como factores de riesgo que debemos evitar los siguientes:

- Mantener las primeras relaciones sexuales de manera temprana, a edad menor de 14 años.
- Promiscuidad en las relaciones sexuales.
- Tener relaciones sexuales con personas infectadas por ETS.
- Relaciones sexuales sin protección.
- Ser consumidor de drogas por vía parenteral o nuestra pareja.
- Ser consumidor de prostitución o prostituirse.

- La manera de protegerse frente a las ETS es practicando las relaciones sexuales de manera segura. Esto significa usar condones, condones femeninos o barreras bucales. La población más vulnerable frente a las ETS son los jóvenes debido a un mayor desconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y sus consecuencias, y a no ser conscientes al riesgo. La mayoría de las parejas heterosexuales adolescentes usan el condón como medida para evitar un embarazo no deseado y no como medida de protección de enfermedades de transmisión sexual. Al tener una pareja estable se sustituye éste por la píldora como método anticonceptivo quedando sin protección frente a las ETS.

5 Discusión-Conclusión

Son enfermedades de transmisión sexual aquellas patologías cuyo mecanismo de transmisión es mayoritariamente aunque no exclusivamente a través de contactos sexuales.

Los sistemas de salud deben invertir en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual para reducir la morbilidad y la mortalidad, prevenir los contagios por VIH, prevenir la infertilidad causada por estas enfermedades, prevenir resultados adversos en el embarazo, etc. Las medidas de prevención se basan en la promoción del sexo seguro, ante todo entre los más jóvenes, la detección precoz de infecciones, la inmunización frente a las ETS para las que se dispone de vacuna y la vigilancia epidemiológica.

6 Bibliografía

- Díez M., Díaz A.. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Rev esp sanid penit (Internet). 2011 (Citado 2019 Dic 05) ; 13(2): 58-66
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006 2015 : romper la cadena de transmisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
- Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Epidemiología del VIH y de otras ETS en mujeres. España, diciembre 2018. - Madrid: Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III, Plan Nacional sobre el Sida- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2018.

Capítulo 326

MEDIOS DE ESTERILIZACION MAS UTILIZADOS

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

1 Introducción

La OMS define la esterilización como “ la técnica de saneamiento cuya finalidad es la destrucción de toda forma de vida, aniquilando todos los microorganismos, tanto patógenos como no patógenos, incluidas sus formas esporuladas, altamente resistentes.

2 Objetivos

- Analizar los diferentes tipos de esterilización en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Sánchez Moreno, A. 200
- García García-Saavedra, M.J. y Vicente García, J.C. 2002 Esterilización sanitaria
- Bases de datos Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 327

TIPOS DE RESIDUOS SANITARIOS

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

1 Introducción

Los residuos sanitarios son los residuos que se generan en las actividades que tengan relación con la salud humana, la veterinaria o con los laboratorios.

2 Objetivos

- Analizar los tipos de residuos sanitarios existentes en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en la base de datos: Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Gestal Otero, J.J. 2003 Residuos sanitarios.

- Rodríguez, J.J. e Irabien A. 1999 Residuos peligrosos.
- Base de datos Pubmed.
- Artículos de internet
- Bautista, C 1998 Residuos.

Capítulo 328

VIAS DE ADMINISTRACION DE LOS MEDICAMENTOS

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

1 Introducción

Las vías de administración es la parte del organismo por la que se administra un fármaco.

Existen diferentes vías de administración de medicamento, los cuáles se investigarán la siguiente revisión.

2 Objetivos

- Describir las diferentes vías de administración de medicamentos que existen actualmente, y sus características.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Vía oral: El medicamento se introduce en la boca. Es una vía de administración fácil y cómoda. La absorción es lenta. Se utiliza para la administración de pastillas, jarabes, cápsulas, comprimidos, suspensiones.
- Vía sublingüal: El fármaco se coloca debajo de la lengua y se deja que se disuelva. No se traga. Es una vía de absorción rápida.
- Vía rectal: El medicamento se administra a través del ano. Se utiliza para tratamientos locales o sistémicos en pacientes con dificultad para tragar, inconscientes o para la administración de fármacos que irritan la mucosa gástrica. Es una vía de absorción muy rápida. Los fármacos se administran en forma de supositorios, pomadas y enemas.
- Vía respiratoria (inhalatoria): Se utiliza para la administración de un gas, un líquido vaporizado o un sólido pulverizado a través de la vía respiratoria. Su absorción es muy rápida.
- Vía cutánea: El medicamento se aplica directamente sobre la piel. Ejerce una acción local. Son cremas, pomadas, gel, espuma, linimentos, lociones, etc.
- Vía oftálmica: el fármaco se aplica sobre la conjuntiva o córnea. Se utiliza en enfermedades oculares. Se presenta en forma de colirios, pomadas y soluciones.
- Vía ótica: Los medicamentos se administran a través del conducto auditivo. Se administra en forma de gotas.
- Vía nasal: El medicamento se administra por los orificios nasales.
- Vía genitourinaria: Se administran los fármacos a través de la uretra o la vagina. Se presenta en forma de pomada, crema, espumas, gel y óvulos.
- Vía parenteral: La administración del fármaco es a través de la piel mediante una inyección. Llega inmediatamente al torrente sanguíneo. Esta vía puede ser intradérmica, subcutánea, intravenosa, intramuscular, intraarterial.

5 Discusión-Conclusión

Existen diferentes vías de administración de medicamentos. El personal sanitario debe conocer cada uno de ellos y conocer en cada caso cuál es el más recomendable para la administración de un medicamento teniendo en cuenta las patologías asociadas del paciente.

Es importante, antes de administrar cualquier medicamento, conocer mediante el prospecto, la forma de administración para la cual está preparado por parte de laboratorio.

6 Bibliografía

- Asperheim (1998) Farmacología.
- Wikipedia.
- Cuidateplus.
- Msdmanuals

Capítulo 329

OXIGENOTERAPIA: TIPOS DE ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO.

BRENDA CABO DIAZ

1 Introducción

La oxigenoterapia consiste en la administración de oxígeno a concentraciones superiores que las que se encuentran en aire del ambiente. Su intención es prevenir o tratar los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia. El oxígeno utilizado en esta terapia es considerado un fármaco en forma gaseosa que se administra por vías aéreas.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de oxigenoterapia que existen.
- Describir la manera de aplicación de los tipos de oxigenoterapia y la utilización de cada uno de ellos dependiendo de la necesidad.

3 Metodología

Para la elaboración de éste capítulo hemos adquirido todo tipo de conocimientos a través de búsquedas en libros, consultando artículos y revistas. Hemos seleccionado entre todos ellos artículos que provienen de publicaciones académicas revisadas y todo tipo de fuentes relacionadas con la oxigenoterapia, tipos, sus formas y sus dispositivos de administración.

4 Resultados

Tipos de oxigenoterapia y su forma de aplicación según necesidades oximétricas del paciente:

- De alto flujo:

El paciente respira la totalidad del gas suministrado. Al ser respirado completamente se puede controlar temperatura, humedad y concentración.

En oxigenoterapia de alto flujo podemos utilizar mascarilla tipo Venturi: permite la administración de una concentración exacta de oxígeno.

- De bajo flujo:

No proporcionan el requerimiento inspiratorio total del paciente. En oxigenoterapia de bajo flujo podemos encontrar:

Gafas nasale: confortable para el paciente que le permite comer, beber y hablar sin necesidad de retirarlo.

Mascarilla facial simple: carece de válvulas y de reservorio, dispone de unos agujeros laterales que permiten la salida del aire espirado al ambiente.

Mascarilla con reservorio: estas mascarillas se emplean en la insuficiencia respiratoria hipoxémica, permiten el aporte de altas concentraciones de oxígeno, pero son inapropiadas en pacientes hipercápnicos que se agravan con la administración excesiva de oxígeno.

Existen además, otros sistemas como por ejemplo: oxigenación hiperbárica y la presión positiva en la vía aérea (CPAP y BIPAP).

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer los diferentes tipos de oxigenoterapia y sus tipos de administración y cuál debemos utilizar dependiendo del caso que nos encontremos con cada paciente.

6 Bibliografía

(1). Oxigenoterapia-Claudia Maldonado-junio 2019 <https://es.slideshare.net>

(2).Dispositivos para la administración de oxígeno y tipos-Jhon curlir- mayo 2019 disponible en <https://elsevier.es/oxigenoterapia/tipos/administración>.

Capítulo 330

ADMINISTRACION POR SONDA NASOGASTRICA DE ALIMENTOS POR TCAE

CECILIA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El sondaje nasogástrico es una técnica que consiste en la introducción de un tubo flexible en el paciente a través de las fosas nasales.

2 Objetivos

- Evaluar los usos de la puesta de un sonda nasogástrica (SNG).
- Determinar la evolución de los pacientes con SNG.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realiza una revisión bibliográfica en pubmed de los distintos protocolos y además, de los procedimientos de actuación del HUCA.

4 Resultados

Los objetivos de esta técnica son: -

- Administración de alimentación enteral.
- Administración de medicación.-Realizar lavados gástricos.
- Aspiración de contenido gástrico (para prevenir una broncoaspiración en pacientes intubados o con disminución de nivel de conciencia) .
- Descomprimir o retirar el aire o liquido del estomago.
- Prevenir un fallo en la sutura en pacientes sometidos a resección gástrica.
- Controlar la evolución de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) .
- Análisis de contenido gástrico en el laboratorio.

Evolución tras la colocación de las sondas nasogástricas, se observa que los pacientes que no tienen facilidad para masticar o deglutir mejoran los problemas gástricos que presentaban , ya que descomprimen el estómago de aire y de jugos gástricos.

5 Discusión-Conclusión

La formación profesional del personal en este campo es imprescindible para la buena realización de los cuidados por parte del paciente y familia. Es necesario un buen cuidado diario de la sonda así como la vigilancia de la zona y la forma de administración de la nutrición para evitar problemas futuros. Hay que hacer una mención especial a los cuidados y apoyos psicológicos que el paciente y familias pudiesen necesitar, pues se enfrentan a una situación nueva.

6 Bibliografía

- Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica. Editorial Glosa, S.L.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 331

LA DERMATITIS DEL PAÑAL EN EL BEBÉ

TAMARA LÓPEZ HEVIA

REBECA LÓPEZ HEVIA

1 Introducción

La dermatitis del pañal es la inflamación e irritación de la piel en la zona cubierta por el pañal, originada por el contacto prolongado de esta zona con la orina, las heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes...).

Es uno de los trastornos dermatológicos más frecuentes en la infancia, afectando aproximadamente al 35% de los lactantes. Afecta por igual a ambos sexos y se suele producir más frecuentemente entre los 6 y los 12 meses de edad. La incidencia es mayor en niños con diarrea.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de dermatitis del pañal.
- Determinar los factores causantes, los síntomas y las complicaciones de la dermatitis del pañal.
- Determinar el tratamiento y las medidas para prevenir la dermatitis del pañal.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos Dialnet y MedlinePlus y en el buscador Google Académico junto con artículos y revistas publicadas en la web, empleando los siguientes descriptores: dermatitis, pañal, bebés, piel.

4 Resultados

Hay varios tipos de dermatitis del pañal:

1. Dermatitis irritativa de las zonas convexas. Aparecen lesiones cutáneas en las áreas que tienen un contacto más directo con el pañal, como son los genitales externos, las nalgas y las zonas perineales. A su vez se divide en:

- Eritema en “W”. Afecta a la región glútea, genitales y superficies convexas de los muslos.
- Eritema confluyente. Eritema más vivo e intenso, con afectación de los pliegues y signos de exudación.
- Dermatitis erosiva. Ulceraciones superficiales en sacabocados, salpicadas, en número reducido.

2. Dermatitis irritativa lateral. Afecta a la zona lateral de las nalgas, en las áreas que corresponden a la parte del pañal que carece de material absorbente, y en la que se produce un contacto directo y prolongado de la piel con el material plástico

3. Dermatitis irritativa por químicos: se produce una irritación primaria por la aplicación de sustancias antisépticas, detergentes, cáusticos o perfumes en la zona del pañal.

4. Dermatitis irritativa perianal: se debe a la irritación de la zona anal y perianal por el contacto prolongado o repetido con las heces y/o la fricción excesiva con productos de limpieza (toallitas, jabones, etc.).

- Factores causantes: la fricción, la oclusión, la excesiva humedad, la capacidad irritante de la orina y las heces, así como el aumento del pH en la piel del área del pañal. Al final, hay un daño sobre la barrera de la epidermis, con pérdida de función de la barrera de la piel.

- Los síntomas de la dermatitis del pañal son un sarpullido de color rojizo que se vuelve mayor con el tiempo; descamaciones que se enrojecen en el escroto y pene de los niños y en los labios y vagina de las niñas y; también es característica

la aparición de granos, ampollas, úlceras o protuberancias grandes, además de llagas llenas de pus en algunos casos.

Las complicaciones más habituales son las infecciones, principalmente, por el hongo *Candida albicans* que es muy común en los niños. Éste prolifera en zonas calientes y húmedas por lo que el interior de un pañal es un lugar muy propenso para que se desarrolle. Otras complicaciones son las infecciones bacterianas por estafilococos y estreptococos, el granuloma infantil asociado a la utilización de corticoides tópicos de alta potencia, la hipopigmentación y la presencia de cicatrices atróficas.

- El tratamiento y la prevención será:

1. Tratamiento: consistirá en mantener la zona del pañal limpia y seca, junto con la aplicación de cremas de barrera como los corticoides tópicos de baja potencia (hidrocortisona al 1%), antifúngicos si hay una sobreinfección candidiásica y antibióticos tópicos si hay una sobreinfección bacteriana, siempre bajo prescripción médica.

2. La prevención consistirá en aplicar las siguientes medidas:

- . Realizar una buena higiene de la zona, logrando que esté seca y limpia. Para ello, se lavará con agua tibia y un jabón neutro.
- . Cambiar los pañales con frecuencia. Mantener, si es posible, al bebé sin pañal durante algunos momentos del día.
- . Secar la piel del bebé con un paño suave y sin frotarla.
- . Después del baño y tras cada cambio de pañal es recomendable aplicar en las nalgas del bebé, cremas de barrera con acción absorbente y astringente, como el óxido de cinc. En todo caso, siempre con el siguiente cambio del pañal, se retirarán los restos de la anterior aplicación sólo con agua y se aplicará nuevamente una fina capa. El ácido bórico y el bicarbonato de sodio, son potencialmente tóxicos y deben evitarse.
- . Usar pañales no oclusivos y que dejen transpirar la piel.
- . No colocar los pañales demasiado ajustados.

5 Discusión-Conclusión

La dermatitis del pañal es un trastorno muy frecuente en el bebé y está demostrado que aplicando medidas preventivas adecuadas como limpiar y secar bien la piel o el cambio frecuente del pañal entre otros, disminuirá el riesgo de desarrollarla.

6 Bibliografía

1. Trastornos cutáneos más frecuentes del recién nacido y del lactante. Dermatitis del pañal. IV Miñana - PediatríaIntegral, 2012 - pediatriaintegral.es.
2. Dermatitis irritativa del pañal: revisión bibliográfica. Antonio Torrelo-Fernández, María Victoria Cambredó-Aparicio, Fernando García-Sala-Viguer, Santiago Gómez-Facundo.
3. Dermatitis del pañal y trastornos relacionados T. Pozo Román.
4. SG Jiménez - El farmacéutico: profesión y cultura, 2017 - elfarmacéutico.es.
5. Dermatitis del pañal. E. Zambrano Pérez, A. Torrelo Fernández, A. Zambrano Zambrano.
6. <https://medlineplus.gov/>
7. <https://cuidateplus.marca.com/>

Capítulo 332

CAMBIOS POSTURALES

JESSICA CARLOTA MENENDEZ GARCÍA

TAMARA MENÉNDEZ SIERRA

ANA BELEN PARAJA SUAREZ

MARIA TERESA PARAJA SUAREZ

AZAHARA FERNANDEZ BUELTA

HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal de la persona encamada, siendo la mejor manera de prevención de las UPP, ya que proporcionan confort y calidad de vida a los pacientes.

Debido a su fácil manejo se pueden realizar sin problemas en el domicilio. Es en el ámbito hospitalario donde se forma a los familiares para que puedan realizarlo sin problemas en el domicilio. En el ámbito sanitario los profesionales encargados de esta tarea serían la auxiliar de enfermería junto con el celador. Tras una valoración realizada por enfermería, sobre cuáles serían los materiales necesarios para la movilización y la frecuencia de estas.

2 Objetivos

- Explorar las nuevas aportaciones para el manejo de los pacientes encamados.
- Evaluar la eficacia de los cambios posturales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, y la base de datos nacional CUIDEN-plus.

Se utilizaron los descriptores: cambios posturales, ancianos, cuidados, prevención. El idioma seleccionado a sido el español.

4 Resultados

Los cambios posturales disminuyen notablemente la aparición de las úlceras. Aumenta la confianza del paciente en el personal encargado de sus cuidados y además, se reduce la dermatitis por pañal en personas con incontinencia urinaria, debido a la frecuencia de cambio de pañal , ropa y sábanas cuando estén sucias.

Los cambios posturales le ofrecen a los pacientes una mejor calidad de vida, evitando las deformidades y la aparición de contracturas musculares.

Para la realización de los cambios posturales se ha de tener en cuenta los siguientes puntos:

- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre si.
- Seguir las recomendaciones sobre el manejo de pesos y cargas.
- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio del paciente.
- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento de la población ha generado un aumento significativo de las UPP, debido a la poca movilidad. Por eso la importancia de unos buenos cuidados, basandonos en los cambios posturales como

mejor medida de prevención. La alteración en la percepción sensorial debido a uso de medicamentos de uso continuado, como los neurolépticos/psicotrópicos y las enfermedades urinarias ,que provocan compromiso de la humedad y apareamiento de la fricción y deformaciones, son características confirmadas en una población altamente vulnerable para el desarrollo de lesiones crónicas.

Por ello los cuidados deben ser orientados sobre la importancia y medidas para el alivio de presión, revisando e implementando procedimientos simples como el cambio de posición, uso correcto de la sábana, la posición en las sillas y en cama, prevención de la fricción durante los movimientos, control de la humedad así como la facilidad y estímulo en la alimentación e hidratación.

Para realizar el cambio de posición variaremos la postura cada 2 o 3h, alternado ambos laterales (izquierda-derecha) la postura boca arriba (o supino) y la posición de semi-sentado a Fowler.

6 Bibliografía

- F.P. GarcíaColchón viscoelástico vs colchón de presión alternante: el uso está condicionado por la valoración del riesgo de úlceras por presión Evidentia (2005), p. 2
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Directrices generales sobre prevención de las úlceras por presión. GNEAUPP; 2013 feb. 6 p. (Documentos del GNEAUPP, n.º 1) [citado 4 DIC 2019]. Disponible en: <http://www.gneaupp.org>

Capítulo 333

PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA POBLACIÓN.

IRIS ASUETA RODRÍGUEZ

CAROLINA CORRAL GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR

1 Introducción

Los egipcios inventaron la primera pasta dental a base de piedra pómez pulverizada, cascara de huevo, uñas de buey, sal, pimienta, hojas de menta, mirra flores y agua, fue en el siglo XV cuando los chinos inventaron los primeros cepillos de dientes compuestos por cerdas de jabalí con mangos de bambú o hueso.

Parece ser que el primer colutorio lo idearon los griegos, se enjuagaban la boca con orina humana para prevenir la caries y blanquear los dientes. El hilo dental estaba formado por pelo de caballo.

Al fin, en el siglo XVIII, se comercializa la primera pasta de dientes en recipientes de cerámica en polvo o pasta, proveniente de Inglaterra, con flúor no llegaría hasta finales de los 60. En los años 30 llegan los cepillos de dientes de nylon y plástico, al que muchas más personas podían acceder a él. En 1939 Suiza saca el cepillo dental eléctrico, llegando a España mucho más tarde, en 1973.

La OMS define salud bucodental como “ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la

persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”

La placa bacteriana es una estructura blanda, pegajosa, adherente y tenaz formada por colonias de bacterias y matriz interbacteriana que se deposita sobre dientes, encías, otras partes de la boca cuando hay higiene inadecuada en la boca, una vez instaura solo se podrá eliminar con procedimientos mecánicos de limpieza. Es precursora de caries, enfermedades periodontales y tártaro.

Las bacterias presentes en la boca y causantes de la periodontitis pueden repercutir en otras zonas de nuestro cuerpo causando:

- Enfermedades de corazón: las bacterias viajan a la sangre llegando al corazón.
- Endocarditis: las bacterias crean bolsas en los revestimientos interiores y las válvulas del corazón provocando inflamación y e infección.
- Hemorragias cerebrales: la lucha del corazón contra las bacterias hace que éste estreche las paredes arteriales o forme coágulos.
- Inflamación: las encías inflamadas y sangrantes pueden implicar una inflamación sistemática incurable.
- Artritis reumatoide: la enfermedad periodontal empeora el dolor de las personas que sufren esta afección.
- Enfermedades pulmonares: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la neumonía puede empeorar por la presencia de las bacterias en sus pulmones.

2 Objetivos

- Estimular la prevención bucodental es mejorar la salud oral de la población y enseñar la importancia de adquirir y mantener hábitos higiénicos y dietéticos. Eliminar los restos de alimentos y las tinciones de los dientes, interferir en la formación de la placa bacteriana para evitar que resulte patógeno para las encías y dientes.
- Concienciar de la importancia de la higiene bucal se viene dando tiempo atrás. Ahora disponemos de materiales muy avanzados para poder mantenerla, cuando no se disponía de estos materiales, en la prehistoria usaban pequeñas ramas masticadas por un extremo a modo de cepillo de dientes para retirar los restos de comida.

3 Metodología

Se hace una búsqueda sistemática en una de las principales bases de datos: Scielo. Como descriptores: placa bacteriana, cepillo dientes, historia salud bucodental, OMS, enfermedades periodontales. Predominó el idioma español en los artículos revisados.

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos en Word. Los artículos revisados han sido publicados durante los últimos 16 años.

4 Bibliografía

1. World Health Organization. World Oral Health Report 2003. Published 2003. Accessed 15 February, 2018.
2. Manau, C., Zabalegui, I., Llodra, J. C., & Rebelo, H. (2004, abril). CONTROL DE PLACA E HIGIENE BUCODENTAL.
3. Sarduy, L., & Gonzalez, M. E. (2016, julio). La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana.
4. Sosa, M. C. (2003, julio). Evolución de la fluoruración como medida para prevenir la caries dental.
5. Napoles, I., Fernández, M., & Jimenez, P. (2015, junio). Evolución histórica del cepillo dental.
6. Rizzo-Rubio LM, Torres-Cadavid AM, Martínez-Delgado CM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Rev. CES Odont 2016; 29(2): 52-64.
7. Pérez-Bejarano NM, Ferreira-Gaona MI, AlarcónGonzález VS, Díaz-Reissner CV, Arce-Mena MM, Cueto-González NC, et al. Comparación del tiempo de cepillado de la técnica habitual con la técnica de Bass en estudiantes de Odontología. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(3):81-85

Capítulo 334

CAÍDAS EN EL ANCIANO

MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO

NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ

1 Introducción

La OMS define las caídas como una “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Las caídas sufridas por el paciente anciano producen una elevada morbilidad y mortalidad (88% de fractura de cadera). Esto si lo juntas, con el inmovilismo, la incontinencia urinaria, úlceras por decúbito, y el deterioro cognitivo, son uno de los grandes síndromes geriátricos. En una caída existen varios factores de riesgo , como alteraciones del equilibrio y la marcha, enfermedades crónicas, fármacosetc, y exposición a situaciones que pueden originar el riesgo de la caída, esto debe tomarse muy en cuenta.

La caída en un anciano no es un hecho inevitable, debido al proceso de envejecimiento normal de la persona. En la mayoría de las veces, es 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.

Las fracturas de la región de la cadera, se corresponden con las que se producen en el extremo superior del fémur, y, junto con las fracturas de la muñeca, son las más frecuentes en los ancianos.

Se divide en dos grupos: las de cuello del fémur y las de la región trocanterea, las dos van a tener problemas muy similares. Se suelen originar por caídas triviales, y están causadas en gran parte por la osteoporosis, tan habitual a estas edades, tienen lugar en una región que soporta cargas semejantes a tres veces el peso del cuerpo, y, salvo excepciones, todas ellas deberán pasar por quirófano si se quieren lograr los mejores resultados. Esta zona (que en los jóvenes es muy resistente), es en donde los efectos de la osteoporosis se van a ver muy marcados en los ancianos, por la desaparición de trabéculas óseas a veces en cantidades importantes en las del cuello del fémur y a la región trocánterea. Estas fracturas son bastante más habituales en las mujeres, esto es debido a que la gran pérdida de cantidad de hueso (osteoporosis) es mayor en las mujeres que en los hombres.

2 Objetivos

- Establecer los tipos de prevención de caídas.
- Evaluar los factores de riesgo de caídas en el anciano así como las escalas de valoración funcional.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- La prevención engloba tres ámbitos:
 - 1.- Prevención primaria: Medidas preventivas para evitar las caídas, cómo :
 - Mantener un campo de visión amplio al llevar objetos y no cargar demasiado peso.
 - Al recoger algo del suelo, es mejor arrodillarse.
 - Mantener una buena forma física.
 - Revisar que estén en buen estado las gafas, audífonos, bastones, andadores.....etc.
 - Mantener una buena dieta y hidratación.

- Usar zapatos de suela antideslizante.
- Visitar al médico una vez al año, consultando si nota disminución de la visión, o si se tienen mareos.
- Consultar con el médico si observa algún efecto secundario al tomar los medicamentos.
- Informar al anciano, familia o cuidador de los peligros que pueden haber en el medio en que esta.

2.- Prevención secundaria: empieza una vez que el anciano ha sufrido una caída y se basa en la evaluación de los factores que pueden influir en una nueva caída.

3.-Prevención terciaria: se trata de disminuir la presencia de incapacidad después de la caída. Son todas las medidas rehabilitadoras que ayuden a disminuir las secuelas físicas y psíquicas tras una caída.

- Factores de riesgo y escala de valoración funcional:

Para reconocer los factores de riesgo, es necesario llevar a cabo una valoración completa del anciano. La evaluación geriátrica: proceso de diagnóstico multidimensional y multidisciplinar dirigido a las capacidades funcionales, médicas y psicosociales del anciano, con el fin de progresar y llegar a un plan de tratamiento. Se catratamientos que sigue el paciente. Las caídas suelen suceder más en mayores de 65 años, y con más frecuencia en las mujeres. Cuanto más edad se tiene, más importantes son los daños. Hay que tener en consideración las enfermedades que en ese momento tenga el paciente. Más de la mitad de las caídas se corresponde con diagnósticos médicos. Las dos terceras partes de los ancianos que padezcan una caída, sufrirán otra en los siguientes 6 meses. Otro factor de riesgo es la polifarmacia , que es tomar más de tres fármacos, aumentando el riesgo de sufrir caídas. También, hay que tener en cuenta otras valoraciones, como:

-Valoración funcional:hay varias escalas de valoración funcional; entre ellas, la de Barthel, índice de Katz y escala de la Cruz Roja (valoran las ABVD). También se puede usar el cuestionario de la OMS para caídas en el anciano. Cuanto mayor es el nivel de dependencia, es menor el peligro de sufrir una caída. Después de una caída, el anciano siempre disminuye sus salidas y con ello su movilidad.

-Evaluación mental: Hay que tomar en cuenta y dar atención al síndrome post-caída, ya que la caída produce efectos psicológicos que van a predisponer a nuevas caídas.

-Evaluación social: Hay que tomarla en consideración ,por su relación directa con la motivación a la actividad y movilidad.

- Exploración Física: Esta dirigida a aquellos aparatos relacionados directamente con la independencia y la calidad de vida del anciano.

- Exploración neurológica: El efecto que ejerce el envejecimiento sobre el sistema nervioso produce en estos pacientes, alteración de la percepción del espacio, comprensión y orientación, lo que esto conlleva, el riesgo de caídas .
- Exploración del aparato cardiorrespiratorio: por causa de las enfermedades vasculares, hay una mala adaptación a los cambios tensionales.
- Exploración del aparato locomotor: Pueden desencadenar caídas por sí mismas o facilitarlas.
- Exploración de los órganos de los sentidos.
- Exploración del equilibrio y de la marcha, caracteriza por su complejidad.

5 Discusión-Conclusión

Para que un paciente con el síndrome postcaída recupere su vida normal lo antes posible, tendrá que tener la ayuda del fisioterapeuta, que aparte de tratar el equilibrio, marcha y consecuencias de las caídas, tendrá que darle confianza y apoyo, intentando reducir los miedos y la ansiedad. También Colaborará en todo momento con todo el equipo multidisciplinar para que el paciente pueda avanzar en su rehabilitación.

Después de una caída, la familia suele hacerse sobreprotectora y tiende a hacer todas las cosas por él. Lo que esto hace, que la dependencia del paciente sea mayor y haya una modificación de sus hábitos de vida, lo que genera síntomas depresivos, ansiedad, miedo y posiblemente aislamiento social. En los períodos largos de recuperación física, suele empeorar la ansiedad que aparece en las fases intermedias del tratamiento. Por otro lado, los síntomas depresivos suelen aparecer inmediatamente después de la caída, ya sea por haber estado un tiempo en el suelo, o porque esto le recuerde que ya no es tan joven.

Hay que intervenir sobre los factores intrínsecos y extrínsecos, adaptando el entorno al anciano, actuando sobre la luz, suelos antideslizantes, barras de ayuda en los baños y escaleras, calzado adecuado y educación al anciano y a sus familiares.

El tratamiento debe de ser continuo y con metas alcanzables, por esto, habrá que motivar a este paciente. Exista o no una lesión física, este temor a una nueva caída influye en las reacciones de equilibrio. Por otra parte, es muy importante recomendar a este tipo de pacientes, técnicas de relajación y equilibrio corporalmente, y por supuesto, mucho ánimo.

6 Bibliografía

- www.zonahospitalaria.com. Dra. Susana Clemos Matamoros. Medicina interna. Complejo Hospitalario de Navarra.
- www.geriatricarea.com. Lidia Amela, enfermera de BSP Asistencia.
- www.scielo.isciii.es. Revista Cubana Med Gen
Bases de datos pubmed, EMBASE y Scielo
- www.muysaludable.sanitas.es
- Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 335

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARTA GONZÁLEZ OCHOA

1 Introducción

Cuando la expectativa médica ya no es la curación, hay que conseguir la más alta calidad de vida para el paciente, hablamos entonces de los cuidados paliativos, que deben cubrir necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

2 Objetivos

- Establecer el control de los síntomas,(dolor,disnea) y dar apoyo emocional y comunicación, (con el enfermo y la familia).
- Establecer un equipo interdisciplinar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- La sensación de dolor es totalmente subjetiva y sólo el paciente puede notarla ,las dosis serán reguladas individualmente, la potencia del analgésico la determinará la intensidad del dolor y no la supervivencia prevista, jamás usar un placebo. Usaremos una administración secuencial (escala de analgesia EVA).
- El equipo interdisciplinar es de vital importancia para plantear un cuidado al paciente y la familia de forma integral y holística.

5 Discusión-Conclusión

Como medidas de resumen en el cuidado de estos pacientes, se puede decir que:

- Evaluar antes de tratar.
- Explicar las causas de los síntomas.
- Estrategia terapéutica (medidas farmacológicas y no farmacológicas).
- Fijar plazos para la obtención de objetivos (contemplar la prevención de nuevos síntomas). - El tratamiento siempre debe ser individualizado .
- Controlar los síntomas.
- Mejorar y minimizar los efectos secundarios de las medidas terapéuticas.

6 Bibliografía

- El blog de la enfermera (2019).Los cuidados .
- <https://medlineplus.gov>.
- <https://wwwelsevier.es>.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 336

CASO CLÍNICO DE UNA NIÑA PREMATURA CON TDAH.

M^a CRISTINA RIERA ZAPICO

1 Introducción

Se dice prematuro a todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación y así mismo llamaremos grande prematuro todo bebe que nazca antes de la semana 32. El TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) provoca un déficit de funciones en los niños que lo sufren, esto no facilita si de base ciertos niños prematuros presentan menor capacidad a nivel cognitivo.

Existen tres tipos de TDAH:

- Falta de atención predominante.
- Conducta hiperactiva/impulsiva predominante.
- Combinado: Es una mezcla de las dos anteriores.

Los síntomas pueden ser leves, moderados o graves.

2 Objetivos

- Detectar ciertos comportamientos característicos del TDAH del niño prematuro, durante su desarrollo.

3 Caso clínico

Niña de 3 años, nacida prematuramente en la semana 32+2 días, con un peso de 1910 kg, se le detecta síntomas de TDAH justo al comenzar su etapa preescolar.

Estos síntomas son: Retraso en el lenguaje, problemas de psicomotricidad fina, dificultar al realizar tareas cotidianas cuando se le manda más de una orden, no presta atención a los detalles, inquietud motora excesiva llegando a cambiar de actividad continuamente, camina muchas veces acelerada de puntillas.

Se le valora psicológicamente creando seguimientos para planificar una educación a sus necesidades entre los padres y los profesores con la finalidad de normalizar este trastorno en edad temprana de la niña.

4 Resultados

Los comportamientos detectados son retraso en el lenguaje, problemas de psicomotricidad fina, dificultar al realizar tareas cotidianas cuando se le manda más de una orden, no presta atención a los detalles, inquietud motora excesiva llegando a cambiar de actividad continuamente, camina muchas veces acelerada de puntillas.

En los últimos años se ha visto un aumento continuo de nuevos casos de prematuridad, siendo las complicaciones maternas las causas principales para que se produzca un adelanto del parto, siendo provocadas la mayoría por una cesárea de urgencia.

Debido a este adelanto del parto se ha notado ciertas afecciones a los niños, tales como la inmadurez. Los síntomas comienzan antes de los 12 años, en ciertos niños se comienza a notar a partir de los tres años justo en la época en el que el niño empieza en el colegio.

5 Discusión-Conclusión

Se observa mayor caso de TDAH en niños prematuros y niños nacidos con bajo peso en el nacimiento. También se observa mayor riesgo de inmadurez en niños que sufren hipoxia durante el parto.

Se tiene que estar más pendiente al comenzar la etapa preescolar. Para detectar un posible TDAH se usan unas pautas de la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico (DSM-5), de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association).

6 Bibliografía

- [Http://www.tdahytu.es/tdah-en-ninos-prematuros](http://www.tdahytu.es/tdah-en-ninos-prematuros)
- [Https://www.mayoclinic.org](https://www.mayoclinic.org)
- <https://webdelmaestrocmf.com>
- <https://www.understood.org>

Capítulo 337

FUNCIONES DEL TCAE EN CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA

SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

1 Introducción

El TCAE forma parte del equipo en las consultas de oftalmología, desempeña diversas y muy variadas funciones dentro de la consulta, muchas veces invisibles para los pacientes que acuden a ella. Aquí describiremos tales funciones con el fin de dar visibilidad a nuestro trabajo.

2 Objetivos

- Detallar cada una de las funciones que realiza el TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión sistemática de artículos relacionados con las funciones del TCAE dentro de la consulta de oftalmología de un hospital. Se han consultado

diferentes páginas como: Google académico, artículos en revistas del ámbito sanitario.

4 Resultados

Las funciones del TCAE en la consulta de oftalmología consiguen junto al oftalmólogo y equipo de enfermería un trabajo eficiente y adecuado. Las funciones del TCAE son:

- Preparar las historias de cada paciente: Para ello sacaremos de la carpeta general de cada paciente la subcarpeta que pertenece a oftalmología, y se meten en ella etiquetas adhesivas con los datos del paciente, que posteriormente usaremos para pegarlas en los resultados de las pruebas que se le hagan. Si no la tuviera, por tratarse de una primera consulta, se la haríamos poniendo en una subcarpeta nueva una etiqueta adhesiva con sus datos y nº de historia clínica, además del sello del servicio.
- Preparar la consulta: Se retiran los paños que cubren el carro de material oftalmológico, la lámpara y el proyector. Comprobaremos que el carro tiene todo el material necesario (colirios, pomadas, gasas, tonómetro, oftalmoscopio, etc.). Colocaremos en la parte superior del carro el tonómetro, oftalmoscopio, estenopeico, triángulo para tapar el ojo y hoja de lectura de cerca. Sacaremos la lente para ver el fondo del ojo y se colocará en la mesa de lámpara de hendidura.
- Preparación de escritorio: Sacando el taco de revisiones y notas, cuartillas con membrete, recetas de gafas, Sello de la consulta y tapón de tinta, grapadora y las subcarpetas de consulta.
- Trabajo en consulta: a. Acomodaremos al paciente en el sillón. b. Empezamos a tomarle agudeza visual con su gafa propia si tiene. Primero se comienza con el ojo derecho (tapándole el izquierdo), comenzando por las letras o números más grandes y se irá bajando filas cada vez a más pequeño hasta que ya comprobamos que ve mal la fila completa (máximo se llega hasta 1,0 = la unidad). c. Si el médico lo indica, pondremos gotas de fluotest para medir la presión intraocular, y tropicamida para dilatar la pupila. d. El tonómetro y la mentonera de la lámpara siempre se limpia entre paciente y paciente con gasas y alcohol de 70°. e. Al finalizar la consulta se recoge todo el material, reponiendo el carro de colirios, pomadas, gasas, y todo lo necesario; dejándolo de nuevo tapado.

Técnica de instilación de gotas: Colocamos al paciente con la cabeza ligeramente

hacia atrás se separa el párpado inferior dejando caer una o dos gotas en el saco conjuntival. f. OCT: si el médico solicita la realización de esta prueba, pegaremos la etiqueta del paciente, donde añadiremos a mano la exploración a realizar (máculas, nervio, etc.) Y la dejaremos en la consulta destinada a tal fin, siempre respetando el orden de pacientes. La colocación adecuada del paciente tanto en la prueba de OCT, refractómetro y lámpara de hendidura siempre es la misma, se le acomoda en el taburete, mentón apoyado en mentonera, y la frente pegada en la parte superior. g. Administrar fármacos por vía lagrimal: se pone anestésico doble y lidocaina (2 o 3 veces con un espacio de un minuto entre ellas). Se prepara material dilatador y cánula con jeringa de 5cc con suero salino.

5 Discusión-Conclusión

Cumpliendo los pasos descritos conseguiremos que la consulta discurra de forma adecuada, evitando dar vueltas innecesarias y alargando aún más el tiempo de consulta que ya de por sí suele ser elevado, debido al tiempo de espera para el efecto de los colirios y la variedad de pruebas que pueden llegar a ser necesarias según el paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.laboratoriosthea.com>
- <https://www.codem.es/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 338

FUNCIONES DE TCAE EN PARTOS

SUSANA CANTELI CORTE

1 Introducción

Siempre que haya paciente en el servicio de partos, será prioridad en cualquier turno y habrá que estar en el servicio.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones de la TCA en partos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Acompañar a la paciente a su habitación, hacerle entrega del camisón que debe llevar y hacer que se sienta lo más cómoda posible durante el proceso de dilatación, que puede llegar a ser muy incómodo. Cuando llegue el momento de llegar al paritorio, debemos acondicionar este adecuadamente: limpiarlo si es necesario,

preparar el material esterilizado, colocar a la paciente en la posición adecuada y rasurar la zona genital o la de la incisión si el parto se realizará por cesárea.

Ayudar a la paciente con la lactancia materna, especialmente si esta es madre novel. También tendremos que encargarnos de mantener su mayor comodidad y garantizar una correcta higiene íntima.

Otras: el resto de competencias son parecidas a las que ejecutaría un Auxiliar de Enfermería en cualquier quirófano: velar por su limpieza, esterilizar el material necesario y garantizar que esté listo para usar en cuanto se requiera. Deberás conocer perfectamente los nombres y usos de este tipo de instrumental que se utiliza en los partos. Por último, tendrás que mantener una buena comunicación tanto con la matrona como con la enfermera siguiendo sus indicaciones y formar un buen equipo para dar la mejor atención a cada paciente.

Está claro que trabajar en un hospital como Auxiliar de Enfermería es uno de los trabajos más reconfortantes para un profesional tan preocupado por ayudar a los demás. Y hacerlo en un paritorio significará tratar con pacientes llenas de la ilusión y de la esperanza que supone traer una nueva vida al mundo.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de la TCA en partos son muy importantes de ella depende el control del orden del material del apoya tanto a la gestante y acompañante como al personal sanitario que trabaja en el área de partos (matrona, ginecólogo, pediatra, anestesista, celador y limpieza).

Si quieres trabajar en hospitales como Auxiliar de Enfermería debes saber que son numerosos los departamentos en los que puedes atender a los pacientes. En cada uno de ellos las competencias de este profesional pueden variar en algunos aspectos, ya que se adaptan a las exigencias de los pacientes de este área. ¿Pero cuáles son los cometidos de un Auxiliar de Enfermería dentro de un paritorio?

La primera función como profesional sanitario es acompañar a la paciente a su habitación, hacerle entrega del camisón que debe llevar y hacer que se sienta lo más cómoda posible durante el proceso de dilatación, que puede llegar a ser muy incómodo. Cuando llegue el momento de llegar al paritorio, debemos acondicionar este adecuadamente: limpiarlo si es necesario, preparar el material esterilizado, colocar a la paciente en la posición adecuada y rasurar la zona genital o la de la incisión si el parto se realizará por cesárea.

Durante el postparto las funciones del Auxiliar de Enfermería variarán ligeramente: tendremos que ayudar a la paciente con la lactancia materna, especialmente si esta es madre novel. También tendremos que encargarnos de mantener su mayor comodidad y garantizar una correcta higiene íntima.

El resto de competencias son parecidas a las que ejecutaría un Auxiliar de Enfermería en cualquier quirófano: velar por su limpieza, esterilizar el material necesario y garantizar que esté listo para usar en cuanto se requiera. Deberás conocer perfectamente los nombres y usos de este tipo de instrumental que se utiliza en los partos. Por último, tendrás que mantener una buena comunicación tanto con la matrona como con la enfermera siguiendo sus indicaciones y formar un buen equipo para dar la mejor atención a cada paciente.

Está claro que trabajar en un hospital como Auxiliar de Enfermería es uno de los trabajos más reconfortantes para un profesional tan preocupado por ayudar a los demás. Y hacerlo en un paritorio significará tratar con pacientes llenas de la ilusión y de la esperanza que supone traer una nueva vida al mundo.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 339

ACTUACION Y CUIDADOS DEL TCAE EN PACIENTES CON DEPRESION

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

OLGA BARREIRO MANASES

1 Introducción

El trastorno depresivo en su máxima expresión es un trastorno que se integra en la familia de la psicología o psiquiatría, solía llamarse distimia que es el estado de animo de una persona que esta regularmente bajo. Tiene repercusiones psicológica, sociales, espirituales, económicas y laborales. La depresión le puede ocurrir a personas de todas las edades.

La depresión es una enfermedad complicada, y una de las principales lacras del siglo XXI, sobre todo en personas mayores, es una enfermedad progresiva que afecta a todo el cuerpo. Se caracteriza por una tristeza, ganas de llorar, los síntomas que pueden presentar los pacientes deprimidos puede ser alteraciones del sueño, alteración del apetito y del peso, alteraciones sexuales, alteraciones conductuales, (quejas somáticas). La persona siente una exagerada ansiedad y síntomas físicos que les impide realizar actividades de su vida cotidiana, (quejas cognitivas). Hay 3 síntomas fundamentales en los trastornos depresivos: animo decaído, tristeza, anhedonia y anergia que constituyen la llamada triada de los tres “as”.

Los síntomas depresivos varían según la persona, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave. La causa de la depresión se desconoce exactamente

ocurre mas en mujeres que en hombres, tiende a ser hereditario, así como acontecimientos de la vida, como la pedida de un ser querido, problemas económicos.

Hay que valorar los tipos y niveles de depresión e identificar en cada caso el mejor tratamiento y cuidado a cada persona. Los profesionales de enfermería suelen ser los que mas directamente esta en contacto con el paciente, tienen que estar formados para poder reconocer y evaluar y nos indique que esa persona esta en una depresión.

2 Objetivos

- Determinar la actuación del TCAE en el cuidado de enfermos con depresión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. El método utilizado búsqueda en base de datos para poder conocer a rasgos generales lo que es un trastorno depresivo, cuales son la causas mas generales y los síntomas fundamentales, así como los cuidados que se pueden realizar. Método utilizado internet en artículos de enfermería y psiquiatría, búsqueda manual de revistas de esta temática

4 Bibliografía

- Depresión and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. Arch Gen Psychiatry.
- Depresión y envejecimiento: algunas cuestiones de interés respecto a la investigación epidemiológica. Revista Multidisciplinar de Gerontología 18(2), 76-80
- Real Academia Español (2014) Diccionario de la lengua español (23° ed.) Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- González-Poves,. Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes. Revista de Enfermería Herediana, 6(2), 66-77.
- Zarragoitia I. Depresión. Características principales. ECIMED; 2011

- Hernández Becerril, Nava Galán MG. Cuidados. Proceso de atención de enfermería en pacientes deprimidos. *Enf Neurol*. 2012;
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 340

EL TCAE EN LA LACTANCIA MATERNA

BELEN GARCIA BARBA

1 Introducción

La OMS recomienda que los niños tomen lactancia materna desde el nacimiento desde los 4 o 6 meses. La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido, solo esta contraindicado bajo indicación médica, cuando existe:

- Enfermedad grave o transmisible de la madre.
- Toma de medicamentos que se eliminan por la leche.
- Factores psicológicos o ideológicos que lo desaconsejen.

2 Objetivos

- Determinar las fases de producción de leche materna.
- Identificar las recomendaciones dietéticas para la gestante.
- Indicar cuidados en el inicio de la lactancia al neonato.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Fases de producción de la leche:

- Calostro: Tiene mayor densidad que la leche madura, es amarillenta debido a los betacarotenos, se produce del primero al quinto día. El calostro es muy rico en células vivas, proteínas, enzimas, betacarotenos y posee menor cantidad de lactosa y grasas.
- Leche de transición: Se produce del 6° al 15° día. Tiene menor cantidad de inmunoglobulinas que el calostro, mayor cantidad de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles. Es la leche de mayor variabilidad de una madre a otra.
- Leche madura: Se produce entre el día 16° y el destete, es menos espesa y más acuosa que las anteriores.

Recomendaciones dietéticas para la gestante:

- Alimentos que hay que evitar o reducir durante la lactancia:
 - Se debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas.
 - El consumo de pescado de gran tamaño como el atún o pez espada, deben limitarse a una porción por semana, estos pueden contener niveles elevados de mercurio que pueden afectar al desarrollo del bebe.
 - Las bebidas con cafeína no son recomendables durante la lactancia o al menos se deben reducir.
- Alimentos recomendados durante la lactancia:
 - Tomar al menos 5 frutas o verduras al día.
 - Los alimentos con almidón, como el pan integral, proteínas de carnes magras, legumbres y lácteos (leche, queso y yogurt) también deberán formar parte de la dieta en la lactancia materna.
 - Aumentar ingesta de productos de alto contenido en fibra, para ayudar a mejorar el problema del estreñimiento.
 - Es importante ingerir mucho líquido (agua, zumo de frutas naturales y leche descremada). En ocasiones es recomendable tomar suplemento de vitamina D, puesto que durante la lactancia se produce un descenso de la misma.

Cuidados en el inicio de la lactancia al neonato:

- La lactancia materna debe comenzar tan pronto como sea posible tras el nacimiento.
- Si el estado del bebe y de la madre lo permite, se iniciará en la primera hora tras el parto.
- Es importante crear un ambiente adecuado en el que la madre y el bebe estén relajados.

- No administrar suero glucosado ni dar chupete antes de la toma.

5 Discusión-Conclusión

De forma general, los beneficios de la lactancia materna se resumen en:

- Efectos positivos de la leche materna:
- Disminuye la morbilidad.
- Disminuyen las infecciones.
- Disminuye la patología alérgica.
- Disminuye enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, etc.).
- Favorece el desarrollo psicomotor.

6 Bibliografía

- Protocolo de inicio de la lactancia materna en la unidad de obstetrician. Cerda Juan, Carmen, Prieto Valle, Juana María. Hospital Son Llatzer. 2008.
- Asociación Española de pediatría. Comité de lactancia materna, Recomendaciones para la lactancia materna.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 341

LA IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL

BEATRIZ LEAL LÓPEZ

BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ

ROCIO DEL CORRO MEGIDO

JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ

1 Introducción

Tanto en la Constitución Española de 1978 como en la de la mayoría de los países de nuestro entorno se establece que la salud y la sanidad merecen la atención del Estado, lógicamente ciudadanos sanos hacen un país sano, un país mejor. La salud bucodental no es un asunto pequeño en esta cuestión pues una boca sana redonda en una mejor salud. No obstante, hay evidencias de que es un campo que debe cuidarse con más profundidad. Por ejemplo La revista The Lancet publicó un artículo donde especialistas en salud bucodental de diez países pusieron de manifiesto el problema existente a nivel mundial sobre este asunto. Sus estudios revelaron que más de 3.500 millones de personas, equivalente a más de la mitad de la población mundial, padecen alguna enfermedad bucodental, siendo la más frecuente la caries y enfermedades periodontales, infecciones que si no se tratan a tiempo pueden derivar en problemas importantes de salud.

Las declaraciones del profesor Habib Benzian miembro de la Federación Dental Internacional pone de manifiesto una razón más del porqué del aumento de las enfermedades bucodentales. Dice: “Más de la mitad de la población mundial no ha visto a un dentista en su vida y nunca lo verá si no conseguimos integrar la atención bucodental en los centros de salud.”

Las enfermedades bucodentales aumentan de manera alarmante, dándose altos porcentajes de afectados. Es preocupante su aparición en edades muy tempranas con cada vez más frecuencia, convirtiéndolas en un problema de salud pública. Un ejemplo de ello es España. El doctor Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas aseguro que las caries se está convirtiendo en una enfermedad infantil. En nuestro país ya la padecen 2 millones de niños menores de 6 años, de los cuales de cada 100 dientes de leche con caries, solo se tratan 20, pudiendo tener repercusiones serias en la dentición definitiva. ¿Cómo se podía abordar y reducir este problema?

La promoción y prevención en salud bucodental pretende transmitir una serie de conocimientos y de actitudes que lleven a la persona a la toma de buenas decisiones con el objetivo de prevenir futuras enfermedades y mejorar su salud. Para intentar poner freno a esta situación algunos países han puesto en marcha campañas de promoción y prevención bucodental entre sus ciudadanos. El objetivo principal es educar y concienciar a la población, adultos y niños. Son merecedores de atención: adquirir hábitos saludables en cuanto a la frecuencia del cepillado dental, una dieta equilibrada reduciendo el consumo de azúcares por su evidente incidencia en la caries dental y la necesidad de revisiones periódicas por un profesional a fin de prevenir patologías bucodentales que generan problemas graves de salud en un futuro.

Según datos de la Comisión Europea, hay países que sufragan a sus ciudadanos una parte del gasto en salud bucodental. Así lo hace Alemania soportando un 68%, Croacia el 61%, Eslovaquia el 56%, Eslovenia el 51%. Por el contrario España, un país que se le considera con un buen servicio de salud, solo gasta un 1% en esta materia. La razón es que ni la caries ni la enfermedad periodontal se consideran un peligro en la salud de las personas. Las autoridades gubernamentales deben de facilitar a sus ciudadanos el acceso libre y con el menor coste posible a estos tratamientos, el no hacerlo así dañaría la salud de las personas, lo que implicaría gastos adicionales a las arcas del Estado.

2 Objetivos

Identificar iniciativas llevadas a cabo desde el Ministerio de Sanidad y otras instituciones para:

- Promoción y prevención bucodental.
- Reducir el número de infecciones y enfermedades periodontales con implementación de buenos hábitos de higiene dental.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica de tipo narrativo se hizo una búsqueda minuciosa para recopilar artículos relacionados con la salud bucodental. Para ello se utilizó diferentes bases de datos como Medes, Scielo, diccionario de la Real Academia Española, buscadores como Google Académico.

Como criterio de inclusión y exclusión y habiendo obtenido un resultado total de 35 artículos, hemos seleccionado aquellos que estuvieran redactados en castellano e inglés y con una antigüedad no superior a 18 años, artículos de procedencia gratuita y excluyendo aquellos de pago, por lo que al final hemos utilizado un total de 7 artículos que nos han aportado información y que cumplía los criterios antes mencionados. Para ello, se ha teniendo presente en todo momento la temática del congreso utilizando palabras claves como salud bucodental, promoción, prevención, odontólogo, campañas. Se buscó diferentes artículos que mostraran datos específicos sobre la problemática que existe en salud bucodental tomando como referencia a España así como varios artículos de la Constitución Española para hacer referencia a los derechos del ciudadano español.

4 Resultados

Iniciativas identificadas:

- Este mismo año, el 22 de marzo, aprovechando el Día Mundial de la Salud Bucodental, el Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española lanzó una campaña dirigida especialmente al cuidado en los niños con un el lema “Piensa en tu boca, cuida tu salud.”³ Meses después el ayuntamiento de Alcorcón, un municipio de la comunidad de Madrid, junto con la Fundación Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos tomó la misma iniciativa. Los soportes que se utilizaron en estas campañas con el objetivo de llegar al máximo número de

personas fueron: anuncios en televisión, en autobuses y sus marquesinas, vallas, prensa, anuncios previos a películas infantiles en los cines, etc.

- Otra iniciativa fue animar a médicos odontólogos a dar charlas a los escolares sobre la importancia del cuidado de la boca, adquirir hábitos diarios como cepillarse los dientes tras las comidas, técnicas de cepillado, reducir los alimentos azucarados y no descuidar las visitas periódicas al dentista quien vigilara las posibles caries que pudieran aparecer.³ Estas campañas, aunque van dirigidas especialmente a los niños, también pretenden concienciar a los adultos a incluir en su rutina diaria los mismos hábitos y cuidados pues el paso de los años tiene un desgaste en nuestro organismo y por ende en el aparato estomatognático.

- La escasa frecuencia en el cepillado dental, una alimentación desequilibrada, el tabaco, alcohol, los medicamentos y el pánico al dentista, puede dañar gravemente no solo a nuestros dientes sino también los labios, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales, las amígdalas y la orofaringe y la articulación temporomandibular⁴, pudiendo ser las responsables de padecer cáncer bucal. Según Haward Jenkinson asegura que las bacterias que se acumulan en las encías y los dientes en forma de placas pueden pasar desde la boca al torrente sanguíneo aumentando el riesgo de infarto e ictus. El Plos One, una revista científica asegura que la bacteria *porphyromonas gingivalis*, la causante de la gingivitis, produce inflamación en las encías debido al acumulo de placa bacteriana acumulada entre los dientes. Si no se trata, esta bacteria puede destruir neuronas causando diferentes tipos de demencia y Alzheimer.

- El Estado Español, en materia de sanidad ha delegado ciertas competencias a sus comunidades autónomas. Esta es una razón del porque en salud bucodental no tienen las mismas coberturas entre ellas. Un ejemplo de ello es el País Vasco. En el año 1990 se implanto un sistema de cobertura dental para niños con edades comprendidas entre los 7 hasta los 15 años.

- Se acordó con odontólogos privados una cantidad anual de dinero por cada paciente. Con esta iniciativa se logró reducir el número de niños con caries. Otras comunidades como Castilla La Mancha y Castilla León tienen un modelo mixto, por un lado los tratamientos más sencillos los realizan dentistas públicos y los más complejos se derivan a odontólogos privados. Aun así para muchas familias el acudir a un odontólogo supone un desembolso grande en su economía. El Instituto Nacional de Estadística estima que una familia tenía un gasto medio de 435 euros en el dentista.

- Algunos partidos políticos en sus campañas electorales han propuesto el acceso a la atención pública odontológica. El economista Sánchez Martínez comento que el extender la cobertura le costaría al Estado Español alrededor de 7.000 millones de euros, el 10% del gasto público en salud, cifras que en estos momentos no se pueden asumir.¹

5 Discusión-Conclusión

La salud debe ser un asunto prioritario y capital para toda la población. Así lo refleja la Constitución Española en el artículo 43. “Se reconoce el derecho a la protección de la salud” “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.”

Se habla muchas veces de la buena calidad de la sanidad pública española y en muchos aspectos lo es. Sin embargo cuando analizamos el tema de la salud bucodental nos damos de bruces con una realidad bastante diferente. Al compararla con los países de nuestro entorno encontramos una brecha grande en cuanto a lo que estos países destinan a este capítulo. Si lo comparamos con Alemania que es el país que más recursos públicos de la UE destina a la salud bucodental nos separan 67 puntos y 29 con la media de la UE según las estadísticas de salud de la OCDE en el año 2018, quedando España a la cola. Así que el ciudadano español que quiera acceder a determinados servicios sanitarios de salud bucodental tendrá que hacer un desembolso importante, generando así una discriminación con aquellos que no se lo pueden permitir.

Añadimos a esta discriminación causas geográficas, pues según la comunidad autónoma en que uno resida disfrutara de mayor o menor protección sanitaria. Dada la extensión del problema y las repercusiones a medio y largo plazo en la salud, convendría seguir llevando a cabo la promoción y prevención bucodental potenciando el valor higiénico preventivo, hábitos saludables en la alimentación y visitas periódicas al especialista. Un incremento del gasto público en salud bucodental así como un catálogo de servicios sanitario públicos para todo el territorio nacional.

Como conclusión:

La Federación Dental Internacional puso de manifiesto según estudios recientes que más de la mitad de la población mundial padece caries y enfermedad periodontal. Lo más alarmante es que afecta a niños cada vez en edades más tem-

pranas. Se concluyó que una higiene y cepillado deficiente así como una alimentación con alto porcentaje de azúcares tienen un papel decisivo en el aumento de caries y otras enfermedades bucodentales tanto en niños como en adultos. Se destacó también la necesidad de revisiones dentales periódicas por profesionales cualificados.

Para concienciar a la población de las diferentes enfermedades que pueden aparecer tanto a corto como a largo plazo al no cuidar la boca así como las repercusiones económicas y sociales. Se hicieron campañas de promoción y prevención de salud bucodental dirigidas especialmente a los niños y por ende a toda la población.

Dentro de la UE hay países como Alemania, Croacia, Eslovenia que tienen una cobertura amplia en salud bucodental facilitando a sus ciudadanos el acceso a la misma sin serles una carga económica. Sin embargo el ciudadano español no dispone de este tipo de coberturas, para muchas personas acudir al dentista se considera un lujo. Muchas familias no pueden afrontar este tipo de gastos y si lo hacen por pura necesidad se desestabiliza la economía familiar ya que estos tratamientos son muy costosos y en ocasiones se demoran en el tiempo.

6 Bibliografía

1. ANA ALFAGEME https://elpais.com/sociedad/2019/09/08/actualidad/1567967341_846415.html
2. Rioboo García R. Educación para la salud Bucodental. Avances. Odontología Preventiva y odontología 1. Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. ULY MARTÍN, comunitaria. Madrid, 2002: 1321-41.
3. Campaña de Salud Bucodental 2019 Prevención y concienciación, claves para una buena salud bucodental desde la infancia.
4. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). «estomatología». Diccionario de la lengua española (23.ª edición).
5. Enfermedades causadas por una mala higiene bucal.
6. Constitución Española de 1978. Título I, Capítulo III, artículo 43.
7. Ley 14/ 1986 de 25 de abril. Título I, Capítulo II, artículo 41.

Capítulo 342

VIVIR CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA

ADRIANA CAMPILLO CASO

PATRICIA VEGA TORRES

CARLA LLAMAZARES CAMPILLO

1 Introducción

Con este trabajo se pretende dar a conocer qué es la intolerancia a la lactosa, cuales son su causas así como su tratamiento. La lactosa es el azúcar que se encuentra de forma natural en la leche. Para digerirla, el organismo humano precisa de la enzima lactasa que se produce normalmente en la mucosa intestinal, y que transforma la lactosa en unidades más pequeñas. La intolerancia a la lactosa se debe a la disminución de lactasa en el conducto digestivo.

Los síntomas suelen aparecer de los 30 minutos a las 2 horas después de haber ingerido alimentos que contengan lactosa, generalmente acompañados de flatulencias, cólico intestinal y diarrea. Los síntomas desaparecen entre y horas más tarde. Estos se deben a que la lactosa no digerida en el intestino delgado, pasa al grueso y allí es fermentada por las bacterias de la flora intestinal produciendo hidrógeno y otros gases.

2 Objetivos

- Establecer recomendaciones dietéticas y farmacológicas en pacientes con intolerancia a la lactosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Recomendaciones dietéticas:

- Prescindir por completo de la leche y productos que la contengan ya que no existe ningún tratamiento para aumentar la habilidad del organismo para producir lactasa. Sin embargo, cuando la deficiencia de lactasa es parcial, se pueden tomar pequeñas cantidades de leche sin que se produzcan trastornos.
- Otra línea de tratamiento se basa en tomar preparados orales de lactasa en el momento de la toma de alimentos con lactosa.
- Realizar una alimentación variada y equilibrada para asegurar que no se produzca déficit de calcio en todos aquellos nutrientes que participan en la composición de huesos y dientes, así como asegurar la ingesta diaria de raciones de alimentos ricos en calcio (legumbres, leche de soja, frutos secos...) El calcio solamente se usa y es absorbido cuando existe suficiente cantidad de vitamina D en el organismo y esta vitamina se encuentra en lácteos, huevos y pescado.

5 Discusión-Conclusión

Aun teniendo una intolerancia a la lactosa se puede llevar a cabo una vida totalmente normal solamente con cuidar un poco nuestra alimentación.

6 Bibliografía

- www.lactosa.org
- La vida lactea, Oriol Sans - Amat editorial
- Seccion digestivo Hospital San Agustin, Avilés
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 343

TCAE EN SALUD COMUNITARIA. ATENCIÓN PRIMARIA.

MARTA ELENA PUENTE MUÑIZ

FELI PUENTE FERNÁNDEZ

LOURDES MARIVEL ROJAS GUERRA

1 Introducción

La Atención Primaria debe ser considerada como un factor determinante en el sistema sanitario en la actualidad dado el papel fundamental que posee sobre los indicadores del nivel de salud de la comunidad sobre todo por su gran importancia en cuanto a la curación y prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Es importante reseñar que el buen funcionamiento de la atención primaria de salud viene determinado por el trabajo de un equipo multidisciplinar dentro de los propios centros de salud (auxiliares, enfermeros, celadores, médicos...) que además de trabajar de una forma complementaria entre ellos, deberán llevar a cabo sus tareas y funciones de prevención, curación y promoción de salud de forma paralela y complementaria junto con otros profesionales, los de atención especializada u hospitalaria.

2 Objetivos

- Identificar los objetivos que persigue la atención primaria.
- Describir las funciones específicas de las auxiliares de enfermería en los equipos de atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del Técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los objetivos de la atención primaria son:

- Elevación del nivel de salud de los ciudadanos y las comunidades.
- Elevación del nivel de calidad del sistema de salud, y del grado de satisfacción de usuarios y profesionales.
- Integración de la actividad sanitaria asistencial y la preventiva, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia curativa.
- Asistencia sanitaria individual y colectiva, ambulatoria, domiciliaria y de urgencias.
- Diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades para evitar hospitalizaciones innecesarias y educación sanitaria.
- Diagnóstico continuado de la salud de la zona. Vigilancia epidemiológica.
- Planificación, organización, dirección y evaluación de los servicios sanitarios.
- Salud materno-infantil, laboral, mental y ambiental.
- Participación comunitaria. Acercamiento entre usuarios y profesionales.
- Reinserción social. Investigación y docencia.
- Coordinación con los servicios de Atención especializada y atención primaria de otros ámbitos geográficos.

Las funciones específicas para las auxiliares de enfermería en los equipos de atención primaria.

- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona, planificación, organización y evaluación de los programas como apoyo a las tareas realizadas por el resto del personal sanitario.
- Ayudar en las labores de promoción de salud y prevención de enfermedad, así como la atención a los enfermos y en la rehabilitación de las secuelas dejadas por la enfermedad.

- Colaborar en las pruebas diagnósticas y en la aplicación de tratamientos, como apoyo al personal de enfermería.
- Realizar la higiene, alimentación, vestir y desvestir al enfermo, etc., si ello fuera necesario.
- Contribuir a la mejora de la calidad del sistema de salud, desde su posición como profesional de la salud

5 Discusión-Conclusión

Es quien vela al paciente, residente, por la noche su descanso y su seguridad, atento a cada cambio que se produce, observando minuciosamente todo su cuerpo para detectar cualquier signo o síntoma importante que denote una alteración de su situación, le ayuda las actividades básicas que necesita para su día a día, preocupándose por su estado anímico e intentando hacer feliz su estancia ya sea en un centro de día, hospital, residencia o en el propio domicilio.

El trabajo del técnico del auxiliar de enfermería conforma un gran equipo humano, ya que en situaciones difíciles somos los que vivimos de primera mano la enfermedad de cada paciente, su mejoría y como mantener una calidad de vida óptima cada día. Trabajo en equipo: dada la importancia de la unificación de criterios en las actuaciones y de lo determinante que es actuar de forma complementaria y paralela cuando se pretende optimizar los resultados en lo referente al nivel de salud del individuo o comunidad.

- Prestación de servicios al individuo, la familia y la comunidad: de manera que se implica en el proceso de curación, prevención y promoción de salud no sólo al individuo en sí, sino que se considera de vital importancia la concepción global de la atención primaria a la hora de prestar servicios de salud.
- Prestación de servicios mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

“Es un profesional que es capaz de ponerse en nuestro lugar y hacernos más agradable posible esa complicada situación a la que todo/as estamos expuesto o hemos pasado para superar y recuperar la salud”

6 Bibliografía

- Higiene del medio hospitalario. Ed Mc Graw-Hill.

- Auxiliar de enfermería en atención primaria. Organigrama de un centro de salud. Francisco J. Serrano Martinez. Juana Serrano Martinez. y Julia Cordon Llera.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 344

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LA SANIDAD

MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El término que conocemos en la actualidad como burnout fue acuñado en los años 70 por Hebert Freudenberger y lo definió como un “estado de crisis psiquiátrica y física como consecuencia de un estrés severo y altas expectativas en personas que ejercen profesiones de atención y cuidado. En un principio se refería al personal médico y de enfermería”. En estos momentos el término también es empleado en otras profesiones que en principio ejercen más bajo niveles de estrés, agotamiento físico y emocional, como pueden ser la docencia” (Gómez y Estrealla-Castilo, 2015).

Maslach fue la creadora del Inventario de Maslach Burnout (MBI), usado para el diagnóstico de este síndrome. Según Maslach y Jackson se trata de un Síndrome tridimensional donde nos encontramos tres síntomas o dimensiones: agotamiento emocional y físico, despersonalización, baja realización personal en el trabajo (Thompson, 2016; Jiménez y García, 2016).

La primera dimensión, agotamiento emocional y físico, se relaciona con falta de energía, la segunda dimensión, despersonalización, se refiere a la deshumanización hacia los demás con carácter pesimista, distante e indiferente y la tercera dimensión donde nos encontramos la baja realización personal del trabajo tiene que ver con la insatisfacción y no alcanzar los logros en el trabajo (Cañadas-De la Fuente, Albendín-García, San Luis, Gómez-Urquiza y Cañadas, 2016).

En el ámbito sanitario nos encontramos que la enfermería es una de las áreas de la salud donde más se sufre el síndrome de burnout. Se agrupa con patologías de origen físico, con cuestiones emocionales, absentismos laboral, disminución del rendimiento en el trabajo y una forma de actuar negativa que al final termina en una disminución en la calidad de los cuidados que se realizan a los pacientes (Cañadas-De la Fuente, Albendín-García, San Luis, Gómez-Urquiza y Cañadas, 2016; Aldrete, Navarro, González, Contreras, y Pérez; Vilá, Cruzate, Orfila, Creixell, González, y Miralles).

El objetivo de la revisión bibliográfica identificar los motivos de padecer del Síndrome de Burnout en los profesionales de sanidad y por otro, indica aquellas medidas que pueden ayudar a prevenir el padecimiento de esta afección en dichos sanitarios, así como intentar paliarla una vez establecida.

2 Objetivos

- Identificar los motivos de padecer del Síndrome de Burnout en los profesionales de sanidad.
- Establecer medidas para ayudar a prevenir el padecimiento de esta afección en dichos sanitarios.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica de los estudios cuyos descriptores primarios fueran “definición de burnout”, “sanitarios ““burnout en sanidad”. Los descriptores usados estarán principalmente en los títulos de los artículos y con correspondencia efectiva en algún área buscada.

La búsqueda se realizó en bases de datos informatizadas: MEDLINE, CUIDEN, Scielo y BASE y con una data máxima de 2014. La revisión proporcionó 15 estudios que cumplían los criterios de inclusión.

La metodología desarrollada en este trabajo sobre el Síndrome de Burnout en las profesiones sanitarias es una revisión bibliográfica exploratoria. Los valores de inclusión en el trabajo de búsqueda fueron: el tipo de documentos, ya que la búsqueda se baso en artículos en español e inglés, documentos de más de diez años de publicación y gratuidad al texto completo.

Los criterios de exclusión en la búsqueda fueron: información no contrastada,

artículos con una antigüedad mayor de diez años, datos de páginas no médicas o acreditadas y artículos no gratuitos o de textos completos.

4 Resultados

- En un primer análisis de los artículos revisados llegamos a la conclusión que ámbito de los profesionales sanitarios las de mayor prevalencia de sufrir del Síndrome de Burnout es el departamento de enfermería por ser los sanitarios que más en contacto directo con personas con problemas de salud y sus familiares están (Jiménez y García, 2016). Dentro de la misma categoría, se refleja que a mayor especialización del servicio mayor es la responsabilidad de sufrir el síndrome por la dificultad de los cometidos y la obligación de actualizar los conocimientos. Destacando que el sector de la sanidad es especialmente sensible a sufrir Síndrome de Burnout debido a que los profesionales trabajan en interacción directa con personas.

Los profesionales de enfermería están expuestos a un elevado riesgo de sufrir altos niveles de estrés que pueden y suelen aumentar con el tiempo (Gómez- Cartona, Clemente, Burgallo-Carrera, Gandoy-Crego, 2016; Escobedo, Bernal, López, y Grande, 2015). El exceso de carga que sufren los profesionales de enfermería está vinculado con el desgaste y agotamiento emocional que se podría evitar con un aumento del apoyo social al trabajador sanitario por parte de la escala jerárquica, del organigrama, de los paciente y familiares (Blanco, 2017; Medina, Mioño, y Rojo, 2017; Vilá, Cruzate, Orfila, Creixet, González, y Miralles, 2015).

Se destaca el valor de la independencia y autonomía para realizar el trabajo siendo uno de los factores que más motivan para desempeñar las tareas. Tomar la iniciativa, las decisiones en el trascurso del trabajo son recursos que se interpretan en una motivación, confianza y desarrollo de las relaciones empáticas y positivas en el ambiente laboral (Blanco, 2017; Párraga, González, Méndez Villarín, y León, 2018).

Es importante citar los turnos rotativos en los profesionales sanitarios siendo de gran relevancia cuando estamos tratando el Síndrome de burnout. Los turnos en sanidad es un factor muy importante para padecer el Síndrome de Burnout debido a que los trabajadores bajan su rendimiento y la satisfacción en el trabajo es mucho menor a los trabajadores que tiene una cartelera fija. Hemos de destacar que cada profesional es diferente y se debe valorar las variables psicológicas y las características de la personalidad de cada uno (Cañadas- De la Fuente, Albedín-

García, San Luis, Gómez-Urquiza, y Cañadas, 2016).

- Prevenir/afrontar el Síndrome de Burnout

Tras analizar la literatura encontrada es justificado decir que las persona con habilidades emocionales, empatía y eficaces en su trabajo tienen menos probabilidades de ser afectados por el Síndrome de Burnout (Bustamante, Bustamante, González, y Bustamante, 2016).

Hay una serie de estrategias de afrontamiento para mitigar o llegar a prevenir este síndrome. Aumentar la habilidad profesional que nos lleva a influir y mejorar las áreas de investigación individual y la formación continuada. Reorganizar la manera de actuar, buscando la forma de hacer las cosas distinta, reforzando las actividades fuera de la jornada laboral intentando distraerse, practicar deporte, relajación, realizar pequeños descansos o pausas durante la jornada laboral y, como último recurso, requerir un cambio del puesto de trabajo dentro de una misma institución o fuera de ella, si fuera necesario para disminuir la carga y con ello mejorar en el trabajo (Bustamante, Bustamante, González, y Bustamante, 2016).

Por último es de destacar aquellas personas que se proponen situaciones cotidianas como desafíos diarios a superar día a día terminan adquiriendo unas competencias que nos lleva a un mejor resultado en el desempeño profesional (Carlotto y Gonçalves, 2017).

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos con la evidencia de una alta demanda psicológica y física hacia los profesionales sanitarios, especialmente aquellos que trabajan a turnos y donde el nivel de especialización del puesto de trabajo es muy alto. Una gran demanda repercute sobre todo en aquellos profesionales que trabajan con un gran compromiso en la calidad de asistencia que puede derivar en un agotamiento emocional por parte del sanitario (Cañadas-De la Fuente, Albendín-García, San Luis, Gómez-Urquiza, y Cañadas, 2016) pudiendo caer en el síndrome tridimensional nombrado por Maslach y Jackson (Thompson, 2016).

El estrés y el Síndrome de Burnout son patologías muy comunes entre profesionales en contacto directo con personas, repuntando en las profesiones sanitarias y el sector profesional de enfermería se ha demostrado ser aquel con mayor nivel de probabilidad de padecer este síndrome. La variedad de estudios destacan el estrés

como un antecesor al padecimiento del Síndrome de Burnout, siendo un factor muy importante los recursos personales individuales que nos ayudan a afrontar momentos de desgaste físico y emocional. Según Lazarus y Folkman (Martínez, 2015) destacan la necesidad de los esfuerzos por las personas para afrontar situaciones que pueden desencadenar el inicio del Síndrome de Burnout. Si estos recursos no fueran lo suficientemente fuertes nos llevaría a sufrir una situación en la que se pueden manifestar problemas psicosomáticos llegando incluso al abandono laboral.

El trabajo que desempeñan los profesionales sanitarios es de vital importancia en la sociedad moderna siendo las áreas laborales que más se deben cuidar por parte de las instituciones. El trabajador sanitario asiste y cuida a otras personas y no se puede olvidar que son personas con un entorno psicosocial y familiar igual o más importante que el entorno laboral y esto puede afectar a su forma de actuar. Las instituciones deben aportar recursos para proporcionar unas condiciones laborales adecuadas y óptimas, la realización de programas o talleres enfocados a aumentar las habilidades de comunicación y afrontamiento del estrés brindaran una mejora en la calidad asistencial a los enfermos, mejorando visiblemente el sistema sanitario en bienestar y calidad.

No solo podemos hablar de la responsabilidad institucional, los trabajadores sanitarios deben poner de su parte las mejores actitudes para superar situaciones difíciles y estresantes mediante métodos que nos ayuden a afrontar momentos adversos. Tener un apoyo por parte de las organizaciones, implicación de los mandos superiores y compañeros así como las armas para afrontar situaciones se podrá crear un ambiente laboral positivo e idóneo para promover un servicio de salud de calidad.

6 Bibliografía

- Aldrete, M. G. Navarro, C., González, R., Contreras, M.L., y Pérez, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención. *Psychosocial factors and burnout syndrome in nurse of a unit of tertiary health care*. *Ciencia del Trabajo*, 17, 9.
- Blanco, J. (2017). La culpa en las relaciones entre burnout y búsqueda de ayuda profesional en salud. *The guilt in the relationship between burnout and seeking help from a health professional*. *Gerokomos*, 29, 9.
- Bustamante, E., Bustamante, F., González, G., y Bustamante, L. (2016). El burnout en la profesión docente: un estudio en la escuela de bioanálisis de la Universidad

- de Carabobo Sede Aragua, Venezuela. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 62, 9.
- Cañadas-De la Fuente, G., Albendín-García, E., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. L., y Cañadas, G. (2016). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Burnout in Nursing Professionals Performing Overtime Workdays in Emergency and Critical Care Departments*. *Salud Pública*, 90, 9.
 - Carlotto, M.S., y Gozçalves, S. (2017). Burnout Syndrome Profiles among Teachers. Perfiles del síndrome de burnout entre profesores. *Escritos y Psicología*, 10, 1.
 - Escobedo, E., Bernal, P., López, F., y Grande, A. (2015). Valoración y diagnóstico del Síndrome de Burnout en profesionales de una unidad de nefrología pediátrica. *Enfermería Nefrológica*, 18, 2.
 - Gómez de Regil, L., y Estrella-Castillo, D. F. (2015). Síndrome de Burnout: una revisión breve. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, 2, 116-122.
 - Gómez, C., Clemente, M., Bugallo-Carrera, C., y Gandoy-Greco, M. (2016). Cuidados paliativos gerontológicos: influencia de las condiciones laborales y burnout en el personal de enfermería. *Gerontological palliative care: influence of working conditions and burnout in nursing*. *Gerokomos*, 27, 9.
 - Jiménez, A., y García, S. (2016). Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología, *Assessment of anxiety and burnout in nurses of a unit of Nephrology*. *Enfermería Nefrológica*, 19, 5.
 - Longas, J., Chamarro, A., Riera, J., Cladellas, R. (Agosto, 2012). La incidencia del contexto interno docente en la aparición del síndrome del quemado por el trabajo en profesionales de la enseñanza. *Incidence of the teachig internal context in the emergence of burnout on teaching profession*. *Psicología del trabajo*, 28, 9.
 - Martínez, J. P. (2015). Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: burout y estrategias de afrontamiento. *How secondary school teachers protect themselves from stress: burout and coping strategies*. *Psicología del Trabajos*, 31, 9.
 - Medina, L., Mioño, B. (2017). El Síndrome de Burnout y el nivel de empatía en el enfermo de diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20, 9.
 - Párraga, L., González, E., Méndez, T., Villarín, A., y León, A. (2018). Burout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Burout and its connection with percived stress and job satisfacton in primary healthcare professionals in an Autonomous Community*. *Medicina de Familia*, 11, 9.
 - Thompson, A. (2016). Prevalencia y manifestaciones clínicas asociadas al El Síndrome de Burnout en los trabajadores de 20 a 39 años edad, de la empresa Conver-

gys, durante el período de marzo a mayo del año 2016. Universidad Hispanoamericana.

- Vilá, M., Cruzate, C., Orfila, F., Creixell, J., González, M. P., y Miralles, J.D. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. Burout an teamwokr in Primary Care Teams. *Atención Primaria* 47, 25-31.

Capítulo 345

HISTORIA DE LA ASEPSIA, LAVADO DE MANOS. TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

LOURDES MARIVEL ROJAS GUERRA

MARTA ELENA PUENTE MUÑIZ

1 Introducción

Ignaz Philipp Semmelweis (en húngaro, Semmelweis Ignác Fülöp; Budapest, 1 de julio de 1818-Viena, 13 de agosto de 1865) fue un médico húngaro de origen alemán que hoy es reconocido como el creador de los procedimientos antisépticos. Contexto médico histórico.

Los últimos años del siglo XIX son de gran trascendencia en el desarrollo de la medicina contemporánea. Además de Škoda, Rokitansky y Hebra, despunta la figura de Rudolf Virchow, quién comenzó a desarrollar las disciplinas de higiene y medicina social, orígenes de la medicina preventiva actual. Es el mismo Virchow el que postula la teoría de Omnia cellula ex cellula (toda célula proviene de otra célula) y explica los organismos vivos como estructuras formadas por células. En 1848 Claude Bernard descubre la primera enzima (lipasa pancreática). Ese año comienza a emplearse el éter para sedar a los pacientes antes de la cirugía, y a finales de este siglo Louis Pasteur, Robert Koch y Joseph Lister demostrarán inequívocamente la naturaleza etiológica de los procesos infecciosos.

Antecedentes de la fiebre puerperal

El primer uso de la palabra ginecología figura en un texto escrito por el profesor Johann Peter Lotichius de la Universidad de Rinteln (Alemania) en 1630. Este texto trataba sobre la naturaleza de la mujer y se tituló *Gynaecologia*, apareciendo el cambio de acepción al actual significado del término hacia 1730² y fundamentalmente a principios del siglo XIX³

A finales del siglo XVIII comienza a extenderse la hipótesis de las «miasmas» como causa de las infecciones, incluida la sepsis puerperal, pero hasta 1795 no se comienzan a publicar estudios recomendando medidas higiénicas como el lavado de manos antes de atender nuevos partos tras asistir a enfermas afectadas de esta fiebre puerperal y la utilización de antisépticos antes de reutilizar el instrumental.⁴ En 1773 Charles White (1728-1813), de Mánchester escribió la obra "Treatise on the Management of Pregnant and Lying-in Women", en el que recomendó para combatir la fiebre puerperal limpieza extremada y buena ventilación.

Alexander Gordon (1752-1799), médico de Aberdeen, fue el primero que demostró la naturaleza contagiosa de la fiebre puerperal vehiculada por las manos de médicos y matronas. Gordon publicó en 1795 su obra "A Treatise of Epidemical Puerperal Fever of Aberdeen". Gordon reconoció incluso la relación entre las epidemias de erisipela y fiebre puerperal y pensó que eran enfermedades simultáneas.⁴

LJ Boër (antecesor de Klein como director de la Maternidad de Viena, Klein sustituyó a Boër en enero de 1823) a comienzos del siglo XIX, comenzó a aplicar en la maternidad de Viena normas similares a las indicadas por Gordon, consiguiendo reducir la mortalidad materna hasta el 0,9 %. Su sucesor, el doctor Klein, dejará de aplicarlas, y la mortalidad subió hasta el 29,3 %, una de cada tres mujeres atendidas durante el parto en esa maternidad morían tras el alumbramiento. En el siglo XIX se establecieron hospitales maternales en toda Europa para resolver los problemas de infanticidio de los hijos ilegítimos. Estos hospitales se crearon como instituciones gratuitas y adicionalmente ofrecían cuidados para los recién nacidos que los hacían atractivos para las mujeres más pobres incluyendo prostitutas. En compensación por la asistencia gratuita las mujeres podían ser estudiadas y aceptaban ser sujeto de prácticas por los estudiantes de medicina y matronas.⁵⁷

En la Maternidad del Hospital de Viena existían dos clínicas. La Clínica Primera en que la tasa de mortalidad por fiebre puerperal era aproximadamente de un 10% (con amplias fluctuaciones) y la Clínica Segunda donde la mortalidad era mucho más baja, menos del 4%. Este hecho era conocido fuera del hospital y dado que la admisión en una u otra clínica se hacía en días alternos, las mujeres

intentaban ser admitidas en la Clínica Segunda debido a la mala reputación de la Clínica Primera. Semmelweis hace referencia a mujeres desesperadas implorando de rodillas no ser admitidas en la Clínica Primera. Algunas mujeres preferían dar a luz en la calle, diciendo que el parto había sido imprevisto y habían dado a luz en el camino al hospital (partos callejeros), pues ello les daba derecho a beneficios por maternidad sin haber tenido que dar a luz en la clínica.⁵

Semmelweis estaba intrigado por el hecho de que la fiebre puerperal era infrecuente en las mujeres que daban a luz "en camino" del hospital, y no se explicaba la causa de que estas mujeres que daban a luz fuera del hospital parecían estar protegidas frente a la fiebre puerperal. Así mismo, tampoco comprendía por qué las mujeres que daban a luz en la Clínica Primera sufrían una tasa de mortalidad mucho más alta que las que daban a luz en la Clínica Segunda, dado que en ambas se usaban los mismos procedimientos de asistencia.⁵

Entonces Semmelweis comenzó un meticuloso proceso de eliminación de las posibles diferencias de procedimiento entre ambas clínicas, incluyendo las prácticas religiosas. La gran diferencia que encontró fue el tipo de personal que trabajaba en ellas. La Clínica Primera era donde practicaban los estudiantes de medicina, mientras que la Clínica Segunda estaba destinada desde 1841 a la enseñanza de matronas (anteriormente estudiantes de medicina y matronas hacían prácticas en ambas clínicas). Semmelweis demostró que la fiebre puerperal (o fiebre del parto) era contagiosa y que su incidencia podía reducirse drásticamente usando una técnica adecuada (antiséptica) de lavado de manos por el personal que atendía a las parturientas. Su descubrimiento se efectuó en 1847 mientras trabajaba como obstetra en el Hospital Maternal de la Universidad de Viena. Sin embargo, Semmelweis no fue capaz de convencer a sus colegas y ello condujo a un trágico desenlace.

Mientras trabajaba como ayudante del profesor Klein en la clínica maternal del Hospital de Viena en 1847, Semmelweis introdujo el uso del lavado de manos con una solución de hipoclorito cálcico para los médicos y estudiantes que habían realizado autopsias. Esta práctica redujo la frecuencia de fiebre puerperal desde un 10% de media (5 al 30%) a un 1-2%. Semmelweis concluyó que los estudiantes transportaban partículas cadavéricas en sus manos, adquiridas en las autopsias que habían realizado antes de examinar a las pacientes de la Clínica Primera. Los exámenes a las parturientas se realizaban después de lavarse las manos con agua y jabón (o incluso sin lavarse las manos) pero el olor a putrefacción persistía en las manos de los estudiantes y médicos aún después de lavarse.⁵ Esto explicaba

por qué las estudiantes de matrona que cuidaban a las enfermas en la Clínica Segunda, que no realizaban autopsias y no tenían contacto con cadáveres y no transportaban en sus manos partículas cadavéricas, no contaminaban a las parturientas.

Cuando Semmelweis descubrió la conexión entre la transmisión de las partículas cadavéricas y la fiebre puerperal la teoría de la infección causada por gérmenes aún no se había desarrollado. Semmelweis se dio cuenta de que el simple lavado con jabón no eliminaba completamente el olor a "cadáver" de las manos de estudiantes y médicos y por tanto no eliminaba las partículas cadavéricas. Por ello instituyó una política de inmersión de las manos de estudiantes y médicos en una solución de hipoclorito cálcico 3 entre la realización de autopsias y el examen de las parturientas. La inmersión de las manos en hipoclorito debía prolongarse hasta que el olor a cadáver desapareciera, como muestra de la destrucción de las partículas cadavéricas, impidiendo la transmisión de este material a las parturientas.

El resultado de la aplicación de esta técnica de lavado antiséptico de Semmelweis fue un descenso de la mortalidad por fiebre puerperal en la Clínica Primera de un 90%, obteniendo tasas comparables a las de la Clínica Segunda.

La tasa de mortalidad en la Clínica Primera en abril de 1847 era del 18.3%, después de la adopción del lavado de manos antiséptico (mediados de mayo de 1847) bajó en junio al 2,2%, en julio al 1,2% y en agosto al 1,9%, y por primera vez desde la introducción de la enseñanza anatómicamente orientada de la medicina (con realización de autopsias por médicos y estudiantes) fue cero durante dos meses después de la adopción de las medidas antisépticas de Semmelweis.

2 Objetivos

Describir los lavados de manos higiénico, antiséptico y quirúrgico para: a) Disminuir el número de microorganismos de las manos. b) Evitar el riesgo de transmisión de microorganismos a los usuarios. c) Reducir el riesgo de transmisión cruzada entre usuarios. d) Reducir el riesgo de infección entre trabajadores sociosanitarios. e) Restringir el riesgo de contaminación de infección a uno mismo.

3 Metodología

El presente trabajo pretende ser una revisión y actualización del lavado de manos, se centra principalmente en las variaciones con respecto a conceptos clásicos o innovaciones desprendidas de las últimas investigaciones. En un intento de actualizar nuestra práctica diaria y unificarla, recogiendo las variaciones que se derivan de las recomendaciones más actuales y con evidencia científica en las principales bases de datos de Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Los tipos de lavados de manos son higiénico, antiséptico y quirúrgico:

1. Lavado de manos higiénico:

Material: jabón líquido neutro y toalla de papel desechable.

Procedimiento:

- Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
- Aplicar jabón líquido neutro y distribuirlo completamente por las manos.
- Quitar los detritos de debajo de las uñas, en caso de ser necesario.
- Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 20 segundos.
- Aumentar el tiempo de lavado en ambos casos si las manos están visiblemente sucias.
- Aclarar completamente con abundante agua corriente. Siempre debe hacerse desde las puntas de los dedos hacia la muñeca.
- Secar las manos con una toalla desechable de papel.
- Cerrar el grifo con la toalla de papel empleada para el secado de las manos.

2. Lavado de manos antiséptico:

Material: solución hidroalcohólica.

Procedimiento:

- Si las manos presentan suciedad visible o sangre, no se debe utilizar directamente la solución alcohólica, es necesario eliminar primero la suciedad lavando las manos mediante el lavado habitual.
- Aplicar la solución hidroalcohólica en la palma de la mano.
- Frotar ambas manos cubriendo toda la superficie de las manos y dedos durante al menos 30 segundos o hasta que estén secas. Si antes de finalizar ese periodo se secan, aplicar de nuevo otra dosis de la solución.

3. Lavado de manos quirúrgico:

Material: jabón líquido con antiséptico en dispensador desechable con dosificador, cepillo de uñas desechable (preferiblemente impregnado en solución antiséptica) y toalla o compresa estéril.

Material:

- Abrir el grifo (solo en lavabos con sistema de codo o pedal).
- Mojar por completo las manos y los antebrazos hasta el codo.
- Aplicar jabón antiséptico, manteniendo siempre las manos más altas que los codos.
- Lavar antebrazos, manos, dedos y uñas (insistiendo en los espacios interdigitales), durante al menos 2 minutos.
- Aclarar con abundante agua corriente cada brazo por separado, empezando por la punta de los dedos hasta el codo.
- Aplicar de nuevo jabón antiséptico en manos y antebrazos, friccionando con cepillo al menos 2 minutos.
- Aclarar con agua abundante.
- Cerrar el grifo.
- Secar por aplicación, sin frotar con una compresa o toalla desechable estéril, comenzando por los dedos y bajando hasta los codos

5 Discusión-Conclusión

La técnica de lavado de manos con jabón es el método que evita la transmisión de microorganismos de forma muy sencilla. El lavado de manos consiste en la frotación vigorosa de la manos previamente enjabonadas, seguido de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, la materia orgánica y la flora transitoria y residente, para evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

Momentos de realización del lavado de manos:

- Antes y después del contacto con cada usuario
- Entre dos procedimientos con el mismo usuario
- Antes de colocarse los guantes
- Después de ir al baño
- Después de tener contacto con suciedad o elementos contaminados
- Después de estornudar, toser, tocarse el cabello, etc.
- Después de quietarse los guantes.

Es importante saber y educar tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, ya que es tan sumamente importante que puede llegar a salvar vidas.

6 Bibliografía

- Búsquedas en bases de datos como Dialnet, Pubmed, Scielo y el buscador Google Académico, además de realizar consultas en la página web de la OMS.
- Momentos del lavado de manos de la OMS.
- Atención Higiénica, MacHills
- Bibliografía de Ignaz Semmelweis, louis pasteur
- MJ Báguena Cervellera - 1999 - digital.csic.es
- Alfonso Paño Lalana (enero de 2013). «Sepsis Puerperal Estreptocócica. Semmelweis, precursor de la antisepsia y del método hipotético deductivo». JoF (8): 80-83. ISSN 2254-3651.
- Guillermo Henao, La lucha de I. F. Semmelweis en la génesis de un nuevo paradigma, Revista Iatreia, Vol 12, n° 3, (Septiembre 1999)

Capítulo 346

LA HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS: LA IMPORTANCIA DE JUGAR

JOANNA DEL CAMPO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los niños al enfermar tienden a buscar respuestas de por qué se encuentra mal, la cual suele estar distorsionada. Entre los dos y los siete años, los niños pueden comprender qué es una enfermedad, pero la suelen asociar a un hecho concreto. En estos menores, el cambio de equilibrio en el estado de salud se acentúa por lo que debemos tener en cuenta otra serie de factores debido a carencias afectivas, mentales, sociales y físicas asociadas a la situación de malestar debido a la enfermedad. Por lo que se abordará una serie de actuaciones pertinentes en niños enfermos hospitalizados y el análisis de las ventajas del juego en la hospitalización.

2 Objetivos

- Determinar los trastornos emocionales derivados de la hospitalización.
- Establecer la intervención en el hospital.
- Indicar los juegos más recomendados según los beneficios que aportan siguiendo la clasificación de ESAR.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la hospitalización en niños utilizando diferentes fuentes como Pubmed y Web of Science. De los cuales se han escogido una cantidad de las cuales relacionado con el tema y que cumplieran los criterios planteados. Hemos utilizado las siguientes palabras clave: cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, hospitalización, niños.

4 Resultados

Trastornos emocionales derivados de la hospitalización.

El impacto de una enfermedad es tan grande que un porcentaje significativo de los niños que se encuentran hospitalizados parecen trastornos emocionales. Martínez (2006) afirma que entorno el 35% de los pacientes pediátricos evidencian ansiedad durante su estancia en el centro sanitario.

Debido al estrés y angustia derivados de la enfermedad y la estancia en el hospital, el niño tiene un impacto psicológico, manifestándose a través de comportamientos alterados como agresividad, trastorno del sueño, dependencia afectiva, entre otras. Cognitivas como déficit de atención o dificultad para concentrarse) o emocionales tales como ansiedad, miedos y temores, depresión o apatía.

Intervención en el hospital

La intervención que requieren los niños hace necesario partir de una visión transpersonal de la enfermedad, dónde se atiende a la enfermedad del niño a la par del tratamiento del posible trastorno emocional que la enfermedad puede desarrollar. Para ello se debe proporcionar información adecuada y contrastada con un vocabulario adaptado respondiendo a sus intereses e inquietudes, mermando de esta forma la ansiedad. Disponer de información con el fin de que el niño comprenda lo que le ocurre y disipar su incertidumbre.

Las posibles herramientas que se pueden seguir para sosegar la ansiedad del niño son, por ejemplo, elegir el brazo del que se le va a sacar sangre. Además, el seguir con sus actividades académicas y sociales favorece la reducción del estrés y la ansiedad. Por lo que el juego puede ser una herramienta para poder mitigar dichos trastornos emocionales. Debido a su importancia terapéutica se debe tener especial cuidado a la hora de escogerlos. Ya que se debe tener en cuenta una serie de criterios como provocar el placer del juego, versatilidad, seguridad, atractivo, adaptación a la edad, unas condiciones higiénicas, pero se debe recalcar en las

necesidades de los niños ingresados para así sacarle el mayor beneficio a dichos juegos.

Los juegos más recomendados según los beneficios que aportan siguiendo la clasificación de ESAR:

- Juego de ejercicio: se trata de una acción repetida por el placer del resultado inmediato (Penón, 2006). Como juegos de manipulación, mesas de actividad, juegos de saltar, golpear, moverse permitiendo liberar tensiones que produce la hospitalización.
- Juego simbólico: el juego de imitación los ayuda a controlar la situación que les rodea produciendo un efecto catártico que facilita que el niño se desangustie y pierda el miedo (Penón, 2006). Se recomiendan juegos relacionados con el ejercicio médico e incluso con los materiales que se usarían, muñecos de forma humana o títeres que les ayuden a identificarse y expresar sentimientos. Tampoco podemos olvidar de los disfraces ya que desarrolla la parte más creativa de los niños.
- Juego de construcción: son aquellos juegos formados por piezas para encajar, apilar, enfilear, etc. (Penón, 2006). Estos juegos ayudan a desarrollar la coordinación oculo-manual, la organización espacial, la atención y la concentración. Deben ser sencillos con el fin de aumentar su autoestima.
- Juego de reglas: Estos juegos incluyen una serie de instrucciones o normas para poder lograr el objetivo. Son muy importantes, pero sobre todo la parte socializadora que conllevan. Deben ser juegos cortos, dinámicos y estimulantes ya que los niños se cansan muy rápido o son interrumpidos para tratarlos. Los videojuegos son muy indicados para largas permanencias hospitalarias debido a que potencian el razonamiento y la reflexión, desarrollan el pensamiento deductivo, estimulan la creatividad y la imaginación controlando siempre los contenidos y el tiempo.

5 Discusión-Conclusión

Los niños que son hospitalizados debido a una enfermedad, rompen con su rutina cambiando el contexto en el que se encuentran, derivando así en unos trastornos emocionales además de la propia enfermedad. Por lo que debemos tener en cuenta una serie de actuaciones ante ellos con el fin de paliar la ansiedad que viven en esos momentos. Además, debemos tener en cuenta los diferentes tipos de juegos como herramienta para minimizar la incertidumbre y la ansiedad y

garantizar el desarrollo óptimo de los niños y niñas que se encuentran hospitalizados.

6 Bibliografía

- Penón, S. (2006). El juego y el juguete y el niño hospitalizado. *Revista Educación Social*, 33.
- Pérez, E. H., & Rubio, J. A. R. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. *Atención educativa en población infantil hospitalizada. Perspectiva Educacional, Formación de Profesores*, 52(1), 167-181.

Capítulo 347

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: POSIBLES CAUSAS

MARIA JESUS DIAZ SUAREZ

CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO

1 Introducción

El túnel carpiano es un paso estrecho de huesos y ligamentos en la base de la mano que contiene nervios y tendones. El síndrome del túnel carpiano es la compresión de un nervio en su paso a través de la muñeca, lo que provoca dolor y entumecimiento frecuente en los dedos.

2 Objetivos

- Descripción de signos y síntomas característicos del síndrome del túnel carpiano.
- Establecer las causas más frecuentes del síndrome del túnel carpiano.

3 Caso clínico

Varón de 51 años, residente en Lena. Casado. De profesión en la construcción. Independiente para la AVD. Actualmente en tratamiento con endocrino debido a que padece diabetes. No alergias medicamentosas conocidas.

Acude a médico de cabecera en reiteradas ocasiones. Refiere hormigueo de dedos y entumecimiento de mano y muñeca. En ocasiones un dolor punzante que le llega hasta el codo.

Una vez diagnosticado que efectivamente se trata de un síndrome del túnel carpiano, el tratamiento incluye reposo de las manos, uso de férulas, medicina para el dolor y la inflamación y, a veces, cirugía.

4 Resultados

- Los signos y síntomas más característicos (reflejados en el caso clínico) son: hormigueo de dedos y entumecimiento de mano y muñeca. En ocasiones un dolor punzante que le llega hasta el codo.

Las causas del síndrome del túnel carpiano pueden ser diversas:

- túneles carpianos más estrechos
- lesiones en la muñeca
- hinchazón
- como consecuencia de movimientos repetitivos (Ej: en el trabajo)
- más frecuente en mujeres

5 Discusión-Conclusión

La detección y tratamiento tempranos son muy importantes para prevenir daño permanente a los nervios.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 348

ULCERAS DE LA BOCA (AFTAS)

PATRICIA VEGA TORRES

CARLA LLAMAZARES CAMPILLO

ADRIANA CAMPILLO CASO

1 Introducción

Las aftas son úlceras que se producen en la mucosa de la boca o en la lengua, suelen aparecer por temporadas y producir dolor mas o menos intenso.

2 Objetivos

- Determinar las características macroscópicas del aftas bucal.
- Identificar las posibles causas del aftas bucal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre el aftas bucal. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las aftas son pequeñas llagas redondas que aparecen en la boca. Pueden aparecer dentro de la mejilla, debajo de la lengua o detrás de la garganta. Por lo general tienen un borde rojo y un centro gris. El aspecto suele ser tan característico que el propio paciente las diagnostica y el médico lo único que hace es confirmar el diagnóstico. Solo en raros casos se puede confundir con otras enfermedades de la boca.

Causas: en la mayoría de los casos no se conoce la causa exacta. A veces están en relación con ciertas enfermedades. Las aftas no son contagiosas.

- Pueden salir por una infección viral.
- Otras causas: estrés, alergias a los alimentos, falta de vitaminas y minerales.
- A veces la causa es idiopática.. Con frecuencia existe predisposición hereditaria, es decir que puede haber varias personas de la misma familia con este mismo problema. Suele ser mas frecuente en las mujeres, y a veces, en ellas, están relacionadas con los cambios hormonales de la menstruación.

5 Discusión-Conclusión

No debe utilizarse ningún tratamiento si las molestias son leves, pero cuando producen muchas molestias y afectan a la calidad de vida conviene realizar tratamientos que combinan antiinflamatorios, antibióticos y derivados de la cortisona para aliviar los síntomas, aunque en la mayoría de los casos estos tratamientos no son muy efectivos. Cuando la enfermedad produce muchos síntomas y no responde a los tratamientos locales puede estar indicado el tratamiento con medicamentos en forma de comprimidos o inyectables. En los raros casos en que las heridas de la boca están relacionadas con otra enfermedad puede requerirse un tratamiento específico.

Independientemente, se debe proporcionar un tratamiento dirigido a esta patología, tras la valoración por parte del médico quien determinará el tratamiento adecuado.

6 Bibliografía

- <https://www.mdsaude.com>
- <https://medlineplus.gov>
- <https://mejorconsalud.com>

Capítulo 349

LACTANCIA MATERNA

LORENA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

La lactancia materna tiene ventajas para el bebé y para la madre. Es importante en los 6 primeros meses de vida ya que la composición de la leche materna permite un crecimiento óptimo además de incorporarle las defensas necesarias para combatir posibles infecciones.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la lactancia materna.

3 Metodología

Se han consultado diversos artículos sanitarios al respecto y manuales sobre lactancia materna de hospitales.

4 Resultados

- La importancia de la leche materna no solo tiene fundamentos inmunológicos sino también presenta beneficios para la madre. Dada las características organolépticas y nutritivas de la leche materna, se garantiza la nutrición y crecimiento del neonato sin la introducción de alimentación complementaria. La

estimulación aeolar y succión del bebé hace que se segreguen sustancias hormonales en la madre que favorecen la recuperación del parto y que aumente la unión emocional entre madre-hijo.

Además la leche materna se recomienda durante los primeros 6 meses y se desaconseja empezar antes de esa edad con la alimentación complementaria.

Se debe concienciar y enseñar a las madres gestantes y lactantes con talleres que enseñan a las madres lactantes y a futuras madres mediante actividades grupales que promueven la educación y las recomendaciones de la OMS. Tanto las madres primigestas como las múltiparas aprenden las ventajas de la lactancia materna tales como ventajas nutricionales, ventajas inmunológicas, ventajas afectivas y ventajas económicas que benefician a los neonatos y a las madres. También es importante el papel de la recuperación de la madre tras el parto.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna tiene grandes ventajas para el bebé, inmunológicas, nutricionales y afectivas. Para la madre hay una ventaja económica importante ya que la lactancia artificial tiene un alto coste. Dar el pecho favorece la recuperación física de la madre tras el parto ayudándole a perder el exceso de grasa, permite la recuperación uterina con más antelación y un factor muy importante es la ventaja psicológica y emocional.

6 Bibliografía

- <https://www.aeped.es>
- <https://www.who.int>
- <https://healthychildrwn.org>

Capítulo 350

LA DIABETES MELLITUS

SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ

MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO

NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica(de larga duración); en la que los niveles de azúcar de la sangre están muy altos y puede afectar gravemente a muchas personas de cualquier edad. Puede dañar los nervios, los riñones, y los ojos y también enfermedades del corazón e incluso tener la necesidad de ampliar uno o varios miembros. Para suministrar energía en el campo tenemos la insulina que ayuda que la glucosa que entre a las células (la insulina es una hormona que fábrica el páncreas)

Hay varios tipos de diabetes:

- Tipo I: Se suele dar más en la infancia o adolescencia. El cuerpo no produce insulina (debe tratarse con múltiples inyecciones diarias de insulina)
- Tipo II: Es el más común en personas de más de 40 años. El cuerpo no produce o no usa la insulina.
- Diabetes Gestacional: Aparece en mujeres embarazadas que nunca han tenido diabetes. Es un tipo de diabetes muy parecida a la diabetes tipo 2

Se diagnostica con un análisis de sangre en la semana 24\28. Lo habitual es que la diabetes gestacional se remita tras el parto, aunque pueden desarrollarla la madre y el hijo la diabetes tipo II más adelante.

2 Objetivos

- Identificar los principales signos y síntomas de la diabetes mellitus.
- Describir cuidados básicos en el manejo de pacientes con diabetes mellitus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principal base de datos:,eleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los principales signos y síntomas son : ganas frecuentes de orinar,tener sed excesiva, hambre extrema, pérdida de peso inexplicable, presencia de cetonas en orina, irritabilidad, úlceras, fatigas, visión borrosa, infecciones frecuentes.

Con estos cuidados, la persona no es que vaya a sanar, pero si que sera de gran ayuda para el paciente como para sus familiares, ya que deben de sentirse apoyadas para realizar estos cuidados como es debido. Los principales indicaciones en la diabetes son muy importantes para que la enfermedad no avance.

Las personas que tuvieron estos cuidados desde un principio de la enfermedad tuvieron una mayor calidad de vida para afrontar su enfermedad y así también poder beneficiarse como parte de su tratamiento. Las principales medidas son:

- Consejo nutricional y dietético con limitación calórica.
- Control en diario glucémico de las cifras glucémicas para evaluar la dosificación de insulina si fuera insulino dependiente.
- Instaurar un plan de ejercicios aeróbicos para estimular la metabolización glucémica.
- Si se pincha insulina, recomendar llevar siempre productos azucarados en previsión de hipoglucemia. Además enseñar al paciente a reconocer los signos de hipoglucemia de forma precoz.
- Establecer un ambiente empático para que el paciente exteriorice sus preocupaciones y el cuidado esté mejor dirgido.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye por tanto, que dichos cuidados están enfocados a mejorar la calidad de vida a la persona mientras viva y también a sus familiares. Estos cuidados se harán para toda la vida

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- Mayoclinic.org
- Fundacióndiabetes.org
- Fedesp.es

Capítulo 351

LA HIPERTENSION

SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ

MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO

NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión de nuestras arterias.

El corazón ejerce presión sobre las arterias para que estas conduzcan la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo.

La hipertensión arterial afecta a las arterias, ya que se endurecen, se hacen mas gruesas y hay dificultad para el paso de la sangre a través de ellas es a lo que llamamos la arteriosclerosis.

Las enfermedades cardiovasculares pueden ser causa de mortalidad, pero la hipertensión diagnosticada a tiempo es una patología tratable, siempre y cuando hagamos caso de los consejos que nos dan los médicos. No se conocen las causas específicas, pero pueden ser genéticas , la edad, la raza y estos son poco modificables; otras modificables, pueden ser la obesidad , el consumo excesivo del alcohol, llevar una dieta con menos sal.

Hay dos tipos (se mide en milímetros de mercurio (mmhg)):

- Tensión sistólica: Es el numero mas alto.
- Tensión diastólica: Es el numero mas bajo.

La presión se diagnostica cuando uno de estos números o ambos son altos, tensión normal: 120/80. La tensión se mide con un esfigmomanómetro, que se debe de medir en ambos brazos, es importante también elegir bien el tamaño del brazalete.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento temprano ante la hipertensión, siempre bajo prescripción médica, tanto farmacológico como no farmacológico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

De la población adulta que tiene hipertensión, casi el cincuenta por ciento son varones, y el treinta por ciento de los hipertensos están sin diagnosticar. Y de los que están tomando un tratamiento farmacológico, sólo el treinta por ciento, tienen la tensión controlada.

En el tratamiento temprano de la hipertensión, los profesionales señalan que llevar una dieta sana y hacer ejercicio puede ayudar mucho, también reducir el consumo de sodio y limitar la cantidad excesiva de alcohol. Sin embargo, si con esto no fuera suficiente, el médico puede recetar una pastilla como tratamiento farmacológico (IECA o ARA II en un primer momento, o calcio antagonista y diuréticos de forma complementaria, para poder tener la tensión en los valores adecuados.

Se concluye por lo tanto, las medidas no farmacológicas relevantes para el control tensional son:

- Dieta estricta hiposódica.
- Realización de ejercicio físico.

- Pérdida de peso controlada.
- Limitar la ingesta de alcohol.

5 Discusión-Conclusión

Pese a todas las investigaciones realizadas, todavía es una enfermedad silente con causa multifactorial y que necesita de nuevas investigaciones exhaustivas para conseguir un mejor tratamiento, tanto en su profilaxis como durante la enfermedad.

6 Bibliografía

- Cuidateplus.marca.com/mayoclinic.org
- Fundaciónelcorazon.com
- Revistanefrologia.com
- cochrane.org

Capítulo 352

FERTILIDAD MASCULINA

ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO

RUT MORILLAS IGLESIAS

YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN

SHEILA PRIETO LÓPEZ

1 Introducción

Siempre se habla de la fertilidad femenina como algo que tiene fecha de caducidad, pero la masculina también tiene un reloj biológico y éste indica que el número de espermatozoides va disminuyendo con la edad. La fertilidad masculina puede medirse mediante un espermatograma o con el estudio de los conductos testiculares, midiéndose la cantidad y movimientos de los espermatozoides.

Además, no solo la edad está relacionada con la calidad seminal sino que existen otros factores que pueden influir en la fertilidad masculina así como en otras patologías testiculares.

2 Objetivos

- Establecer las pruebas diagnósticas referidas a la fertilidad masculina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 353

DEMENCIA VASCULAR

CRISBEL GALLARDO PEREZ

MÓNICA MARTÍN DÍAZ

ROSA MARIA VAZQUEZ GARCIA

M^a ANGELES MARTINEZ BESTEIRO

LAURA MUÑIZ MONTEIRO

1 Introducción

La demencia es un deterioro grave de la capacidad mental que interfiere en la vida cotidiana y que afecta a la memoria, lenguaje, personalidad, capacidad de juicio, adaptación al medio y orientación espaciotemporal. La demencia vascular es un trastorno neurodegenerativo complejo que se manifiesta en forma de deterioro cognitivo secundario a una patología cerebro-vascular subyacente. También llamada demencia multi-infarto, es la segunda causa de demencia en adultos, después de la enfermedad de Alzheimer.

Causada principalmente, por problemas relacionados con los vasos sanguíneos y arterias que se dirigen al cerebro, siendo la razón más común puede deberse a la privación del oxígeno y variados nutrientes del cerebro, los cuales viajan en la sangre.

Existen dos tipos: Ictus de arteria/s grandes el cual va a depender del área del cerebro dañado: Si el daño es causado en el área del movimiento produce parálisis y

si el daño es causado en el área del lenguaje produce problemas de comunicación. Otro tipo sería lesión de pequeños vasos, el cual produce daño en las pequeñas arterias que se encuentran en la profundidad del cerebro. Los síntomas se desarrollan progresivamente y se acompañan frecuentemente de problemas para la marcha.

2 Objetivos

- Establecer los síntomas principales de la demencia vascular.
- Determinar medidas de prevención en la demencia vascular.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Google Scholar, Scielo, Mayo Clinic, PsycNet..., utilizando como criterio de búsqueda la demencia vascular. Palabras clave: Demencia, vascular, hábitos de vida, farmacología, síntomas.

Respecto a los descriptores utilizados en las diferentes bases de datos podemos destacar tres tipos de demencia como la causa de enfermedad más producida hoy en día, las cuales serían la enfermedad del Alzheimer, la demencia vascular y la demencia mixta. Tras una amplia lectura de documentos relacionados con el tema a tratar, hemos escogido los diferentes artículos y citas que nos han parecido más relevantes para realizar la revisión teórica.

4 Resultados

Síntomas: problemas de memoria, episodios de confusión aguda, irritabilidad con agresión física y verbal, alucinaciones, delirios, crisis epilépticas, incontinencia, inquietud, depresión asociada a la demencia, problemas de concentración y disminución de fuerza o parálisis.

Predisposición: Enfermedades cardiológicas, personas hipertensas, dieta rica en grasas, diabéticos, sedentario, apnea, malos hábitos, enfermedades cerebrovasculares y hombres mayores de 60 años.

Existen tratamientos farmacológicos destinados a tratar las causas subyacentes, como la hipertensión, el colesterol o la diabetes y además numerosas intervenciones que se pueden ofrecer para apoyar y mejorar la vida de las personas con

demencia, a sus cuidadores y familias. Para ello debemos tomar las siguientes medidas para mantener el corazón sano y poder evitarla:

- Mantener una presión arterial saludable.
- Prevenir o controlar la diabetes.
- Dejar de fumar.
- Realizar actividad física.
- Mantener el colesterol bajo control.

5 Discusión-Conclusión

La demencia vascular es la segunda causa más frecuente de demencia en los mayores tras la Enfermedad de Alzheimer y representa el 10-20% de los casos de demencia. Es necesario sensibilizar a los ciudadanos, organismos privados, instituciones y administraciones públicas para que se interesen y resuelvan los problemas que esta enfermedad plantea al enfermo, su familia y a la sociedad en general.

Los médicos pueden determinar la presencia de demencia, pero no hay pruebas específicas que confirmen la demencia vascular. El médico llegará a una conclusión sobre la probabilidad de que tus síntomas sean causados por la demencia vascular según la información que le proporciones, tus antecedentes de accidente cerebrovascular o trastornos del corazón o los vasos sanguíneos, y los resultados de los análisis que pueden ayudar a aclarar el diagnóstico.

Si queremos bajar el porcentaje de personas con demencia vascular hay que comenzar con una prevención la cual implica una buena nutrición alimenticia, ejercicio físico y mental, controles metabólicos y eliminar de nuestro día a día los malos hábitos como pueden ser; alcohol, tabaco, sedentarismo.

Los consejos para llevar a cabo una vida activa y saludable son particularmente relevantes, como sabemos, para la prevención de la demencia, y la relación entre la salud cardiovascular y un adecuado funcionamiento cerebrovascular es muy clara. Por tanto, es clave atender a los siguientes consejos: no fumar, limitar el consumo de alcohol, controlar la tensión arterial, el colesterol y la glucosa, así como llevar una dieta saludable y equilibrada, procurar y mantener un peso adecuado y realizar ejercicio físico de manera regular. Las alteraciones vasculares cerebrales suelen coexistir con otras causas de demencia, dando lugar a demencias “mixtas”. En el tratamiento y prevención de esta demencia es clave el control de los factores de riesgo cardiovascular, para lo que, además de seguir todas las re-

comendaciones indicadas por los especialistas, es fundamental adoptar un estilo de vida saludable.

6 Bibliografía

1- Kalaria R, Similarities between Alzheimer's disease and vascular dementia. *Neurol Sei* 2002, 203-204; 29-34

2- Formiga F, Fort I, Robles MJ, Barranco E, Espinosa MC, Riu S. Comorbilidad en pacientes ancianos con demencia. Diferencias por edad y género. *Rev Clin Esp* 2007; 207: 495-500.

3- Fu C, Chute DJ, Farga ES, Garakian J, Cummings JF, Vinters HV. Comorbidity in dementia: an autopsy study. *Arch Pathol Lab Med* 2004; 128: 32-8

4- Engelhardt, E., Laks, J., Cavalcanti, J. L. S., Moreira, D. M., & Madalen, C. (2004). Demência vascular [Vascular dementia]. *Revista Brasileira de Neurologia*, 40(2), 5-25.

5- Aguero-Torres, H. and Winblad, B. Alzheimer's disease and vascular dementia. Some points of confluence (2000) *Ann N Y Acad Sci*, 903, 547-52.

6- Mohs, R. C. et al. Optimal design of clinical trials for drugs designed to slow the course of Alzheimer's Disease. (2006) *Alzheimer's & Dementia* 2,131-139.

Capítulo 354

LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LAS ADICCIONES EN EL ADOLESCENTE

CORAL GONZALEZ RODRIGUEZ

MARÍA PILAR RODRÍGUEZ CORROS

BEATRIZ EGIDO GORDO

ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO

MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS

1 Introducción

Los adolescentes están expuestos a un número enorme de sustancias que tienen numerosas repercusiones sobre el cuerpo humano, como el aumento de cáncer de pulmón y otras enfermedades del aparato respiratorio en los fumadores a edades tempranas, efectos degenerativos hepáticos y nerviosos en los alcohólicos o una gran dependencia tanto psíquica como física en los consumidores habituales de drogas.

España es el mayor consumidor de drogas de diseño, cocaína y hachís.

2 Objetivos

- Determinar las principales causas de adicción entre adolescente y su prevención por parte de los profesionales sanitarios.
- Establecer los tipos de prevención primaria, secundaria y terciaria en las adicciones del adolescente.
- Exponer la rehabilitación social, el control evolutivo, cuidados paliativos, atención domiciliaria y familia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Revisión bibliográfica en distintos medios: Elsevier, Medline, Pubmed.

4 Resultados

Las tres sustancias a las que los adolescentes se ven más expuestos son el tabaco, las drogas y el alcohol. En un estudio se comprobó que el 50% de adolescentes entre 12 y 14 ya han tenido su primer contacto con el tabaco, pero solo el 19'5% se consideran fumadores habituales. El 69,2 % ha probado el alcohol alguna vez, casi la mitad de ellos entre los 12-14 años. El 37 % son bebedores actuales. El contacto con drogas ilegales es poco frecuente antes de los 12 años, se declaran consumidores el 10,7 % del total de adolescentes y su consumo es mayor entre los varones.

Las principales causas de las adicciones en los adolescentes son:

- Problemas familiares: muchas veces las adicciones surgen por problemas dentro de las familias (incomprensión, falta de comunicación, golpes, maltrato intrafamiliar, rechazo, padrastros, abandono, falta de recursos económicos, dificultades escolares, pobreza absoluta y desamor) al sentir que no son queridos en los hogares, los adolescentes tienen la impresión de no ser escuchados y tomados en cuenta.

- Influencias sociales: al no ser aceptado por los amigos o a una condición para ingresar a un cierto grupo es el ingerir droga, ser como ellos, imitarlos...o lo peor, caer en la influencia social.
- La curiosidad: jóvenes con una curiosidad insana, por observar que algunos adolescentes de su edad imitan el acto de probar y sentir el uso de cualquier droga.
- Problemas emocionales: cuando surgen los problemas en la vida de los adolescentes.(regaños, desconfianza, incomprensión, divorcios, etc.) reflejan una gran depresión emocional, en la que pueden sentirse llenos de rencor, ira y vergüenza, por el comportamiento de los padres, amigos o conocidos. Estos jóvenes buscan la manera de que no les afecta gravemente en su estado emocional y utilizan una forma de salir de ellos con ayuda de una adicción. Los problemas generalmente ocasionan en los adolescentes depresión, sentimientos de culpa, autoestima baja, evasión de la realidad, desamparo y prepotencia, ellos piensan que son los causantes del daño y posteriormente con el uso de las drogas (incluyendo alcohol y tabaco) creen liberarse de las dificultades.

La prevención es el conjunto de medidas orientadas a evitar el uso o abuso de drogas, así como a disminuir o retrasar su consumo. Es más rentable la prevención que el tratamiento, tanto en costes económicos como personales.

Los tipos de prevención son:

- Prevención primaria: intervenimos mediante la Educación para la Salud evitando que aparezcan los factores de riesgo que llevan en este caso al consumo de drogas. Los programas de prevención dirigidos a adolescentes, indican que las intervenciones más efectivas para modificar el consumo de dichas sustancias, son los que incluyen actividades de entrenamiento en habilidades sociales para rechazar la presión del grupo de iguales y así rechazar su oferta. La prevención es que ha de ser continuada y englobar un proceso sistemático. El Centro Educativo es un marco idóneo y la época en la que se pasa por él es en la que tenemos que hacer más ahínco en materia de prevención ya que su fin es la educación del individuo. Conveniente realizar intervenciones individualizadas.
- Prevención secundaria: se aplica para tratar de solucionar un problema ya existente, intentan hacerlo desaparecer por completo o en parte y al mismo tiempo tratando de evitar las complicaciones posteriores que conllevan las adicciones. Lo importante en este nivel es detener el proceso que se ha iniciado de forma pre-

coz para luego sostener al individuo hasta lograr que revierta la adicción. Esto implica procesos de diagnóstico y detección precoz del problema. Si el consumo es más ocasional, reforzar las actuaciones hechas en la prevención primaria de forma individualizada. Si el consumo es más habitual, utilizar estrategias de prevención terciaria.

- Prevención terciaria: se entiende por prevención terciaria aquella que se lleva a cabo cuando el problema de salud ya está instaurado, con el fin de retrasar en alguna medida los problemas físicos y psíquicos que origina la dependencia y disminuir el consumo o incluso cesarlo.

Se pueden prevenir estados más avanzados de la enfermedad mediante una rehabilitación bio-psico-social, englobando todas las actividades encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

Rehabilitación y reinserción social

El objetivo es tratar de superar la sintomatología asociada al síndrome de abstinencia. Se entra en un proceso de mantenimiento, donde las técnicas psicológicas y de apoyo social que posibiliten una efectiva reinserción en la sociedad son la clave. En este momento la actuación principal recaerá sobre los centros de atención al drogodependiente, siendo la coordinación el elemento clave.

Control evolutivo

Una vez realizadas las intervenciones, es conveniente mantener lo más posible el contacto y la accesibilidad, pautando visitas programadas con el objetivo de identificar problemas que incrementan el riesgo de recaída, discutir la recaída como un signo para reevaluar el plan de tratamiento y modificar los planes de tratamientos basados en las condiciones clínicas y psicosociales del paciente.

Cuidados Paliativos y de Atención a domicilio

En algunas ocasiones, nos encontramos con pacientes drogodependientes en fase terminal. Su abordaje debe desarrollarse desde Atención Primaria en la medida en la que el paciente esté en su domicilio, con el apoyo si es preciso de otros recursos.

Abordaje Familiar

Se deberá tener en cuenta el inicio, el pronóstico, así como los recursos familiares, el momento de presentación, el familiar afectado, las creencias y comportamientos y la evolución. Es necesario proporcionar apoyo psicológico no sólo al principio sino a lo largo de todo el proceso, de una manera planificada y dosificada. En estos casos puede ser necesaria la coordinación con otros recursos, especialmente

en la fase de deshabitación.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, debido al estilo de vida que tenemos, los adolescentes son expuestos cada vez antes a elementos tóxicos y adictivos como el tabaco, alcohol y las drogas. Por ello, es fundamental que se promuevan programas de prevención, para que el adolescente tenga recursos ante estas situaciones. Una buena formación en este campo, de los distintos profesionales de la salud, es indispensable para ayudar a la prevención, y tratamiento de estos pacientes.

6 Bibliografía

- Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván-Castillo F, Tapia-Conyer R. Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998 salud publica mex 2003; 45 (S1)
- Villalbí, J. R., Nebot, M., & Ballestín, M. (1995). Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Medicina clínica*, 104(20), 784-788.
- Rossi P. Las drogas y los adolescente. Lo que los padres deben saber sobre las adicciones. 2008. Tébar. Madrid.

Capítulo 355

COMO MINIMIZAR LOS SÍNTOMAS EN NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL.

JULIA MÉNDEZ DEL VAL

PILAR LAYOSA GONZÁLEZ

SILVIA ARGUELLES CUETO

VERONICA ALVAREZ PALICIO

LAURA CANGA SERRANO

1 Introducción

La parálisis cerebral es un trastorno que se produce cuando hay una lesión en el cerebro en desarrollo, durante el parto o en los primeros años de la vida del niño y afecta principalmente al sistemas motor aunque en muchas ocasiones va unido a una discapacidad intelectual, ataques epilépticos, problemas de deglución, de audición, habla y respiratorios, entre otros, el grado de afectación dependerá de lo dañado que esté el cerebro.

Existen tres tipos de parálisis cerebral:

- “La parálisis cerebral espástica, que causa rigidez y dificultades de movilidad.”
- “La parálisis cerebral atetoide o disquinética, que causa movimientos descontrolados.”
- “La parálisis cerebral atáxica, que causa alteraciones en el equilibrio y en la percepción de la profundidad.”(1)

Esta afección es crónica, pero con trabajo y el equipo multidisciplinar adecuado el pronóstico puede mejorar.

El objetivo del tratamiento no es la curación, sino la adquisición y el aumento de la funcionalidad y de capacidades como el desplazamiento, el desarrollo cognitivo, la interacción social y la independencia” (2) a través del trabajo en conjunto de todos los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas de parálisis cerebral en niños.
- Diseñar una serie de ejercicios personalizados para cada paciente contribuyendo a fortalecer el sistema musculo esquelético.
- Establecer tareas cotidianas, que les permitan tener una mayor autonomía.
- Exponer alternativas para facilitar la comunicación con otras personas, gracias al lenguaje, el juego u otros métodos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica, página web de ASPACE (asociación de ayuda a personas con parálisis cerebral), kids health.org, medline plus y family doctor.org.

4 Resultados

- Los niños con parálisis cerebral manifiestan una gran variedad de síntomas, entre los que se incluyen:
 - “Músculos rígidos o demasiados flojos.”
 - “Movimientos descontrolados.”
 - “Falta de coordinación. “
 - “Dificultad para caminar (por ejemplo, que arrastre un pie o una pierna).”
 - “Dificultad para controlar la motricidad fina (por ejemplo, dificultad para escribir o abotonarse una camisa).”
 - “Dificultad para hablar, tragar o comer.”
 - “Babeo excesivo.”
 - “Convulsiones. “ (3)

Para poder minimizar estos síntomas es necesario que trabajen en una misma dirección todo el personal sanitario diseñando un plan personalizado para cada

niño, donde se atiendan todos los aspectos que afectan al paciente.

- Los tratamientos de fisioterapia son fundamentales para huir del desgaste de los músculos y perder elasticidad, si a esto unimos el trabajo de los terapeutas ocupacionales que ayudan al paciente a que sea más autónomo a través del movimiento del tronco para realizar actividades del día a día donde también el papel del TCAE tiene una gran relevancia, conseguiremos que el niño tenga más confianza en sí mismo y así recurra con menos frecuencia a personas de su entorno.

- Por otro lado también se puede utilizar como herramienta de trabajo, el juego, a través de él puede aumentar su capacidad sensorial, de movimiento y comunicación, las terapias más utilizadas son con animales, con música, en el agua o cualquier actividad creativa y artística. Por último destacaremos el papel de los logopedas que ayudaran al paciente a mejorar sus problemas de comunicación.

5 Discusión-Conclusión

“La parálisis cerebral es la causa más frecuente de discapacidad en niños y niñas. Una de cada 500 personas tiene parálisis cerebral” (4), con el trabajo común de todos los profesionales del sector sanitario y la atención temprana contribuiremos a que los pacientes a través del aprendizaje y el trabajo diario consigan una mayor autonomía tanto a nivel motor como de relación con su entorno, consiguiendo que los niños tengan una mayor calidad de vida.

6 Bibliografía

- (1) <https://kidshealth.org>
- (2) <https://www.lanzadigital.com>
- (3) <https://es.familydoctor.org/>
- (4) <https://aspace.org/>

Capítulo 356

SÍNDROME DE RETT

ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO

SHEILA PRIETO LÓPEZ

RUT MORILLAS IGLESIAS

YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN

1 Introducción

El síndrome de Rett suele aparecer en niñas de entre los 6 meses y los 4 años de edad, es una enfermedad causada por una mutación del cromosoma x, es un trastorno genético y neurológico , el niño comienza con una evolución normal de sus funciones motoras y neurológicas seguida por una pérdida del uso voluntario de las manos ,crecimiento retardado del cerebro y la cabeza, convulsiones retraso mental y dificultades para caminar , etc.

Este trastorno pasa por cuatro fases o estadios:

- Aparición temprana
- Deterioro rápido
- Meseta
- Deterioro motor tardío

2 Objetivos

- Explicar en que consiste el Síndrome de Rett.

- Abordar la importancia del Síndrome de Rett en relación a las comorbilidades asociadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- National Institute of Neurological and Stroke
- Clínica Mayo
- Webconstas

Capítulo 357

EL COLECHO Y LA PROTECCIÓN ANTE EL SÍNDROME DE LA MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

CARLA MURIAS GARCÍA

NURIA MURIAS GARCIA

NURIA GARCIA SUAREZ

ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ

CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE

1 Introducción

Los diversos cambios anatómicos producidos en la evaluación de los seres humanos han producido que el recién nacido nazca de manera inexperta. Como consecuencia, los bebés presentan un patrón de sueño diferente al de los adultos. Presentan más y mayores períodos de sueño ligero. Estos pueden experimentar episodios de apnea que pueden llegar hasta los 15 segundos, a no ser que se active un mecanismo automático de respiración que permite al niño despertar y comenzar nuevamente su respiración.

En ocasiones son incapaces de resurgir del sueño y volver a tomar su respiración. Este proceso es conocido como Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). El colecho supone que el recién nacido y su madre disfruten de una superficie en

la que esta pueda tener más controlado al recién nacido y sus procesos fisiológicos.

2 Objetivos

- Establecer los principales efectos fisiológicos del colecho entre madre y neonato.
- Determinar la función del colecho ante la prevención de la muerte súbita del lactante.
- Describir las recomendaciones generales para realizar el colecho.

3 Metodología

Para la búsqueda de información he empleado diferentes materiales y métodos entre los que se destacan revisiones bibliográficas, realizando una revisión sistemática en bases de datos científicas usando palabras clave como: colecho, síndrome de muerte súbita y lactancia materna.

4 Resultados

- Cuando madre e hijo hacen colecho se realiza una sincronización de los ciclos del sueño entre ambos, aumentando así la presencia de fases de sueño ligero. Esto hace que se incremente la alerta de la madre y la sensibilidad del bebé ante cualquier movimiento de la madre, ayudando a disminuir y prevenir los momentos de apnea.
- El colecho permite la instauración de la lactancia materna, y está científicamente comprobado que la lactancia materna por si sola es un factor de prevención del SMSL.
- Para realizar un colecho seguro se recomienda: posición en decúbito supino del lactante, superficie plana y nunca cubrir la cabeza del bebé.

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos de este trabajo han sido recolectar información sobre las diferentes recomendaciones para evitar el síndrome de muerte súbita del lactante y los beneficios del colecho, además se pone de manifiesto que es una información relevante que debe ser transmitida primero a los profesionales que están en contacto

con puérperas, para que posteriormente se la transmitan a ellas, haciendo así que se consiga desmentir los diferentes mitos sobre estos temas. Por tanto se concuye que los beneficios del colecho deben ser expuestos a las puérperas.

Además se recomienda que, actualmente existen diversas circunstancias en las que no se recomienda el colecho, como son los casos en los que la madre es fumadora o consumidora de alcohol o drogas, o en aquellos casos en los que la madre tome medicamentos que alteren su nivel de conciencia.

6 Bibliografía

- <https://www.aeped.es/>
- <http://www.colecho.com/>
- <https://albalactanciamaterna.org>

Capítulo 358

EL TCAE: ESPECTADOR ACTIVO DE “DELIRIUM TREMENS”

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

DOLORES ARGÜELLES MEANA

1 Introducción

La denominación del término “delirium tremens” hace referencia a la fase aguda que se produce en un síndrome de abstinencia de alcohol. Se le conoce también como “delirio tembloroso”. Se presenta cuando una persona deja de beber después de haber estado consumiendo alcohol durante un largo periodo de tiempo.

Tras la brusca interrupción de la ingesta alcohólica solo un 5% de los pacientes presentan síntomas agudos que evolucionan en delirium tremens.

Si bien el delirium tremens se asocia a pacientes dependientes del alcohol es posible encontrar algún caso en que este síndrome ha sido originado por enfermedades o infecciones en personas que en la actualidad no presentan un cuadro de alcoholismo pero en su historia pasada presentaban episodios de abuso de alcohol.

El síndrome de abstinencia alcohólica suele estar acompañado de una serie de síntomas entre los cuales se encuentran alucinaciones, temblores, agitación estu-
por y delirios. Hay que estar muy vigilante a las señales que presente el paciente ya que el “delirium tremens” es considerado dentro del síndrome de abstinencia el más peligroso pudiendo ser mortal si no se trata a tiempo.

2 Objetivos

- Describir las fases del delirium tremens.

3 Metodología

Dada la importancia del tema a exponer, el método que hemos utilizado para tratar e identificar los estudios relacionados con la temática abordada es una revisión sistemática en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Cuiden, Dialnet, Cochrane. Se han realizado búsquedas de artículos más relevantes incluidos en las referencias.

Los descriptores utilizados han sido alcohol, ingesta alcohólica y enfermedades. Las formulas de búsqueda introducidas en los buscadores han sido: delirium tremens, síndrome de abstinencia y alcohol y drogas.

4 Bibliografía

- Agabio, R (2005) Thiamine administración in alcohol-dependent patientsl Alcohol.
- Ropper AH, Brown RH .(2007) Alcohol y Alcoholismo.
- DY Elliott, C Geyer, T Lionetti, L Doty - Nursing2019, 2012 - journals.lww.com.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide.
- La psiquiatría de enlace y el diagnóstico del delirium tremens Liaison psychiatry in diagnosing delirium tremens.
- F Santolaria, E González-Reimers - Anales de Medicina Interna, 2006 - SciELO Espana

Capítulo 359

CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO

LORENA PORTILLA GARCIA

MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

MIRIAM DÍAZ CASTRO

ROCÍO ARAGON ÁLVAREZ

1 Introducción

El cáncer de cérvix uterino es uno de los tumores más frecuentes entre las mujeres. El cérvix o cuello uterino es la parte más baja de la matriz (útero). Formado por una parte interna o endocérvix (supravaginal) en contacto con el cuello y una parte externa o exocérvix, que asoma a la vagina. Compuesto de tejido fibromuscular, y recubierto por las células escamosas situadas en la cara más externa, y las células cilíndricas y/o glandulares situadas en el cara interna. En la zona de transformación es donde se origina la displasia o neoplasia intraepitelial cervical (CIN), esta zona cambia a lo largo de la vida por envejecimiento o parto.

Los principales tipos son:

- Carcinoma epidermoide: proveniente de las células escamosas, forman la mayoría de los casos.
- Adenocarcinoma: proveniente de las células glandulares.

Una de las mayores causas de este tipo de cáncer es la mezcla de una infección

de transmisión sexual y unas cepas del virus del papiloma humano (VPH). El desarrollo de este tumor puede ser de 3 tipos:

- Crecimiento local: por extensión directa hacia la vagina, con menos frecuencia hacia el cuerpo del útero.
- Diseminación linfática: cuanto mayor es el crecimiento local del tumor mayor es el riesgo de invasión linfática.
- Diseminación hematógena: es poco frecuente. Cuando aparece se produce a través de los vasos sanguíneos hacia el hígado, los pulmones y los huesos.

No suele tener una sintomatología específica en sus estadios iniciales, así bien, una vez el tumor se encuentra avanzado, puede presentar signos y síntomas tales como:

- Sangrado vaginal anormal (entre periodos, tras menopausia, etc.)
- Periodos anormales.
- Dolor pélvico o dolor durante las relaciones sexuales.
- Flujo vaginal anormal (fétido, acuoso, seroso, hemático, etc).

Se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres comprendidas entre la edad de 35 y 44 años. Alrededor del 15 % se diagnostican en mujeres que tienen más de 65 años.

2 Objetivos

- Enumerar las pruebas de detección existentes de cáncer de cuello uterino.
- Determinar las funciones del TCAE en el proceso diagnóstico.
- Describir las diferentes opciones terapéuticas de tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las pruebas de detección incluyen:

- Papanicolaou. Raspado y cepillado del cuello.
- Prueba de ADN del virus del papiloma humano. Se puede diagnosticar de diversas formas: biopsia por punción, legrado endocervical, asa de alambre eléctrica. biopsia cónica (conización) con anestesia general.

Una vez que se ha diagnosticado es primordial determinar la etapa en la que se encuentra el cáncer, y se puede hacer de las siguientes formas:

- Pruebas de diagnóstico por imágenes. RX, TAC, PET, RMN.
- Examen visual de la vejiga y el recto.

Las funciones del TCAE durante todo el proceso diagnóstico son:

- Ayuda en la exploración y citología pertinente.
- Envío de muestras al laboratorio.
- Apoyo emocional al paciente.
- Información sobre las diversas alternativas.
- Una vez comenzado el tratamiento en el centro hospitalario, se recibe y acompaña a la paciente para indicarle el lugar de las distintas terapias a realizar.

En el tratamiento puede usarse la cirugía, la radiación, la quimioterapia o una combinación de las tres. Cirugía: las opciones pueden ser las siguientes:

- Cirugía para extirpar solo el cáncer.
- Cirugía para extirpar el cuello uterino (traquelectomía).
- Cirugía para extirpar el cuello uterino y el útero (histerectomía).

Radiación: se puede administrar radioterapia:

- Externa.
- Interna, colocando un dispositivo lleno de material radioactivo dentro de la vagina, durante un tiempo determinado (braquiterapia).

Quimioterapia.

- Tratamiento farmacológico por vía venosa u oral.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TACE es realmente importante en esta patología multifactorial y que afecta a un gran número de mujeres, es por tanto y a modo de conclusión, que las recomendaciones generales dentro de la prevención son:

- Hablar con su médico de cabecera para informarse sobre la vacuna contra el VPH.
- Mantener relaciones sexuales seguras o practicar la abstinencia.
- No fumar.
- Realizar pruebas Papanicolau de rutina.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.com>
- <https://www.aecc.es/es>
- <https://medlineplus.gov/>
- <https://www.infocancer.org>
- <https://www.mayoclinic.org/es>
- <https://www.fda.gov/media/119161/download>
- <https://www.cancer.net>
- “American Joint Committee on Cancer. Vagina”, In: Greene FL, Page DL, Fleming ID, et al., eds. Cancer staging manual, 6th ed. Nueva York: Springer-Verlag. 2002:251.
- Intranet del Hospital Universitario Central de Asturias

Capítulo 360

COLOSTOMÍA PEDIÁTRICA

YOLANDA GARCÍA DE ISLA

TAMARA GARCÍA IGLESIAS

CRISTINA GUTIERREZ LARGO

NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE

1 Introducción

La colostomía es una abertura en la barriga(estoma) que conecta el intestino grueso con la pared abdominal permitiendo la expulsión de heces a una bolsa externa, la cual lleva una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma. Estos sistemas colectores deben de ser de fácil manejo, que permitan la movilidad del niño, que retengan el olor y que no irriten su piel. Los excrementos pueden tener consistencia sólida o líquida, siendo común que haya gases.

En neonatos y lactantes pequeños se puede prescindir, en los primeros días, de la bolsa de colostomía aunque, más tarde o temprano, se necesitará,protegiendo, así, su piel. Los estomas pueden ser permanentes, aunque en bebés y en niños suelen ser temporales. Se ubican tanto a la derecha, como izquierda y centro del abdomen, dependiendo de la parte del colon que se usó para construirlo y de tamaño grande o pequeño.

Se realizan como consecuencia de una obstrucción en el intestino que puede ser debida a una lesión o enfermedad, tales como cáncer, infección grave o defectos congénitos(espina bífida), entre otras.

2 Objetivos

- Concienciar tanto a los padres como al niño, que llevar una bolsa de colostomía no impide el desarrollo de una vida normal.
- Enseñar al niño y a sus padres a poner correctamente la bolsa de colostomía y limpieza del estoma y piel de alrededor.
- Conseguir contenedores para la retirada de las bolsas en baños públicos como de locales privados.
- Educar a la sociedad a través de los colegios.

3 Metodología

Este proyecto de investigación está basado en la realización de charlas en los colegios, dentro de la educación sanitaria en el manejo de bolsas de colostomía. En ellas se hará énfasis en que el niño y los padres no tienen que avergonzarse por ello, que tienen que verlo como algo natural que forma parte de su día a día.

Además se adiestrará en la limpieza correcta del estoma y colocación de la bolsa por el auxiliar haciendo que el niño y que sus padres participen de ello. Independientemente de lo anterior, se podrá responder a cualquier duda sobre la colocación y retirada de la bolsa, así como las técnicas de continencia para el niño como la irrigación y el uso de obturadores.

4 Bibliografía

- cancercarewny.com
- <https://www.cancer.org>
- <https://osiecc.osakidetza.eus>
- www.hollister.com

Capítulo 361

SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

ALBA COITO DIAZ

SUSANA FERNANDEZ TORRE

MARIA LUISA PERERA SIMÓN

NOELIA DÍAZ GERAS

BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control .Hay varios tipos de cáncer de mama.La clase, depende de que células de la mama son las que se vuelven cancerosas.

Tipos de cancer de mama:

Cánceres de seno in situ en comparación con invasivos.

El tipo de cáncer puede referirse a si se ha propagado o no.El cáncer de seno in situ comienza en un conducto de leche y no ha crecido en el resto del tejido mamario.

El cancer de seno invasivo es aquel que se ha propagado al tejido mamario de alrededor.

- Carcinoma ductal in situ. también conocido como carcinoma intraductal, es un cancer de seno no invasivo o preinvasivo.
- Cáncer de seno invasivo: es el que se ha extendido al tejido mamario circundante . Los tipos más comunes son el carcinoma ductal invasivo y el carcinoma

lobulillar invasivo. El 70 % y 80% de todos los cánceres de seno son carcinomas ductal invasivo.

Tipos especiales de cáncer de seno invasivo. Algunos cánceres se desarrollan de diferentes formas afectando su tratamiento y pronóstico. Estos tipos son menos frecuentes pero pueden ser más graves que otros tipos de cáncer de seno.

- Cáncer de seno triple negativo: es un tipo agresivo de cáncer invasivo que representa el 15% de todos los cánceres de seno. Es difícil de tratar.
- Cáncer de seno inflamatorio: es un tipo poco frecuente de cáncer de seno invasivo. Es el responsable de 1% a 5% de todos los casos de cáncer de seno.

Tipos de cáncer menos comunes. Existen otros tipos que afectan a otra clase de células mamarias. Estos son mucho menos comunes y a menudo necesitan otro tipo de tratamiento.

- Enfermedad de paget del pezón. Se origina en los conductos del seno y se propaga hacia la piel del pezón y después hacia la areola. Es un tipo poco común y representa entre el 1% y el 3% de todos los tipos de cáncer de seno.
- Tumores filodes. Son poco frecuentes y se originan en el tejido conectivo del seno, a diferencia de los carcinomas que se forman en los conductos o en los lobulillos. La mayoría de estos tumores son benignos, pero hay otros que son malignos.
- Angiosarcoma. Son poco comunes y constituyen el 1% de todos los cánceres de seno. Algunos pueden estar relacionados con la radioterapia previa administrada en esa zona.

Causas del cáncer de mama. Los factores de riesgo son aquellos que incrementan la posibilidad de padecer cáncer de mama:

- Se pueden controlar algunos factores de riesgo, como beber alcohol, fumar... Los antecedentes familiares son los que no se podrán controlar.
- Cuanto más factores de riesgo tenga más posibilidades tendrá de padecer cáncer de mama, aunque esto no quiere decir que pase seguro. Muchas mujeres que lo desarrollan no tienen ningún factor de riesgo ni antecedentes familiares.
- Entender los factores de riesgo puede ayudar a prevenir el cáncer de mama.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de cáncer de mama y cómo se clasifican.
- Comprender los peligros que representan los factores de riesgo.
- Minimizar los casos de cáncer de mama.

- Analizar los factores de riesgo que provocan los hábitos de vida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se realizará una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- <https://www.cdc.gov/>
- <https://www.google.es/>
- <https://medlineplus.gov/>

Capítulo 362

EL ROL DE LAS VACUNAS EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), orienta a los Estados Miembros en política sanitaria. Entre sus acciones destaca la publicación de estudios científicos que contienen recomendaciones mundiales sobre vacunación e inmunización contra enfermedades que tienen repercusiones internacionales en la salud pública. El Sistema Nacional de Salud ((SNS) se enmarca en las directrices de la OMS, formuladas por un grupo de expertos en asesoramiento estratégico en materia de inmunización y seguridad de las vacunas.

Asociado a los programas de Salud Comunitaria, figuran las actividades preventivas clínicas desarrolladas en el nivel de atención primaria que promueven la salud y previenen las enfermedades, tanto a nivel individual como colectivo. Hay que subrayar el papel que realizan las campañas vacunales para lograr una atención sanitaria integral y de calidad, por lo que muchos autores las catalogan como una herramienta indispensable para la protección de enfermedades. Por último debe quedar definido el concepto de vacunas como preparados que estimulan la producción de anticuerpos y generan la inmunidad contra una enfermedad, protegen al individuo y a la colectividad.

2 Objetivos

- Analizar las tendencias vacunar-no vacunar en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como Dialnet y Pubmed. Del mismo modo, se consultaron webs técnicas entre las que destaca la de la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Española de Vacunología y la Asociación Mexicana, estas últimas se analizaron por su carácter didáctico y divulgativo dirigida a una amplia franja de población. La exploración sistemática giró alrededor de los descriptores: salud comunitaria; vacuna y la combinación de los conceptos: programa, eficacia - mitos de vacunación.

Para acotar el área de revisión se seleccionaron las publicaciones de los últimos diez años y finalmente se examinaron con detenimiento diez publicaciones.

4 Resultados

- En la presente revisión bibliográfica hemos encontrado dos tendencias, la más extendida y la que recibe más apoyo de los expertos en la materia que consideran que las vacunas representan una herramienta fundamental para la prevención de enfermedades infecciosas, reduce los gastos de atención sanitaria y las bajas laborales.

- Paralelamente, encontramos movimientos contrarios a la vacunación, estos son minoritarios y sus justificaciones mayoritariamente se sitúan en el ámbito "paracientífico". Este paradigma se basa en experiencias personales negativas y valoraciones referidas a los efectos adversos de los programas de vacunación así como, factores coyunturales: presión de los medios de comunicación, campañas de vacunación masivas, etc.

Uno de los indicadores más utilizados para valorar los resultados es el denominado efectividad de la vacuna se refiere a las consecuencias sanitarias en los individuos vacunados cuando la vacuna se aplica en condiciones frecuentes, es decir, alejadas de las circunstancias ideales. Según Borrás et al., (2011), la efectividad se aprecia a través de diversos estudios: epidemiológicos, de cohortes (vacunados y no vacunados), comparativa de tasas entre otros.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del presente estudio hemos encontrado dos perspectivas, unas a favor y otras en contra de la vacunación. Debido a la significativa aportación de la va-

cunación en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud, es preciso implementar la educación para la salud con la finalidad de contrarrestar los argumentos de los grupos anti-vacunas y que todos los agentes implicados adquieran unos hábitos saludables, entre los cuales se incluye el seguimiento de los programas de vacunación.

El reto para los próximos años gravita en torno a incrementar la efectividad de los planes de vacunación. Para lograrlo es preciso favorecer los sistemas de farmacovigilancia que revelen las consecuencias negativas de las vacunas y mejoren la gestión de los centros de Atención Primaria, en concreto, los dirigidos a programas de prevención y promoción de la salud de la población de su zona de influencia.

6 Bibliografía

- Bernárdez Carracedo, S. El papel del personal de enfermería en la promoción e implementación de las vacunaciones. *Vacunas: investigación y práctica*. 2018. Vol. 19,1 (enero-junio). 31-36
- Borràs E., Domínguez García, A. & Salleras Sanmartí, LL. Evaluación de la efectividad de los programas de vacunación. *Gaceta Sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. 2011. Vol. 25, N° Extra 1, (Ejemplar dedicado a: Evaluación en salud pública). 49-55
- Domínguez A., Astray Mochales J., Castilla J. et al. Falsas creencias sobre las vacunas. *Atención Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*. 2019. Vol. 51, N°1. 40-46
- Lopera Pareja, E.H. *Movimiento antivacunas. Los libros de la Catarata*. Madrid. 2016.
- López-Goñi, I., Iturbide, O. *¿Funcionan las vacunas?* Pamplona: Next-Door Publishers S.L. 2017.
- OMS. *Resumen de las conclusiones y recomendaciones del Grupo de Expertos de la OMS de Asesoramiento Estratégico en materia de inmunización sobre reticencia a la vacunación*.

Capítulo 363

LA DISFAGIA EN EL ANCIANO

MARINA MENÉNDEZ SUÁREZ

LIDIA RODRIGUEZ CADENAS

PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

LORENA PEREZ MENENDEZ

ELICE MARIA GARCIA PEINADOR

1 Introducción

La disfagia es la dificultad para deglutir segura y adecuadamente sólidos y/o líquidos debido a una afectación. Afecta sobre todo a ancianos y a personas mayores de 65 años y con diferentes patologías.

2 Objetivos

Definir los diferentes tipos de disfagia y cuales son las complicaciones asociadas. Así mismo revisar cuál es el abordaje multidisciplinar que se está llevando a cabo en la actualidad.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos, consultando diversas bases de datos utilizando los descriptores: envejecimiento, disfagia, textura, rehabilitación.

4 Resultados

La deglución consta de tres fases:

Fase oral: es voluntaria y consta de:

- Momento preparatorio: se produce la masticación y formación del bolo.
- Tránsito: se sitúa el bolo en la base de la lengua y se propulsa hacia el paladar duro y faringe.
- Reflejo deglutorio: se inicia al estimular el pilar amigdalino.

Fase faríngea: es involuntaria y durante ella se producen diversos procesos que favorecen el avance del bolo hacia el esófago (elevación de paladar blando, peristalsis faríngea, cierre de las cuerdas vocales, caída de la epiglotis sobre la laringe...).

Fase esofágica: es involuntaria. Se producen movimientos peristálticos del esófago y cierre del esfínter esofágico inferior.

Con la edad se producen una serie de cambios que afectan a cada una de las fases de la deglución:

- Fase oral: disminuye la producción de saliva, los músculos de la masticación se atrofian y puede haber pérdidas dentarias o desajustes de las prótesis.
- Fase faríngea: epiglotis más lenta y pequeña y alargamiento del tiempo de apnea.
- Fase esofágica: disminuye la amplitud de las contracciones peristálticas.

Podemos distinguir anatómicamente dos tipos de disfagia:

- Disfagia orofaríngea: existe una dificultad al inicio de la deglución o en la manipulación del alimento en la boca. Es la más frecuente en la población anciana y en patologías que deterioran la función neuromuscular. Existe mayor dificultad en la deglución de alimentos líquidos por afectación del músculo estriado.
- Disfagia esofágica: se inicia la deglución, pero el bolo alimenticio se queda retenido en el esófago. Es una disfagia de tránsito o transporte, con afectación del músculo liso, encontrándonos mayor dificultad a la hora de ingerir alimentos sólidos. La solemos encontrar en patologías que conllevan alteraciones orgánicas y funcionales.

La disfagia se diagnostica en base a síntomas inespecíficos con problemas nutricionales y respiratorios (estos últimos debido al paso de alimentos al árbol bronquial por broncoaspiración).

Disfagia orofaríngea: se localiza a nivel del cuello y puede acompañarse de:

- Dificultad para la masticación.
- Escape de comida entre los labios.
- Sialorrea.

- Deglución fraccionada.
- Disartria.
- Dificultad para iniciar la deglución.
- Deglución repetida.
- Regurgitación nasal.
- Regurgitación oral inmediata.
- Aspiración, tos, asfixia.
- Disfonía.

Disfagia esofágica: se localiza en la región retroesternal y/o cuello. Puede acompañarse de:

- Regurgitación tardía.
- Dolor torácico.
- Pirosis.

Existen una serie de complicaciones asociadas a la disfagia:

- Infecciones respiratorias de repetición, debido a la presencia de contenido alimenticio en la vía aérea. Ello puede desencadenar una neumonía aspirativa. Son causantes de una gran morbimortalidad.
- Malnutrición y deshidratación.
- Dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados, llevando finalmente a la institucionalización.
- Necesidad en algunos casos de recurrir a la nutrición artificial (sonda nasogástrica, gastrostomía).

Abordaje de la disfagia

Debemos entender que el proceso de la masticación- deglución, en condiciones de normalidad, implica una serie de movimientos voluntarios e involuntarios. Para ello requerimos la participación de 26 músculos, al menos seis pares craneales y algunos segmentos de los nervios cervicales.

El envejecimiento, en sí mismo, no causa disfagia, pero los cambios asociados a la edad o a diversas patologías pueden afectar a las diferentes fases de la deglución, como ya hemos visto.

El principal objetivo es conseguir una deglución eficaz y segura, ya que con ello aseguraremos:

- Un buen estado de hidratación/nutrición.
- Disminuir el riesgo de broncoaspiraciones manteniendo la dieta oral.
- Disminuir el riesgo de complicaciones médicas asociadas.
- Conseguir la máxima funcionalidad de la deglución.

En caso necesario, habría que valorar la necesidad de suplementar la dieta, buscando la fórmula más adecuada. Así mismo en el caso de que no fuese posible proseguir con la alimentación oral se tendrían en cuenta otras vías de alimentación artificial (sonda nasogástrica, gastrostomía, yeyunostomía).

Debemos tener en cuenta que la disfagia es una alteración y la causa que la produce es muy variada. Por ello en pacientes ancianos que presentan esta alteración, en fases evolutivas muy avanzadas de sus procesos patológicos a nivel neurológico u oncológico, las decisiones de abordaje deben ser proporcionales a la situación actual y evolución del proceso de base.

Programa de compensación de la disfagia

Debemos de tener en cuenta que cualquier intervención a nivel terapéutico debe ir acompañada de la instauración de unas medidas compensatorias que contrarresten en lo posible las variables que inciden en la dificultad de deglución.

Estas medidas compensatorias intervendrán modificando acciones como:

Corregir la postura del paciente al tragar:

- Sentado en silla: evitar hiperextensión del cuello y mantener erguido, sentar formando ángulo de 90°.
- Encamado: incorporamos hasta conseguir ángulo de 60°. Le colocaremos la cabeza ligeramente hacia adelante a la hora de tragar. Mantendremos la postura al menos 20 minutos, tras la ingesta, para evitar una posible aspiración.

Incrementar la estimulación sensorial:

- No dar de comer si está somnoliento.
- Permitir, siempre que sea posible, que coma solo; pero bajo supervisión.
- Comenzar la ingesta con alimentos fríos.
- Incentivarle a que pruebe y huela.
- Emplear el tiempo necesario para realizar la ingesta, no excediendo de 40 minutos.

Modificar y adecuar el volumen y la consistencia del alimento:

- Administrar pequeñas cantidades para facilitar la deglución, podemos utilizar cucharilla de postre si fuese necesario.
- Enriquecer los alimentos para asegurar la nutrición aún con ingestas pequeñas.
- Evitar alimentos secos con pulpa, fibras, huesos y espinas.
- Asegurar una dieta equilibrada y complementar con suplementos alimenticios si fuera necesario.

Efectuar un control sobre el entorno: comer en un lugar tranquilo y respetar el horario de comidas.

Modificaciones deglutorias y respiratorias:

- Dar tiempo suficiente para compensar el inicio del reflejo deglutorio.
- Instruirle para que no reprima la tos.

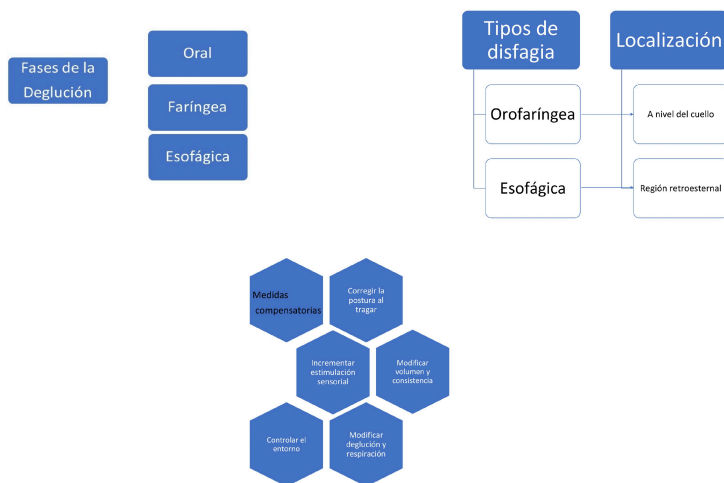
A la hora de llevar a cabo estas intervenciones no precisamos la participación del paciente, pero si la formación específica del personal/cuidador. Con ello podremos realizar modificaciones adaptándonos en cada momento a las necesidades de la persona y evitando posibles complicaciones futuras.

Rehabilitación

Es imprescindible contar con un equipo multidisciplinar a la hora de planificar la rehabilitación.

Por ello debemos contar con profesionales formados, así como entrenar a cuidadores para que tomen parte activa de las propuestas a llevar a cabo en el domicilio.

Uno de los profesionales que deberá formar parte de este equipo es el logopeda, pero su ausencia no implica que no pueda llevarse a cabo la rehabilitación.



5 Discusión-Conclusión

La disfagia es un síntoma del cual no existen tratamientos curativos específicos, si no tratamientos paliativos que intentan mejorar el problema de deglución que tenga.

El objetivo fundamental en un paciente con disfagia es evitar las complicaciones, como la neumonía por aspiración, que implican una alta mortalidad.

Diferentes estudios demuestran que una valoración y abordaje siguiendo una estructura protocolizada, conlleva a una mejor evolución.

La formación y colaboración de los cuidadores es imprescindible. Resulta de gran ayuda la elaboración de una tabla de alimentos con diferentes sabores y texturas, con el fin de facilitarles la elaboración de menús. Esto hará posible realizar comidas sabrosas y variadas que hará que el paciente no canse de los mismos sabores y por ello no pierda el apetito.

Es de vital importancia a su vez, mantener una correcta higiene del paciente, sobre todo a nivel bucal. Ello hará que su mucosa esté perfectamente hidratada, estimulará la producción de saliva y evitará que el alimento se pegue a las estructuras bucales.

6 Bibliografía

- Tratamientos no farmacológicos para la disfagia en la enfermedad de Parkinson (revisión Cochrane traducida). Oxford:Update Software Ltd.; 2005. 7.
- Velasco M, García Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutr Hosp*2009; 2: 56-65
- Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Ed. Glosa, 2011
- Cicero J et al. Stepping Stones to Living Well with Dysphagia. Nestlé Nutrition Institute Workshop Series, Vol. 72. KARGER 2012.
- Belafsky P, Mouadeb D, Rees C et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT 10). *Annals of Otolaryngology and Laryngology*2008; 117: 919-924.
- Texture-modified and thickened fluids as used for individuals with dysphagia: Australian standardized labels and definitions. *Nutrition and Dietetics*2007; 64 (Suppl. 2): S53-S76

- Ballesteros MD, Arés A. Nutrición basada en la evidencia en las enfermedades neurológicas. *Endocrinol Nutr*2005; 52(Suppl. 2): 97-101.
- Shaker R, Easterling C, Kern M et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube-fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology*2002; 122: 1314-1321

Capítulo 364

DIABETES MELLITUS

ALBA COITO DIAZ

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

SUSANA FERNANDEZ TORRE

MARIA LUISA PERERA SIMÓN

NOELIA DÍAZ GERAS

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles de la glucosa de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que se consume.

Causas: no se conoce la causa exacta de la diabetes, entre otras cosas porque hay muchos tipos diferentes. El momento de aparición de la enfermedad, las causas y los síntomas que presentan los pacientes dependen del tipo de diabetes y es por ello que es un tema multifactorial que requiere un análisis exhaustivo de cada uno de los tipos de diabetes y de los factores de riesgo.

2 Objetivos

- Describir la diabetes y sus distintos tipos.
- Establecer los factores de riesgo de la diabetes mellitus.

3 Metodología

La metodología empleada para este trabajo ha sido la búsqueda de diferentes bases de datos como medlineplus, cuidateplus, fundación diabetes y prevención adeslas.

4 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/>
- <https://cuidateplus.marca.com/>
- <https://www.fundaciondiabetes.org>
- <https://www.prevencion.adeslas.es/>

Capítulo 365

CASO CLINICO: ADENOPATÍAS MEDOASTÍNAS A ESTUDIO

SUSANA SAN JOSE GONZALEZ

MARIA TERESA CORRALES PINTO

MONICA FERNANDEZ MARTÍN

BANESA MANSO SILVA

ALEJANDRA REBECA MENÉNDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Dolor torácico de días de evolución.

2 Objetivos

- Valorar adenopatías izquierdas, a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente que acude por cuadro de una semana de evolución de dolor retresternal con la inspiración , la paciente acude a urgencias donde tras analítica se diagnostica de dolor mecanico con tratamiento de enantyum, la paciente comienza con fiebre sobre todo nocturna de hasta 39º, es valorada en dos ocasiones por dolor

torácico. Este dolor lo define como pleurítico, en hemitorax derecho acompañado de fiebre. Refiere sensación de nerviosismo ocasional. No tos, ni expectoración.

Exploración física: consciente y orientado (COC), eupneica en reposo, normocoloreada y normohidratada. Ruidos carido-respiratorios (RsCsRs) sin soplos. Exploración abdominal: abdomen blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos positivos. Extremidades : normales.

Exploración complementaria: orina: Anodina. RX torax: no condensación ni signos de fallo. TAC: adenopatías mediastínicas, así como hiliares bilaterales de predominio izquierdo, sin lesiones significativas en parénquima pulmonar, no se observan signos de tromboembolismo pulmonar.

Tras estudiar el resultado de las pruebas realizadas recomendamos continuar con paracetamol y si persiste la fiebre o dolor, alternando con el enantyum como venía realizando, solicitar consulta preferente en Neumología.

4 Resultados

Las adenopatías son una patología que varía desde benignidad a malignidad, desde la inflamación por un proceso infeccioso a una patología neoplásica o inmunológica.

5 Discusión-Conclusión

Se comienza en este caso descartando patología benigna con tratamiento con analgesia y si no evoluciona bien, se recomienda acudir para seguir su estudio y descartar infección e intervención quirúrgica y valorar sarcoidosis.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.neumosur.net>
- <https://www.sciencedirect.com>

Capítulo 366

HIGIENE BUCAL EN LOS PACIENTES DEMENTES

SANDRA GONZALEZ ARIAS

1 Introducción

Los pacientes con demencia son uno de los colectivos en los que existe una alta prevalencia de enfermedades y trastornos bucodentales debido, entre otras causas, a su creciente dependencia funcional, la fragilidad física, la no morbilidad y la polimedicación. Además, comportamientos como negarse a abrir la boca, la no comprensión de las indicaciones, morder el cepillo, la incapacidad de enjuagarse la boca y otras respuestas agresivas físicas y verbales pueden ser un problema añadido a la hora de facilitar una correcta higiene bucodental en el sujeto con demencia.

2 Objetivos

Describir estrategias que pueden ayudar a obtener la colaboración del paciente y/o limpieza bucal asistida.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la higiene bucodental en pacientes demenciados. Se realiza la revisión bibliográfica en las siguientes

bases de datos: Medline, Pubmed. De todos los artículos encontrados se utilizaron cinco para realizar este trabajo. Se utilizaron las palabras claves: demencia, higiene bucodental, caries.

4 Resultados

Se ha comprobado que hay una serie de estrategias que nos pueden ayudar a un cuidado bucal más óptimo como son:

- Establecer una rutina de higiene oral a la misma hora todos los días.
- Realizar esta actividad en un lugar libre de distracciones.
- Utilizar técnicas de comunicación adecuadas incluyendo la comunicación no verbal.
- Desglosar las tareas y formular las instrucciones una a una.
- Utilizar recordatorios y notas que ayuden al paciente a recordar que debe seguir la higiene bucodental.
- Usar separadores bucales y utensilios dentales adaptados que estabilicen la mandíbula, interrumpan los actos reflejos de masticar y morder y faciliten el acceso a la boca.

5 Discusión-Conclusión

Una salud bucodental deficiente y el dolor asociado influyen el bienestar general de las personas y su calidad de vida ya que puede producir problemas de alimentación, digestivos y extensos problemas dentales en el futuro.

Los pacientes con demencia por sus características suelen tener un mayor riesgo de caries y enfermedades de las encías y pueden perder su capacidad de cepillarse los dientes con eficacia.

Siguiendo una serie de recomendaciones así como establecer una rutina, facilitará el proceso de higiene bucodental del paciente demenciado.

6 Bibliografía

- Base de datos Pubmed y Medlineplus. www.muysaludable.sanitas.es
- Dentistas e higienistas de centros de salud del Area IV de Asturias.

Capítulo 367

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO Y VIOLENCIA DE GENERO

MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS

LORENA MORA BUENO

MARIA TERESA CARRIL BLANCO

MARIA MONICA GARCIA NICIEZA

ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Deberíamos de analizar el maltrato y la violencia de genero como un problema de los más importantes dentro de la salud publica,pudiendo identificar a las victimas lo más pronto posible. Las principales victimas suelen ser mujeres.

Se podría considerar la privacidad de la libertad, agresiones de libertad sexual, amenazas y toda violencia física y psicológica. En el año 2004 nació una Ley de Protección Integral contra la Violencia de Género teniendo como objetivo ofrecer una atención a las víctimas.

2 Objetivos

- Analizaremos las funciones del técnico de cuidados en enfermería (TCAE), del protocolo de actuación adecuado.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en la bibliografía existente de diversas bases de datos como pubmed, así como bases de datos públicas de violencia de género y maltrato.

4 Resultados

Las funciones del TCAE ante el maltrato y la violencia son:

- Identificaremos los signos, síntomas y conductas que nos lleven a sospechar que el paciente sufre malos tratos o violencia. Mantendremos siempre un ambiente de confianza y privacidad.
- Se informara al paciente sobre los derechos y recursos que se le pueden ofrecer.
- Respetaremos la decisión de la víctima a interponer una denuncia.
- Se le proporcionará apoyo emocional y psicológico a la víctima.

5 Discusión-Conclusión

En la mayoría de las veces es en los servicios de urgencias donde se detectan mas casos y llegando en varias ocasiones a ser uno de los primeros en alertar sobre una posible victima de violencia, pudiendo evitar que esa persona sufra lesiones o años más importantes.

El TCAE tiene un papel importante en este caso al ser una de las personas que esta mas en contacto con la victima. Con todo esto se pretende prevenir y maltrato y garantizar una protección y apoyo a las victimas.

6 Bibliografía

- Se realizo una búsqueda en guías del ministerio sobre violencia de genero y maltrato.
- Artículos de prensa del Principado de Asturias sobre los protocolos de actuación.

Capítulo 368

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL.

CRISTINA GUTIERREZ LARGO

TAMARA GARCÍA IGLESIAS

YOLANDA GARCÍA DE ISLA

NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE

1 Introducción

Los cuidados para pacientes terminales ayudan a las personas con enfermedades que no se pueden curar y que están a punto de morir. Su principal objetivo es brindarles consuelo y paz en lugar de una cura. Estos cuidados brindan:

- Apoyo para el paciente y la familia.
- Alivio del dolor y los síntomas para el paciente.

El cuidado paliativo suele brindarse en hospitales ,también en asilos de ancianos y en el propio hogar.El cuidado paliativo es una subespecialidad médica,los responsables de estos cuidados están mas capacitados en cuanto a la manera de lidiar los síntomas.

2 Objetivos

- Establecer medidas para la realizacion de los cuidados paliativos en pacientes terminales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Evaluar y tratar el dolor del paciente, además de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales. Es decir, es un tipo especial de servicio médico que ayuda a los pacientes a sentir alivio del dolor, los síntomas y la angustia emocional que provoca determinadas enfermedades que llevan a la muerte.
- Los métodos de los cuidados paliativos cerca del final de la vida deben responder a los deseos del paciente.
- Existen las técnicas de comunicación que ayudan a los pacientes a identificar sus valores, objetivos y preferencias. En esta técnica los médicos mantienen largas conversaciones con los pacientes (sobre su vida, su familia, hobbies) .Esto ayuda al paciente tanto psíquica como espiritualmente.
- Tratamiento farmacológico, se incluyen únicamente fármacos esenciales, mayormente son tratamientos intravenosos aunque también existen orales.
- El éxito de los cuidados paliativos se basa en la comunicación que debe existir entre el paciente, familia y sus médicos en un ambiente de cordialidad, respeto y confianza, así como el perfecto entendimiento de los objetivos planteados, el estado de la enfermedad y los deseos del paciente principalmente y familia secundariamente. De igual importancia es aliviar el sufrimiento del dolor a través de tratamientos farmacológicos adecuados.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento paliativo se reconoce en todo el mundo como una especialidad médica. Toda persona con una enfermedad terminal tiene derecho a recibir un cuidado paliativo y es responsabilidad médica proporcionar un cuidado paliativo adecuado a cada necesidad. Deben facilitarse estos cuidados en el lugar que elija el paciente.

6 Bibliografía

- Medlineplus.gov
- nextstpscore.org
- intramed.net
- paliativossinfronteras.org
- scholar.google.es
- innsz.mx
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 369

ABORDAJE DE LA MUJER FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

DEBORA BONILLA ARENA

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

ERIKA BONILLA ARENA

MARIA ELENA VILLAR OLIVAR

1 Introducción

El cáncer cervicouterino es una de las neoplasias que ocupa las primeras causas de muerte en la mujer a nivel mundial, especialmente en países subdesarrollados, con cifras que alcanzan 266,000 fallecimientos de mujeres cada año. Se sabe que el 70% de los casos son causados principalmente por los tipos 16 y 18, en tanto que los otros tipos de alto riesgo corresponden al VPH 31, 33, 45 y 58.

Anteriormente, los papilomavirus pertenecían, junto con los poliomavirus, a la familia Papovaviridae; sin embargo, con la posterior secuenciación de los genomas de los papilomavirus se observó que aunque tienen una organización genética semejante, su transcripción es diferente: unidireccional en los papilomavirus y bidireccional en los poliomavirus, por lo que el Comité Internacional de Taxonomía de los virus decidió que los papilomavirus fueran una familia diferente, denominada Papillomaviridae.

Esta familia infecta los epitelios de mamíferos y otras especies vertebradas. El VPH pertenece a cinco de 18 géneros de la familia Papillo maviridae: alfa,

beta, gamma, mu y nu 16. Los papilomavirus se caracterizan por ser pequeños virus no envueltos que miden entre 45 nm a 55 nm de diámetro, con una cápside icosaédrica de proteína.

El primer paso en una infección con el VPH es la adhesión de viriones intactos a células de un epitelio escamoso a partir de lo cual pueden ocurrir dos tipos de infecciones: productivas o latentes. En las infecciones productivas o activas, la replicación viral se lleva a cabo principalmente en células escamosas ya diferenciadas, esto es, en las capas intermedia y superficial del epitelio escamoso, en donde ocurre una intensa actividad de replicación del ADN viral, con producción de proteínas de la cápside y ensamblaje de nuevos viriones, los cuales producen cambios celulares característicos sobre las células infectadas. En un estudio citológico el efecto citopático observado incluye acantosis, vacuolización citoplásmica prominente, atipia nuclear y binucleación. En la infección de tipo latente, la infección ocurre predominantemente en células inmaduras (células basales o células metaplásicas) del epitelio escamoso. El ADN viral permanece dentro de la célula en forma circular libre (forma episomal) sin replicarse. No hay cambios morfológicos identificables en la citología, por lo que la detección viral en este tipo de infecciones solo puede hacerse por métodos moleculares.

En la actualidad, se han descrito más de 100 tipos de VPH cuyas manifestaciones clínicas incluyen un amplio espectro de lesiones proliferativas en la piel y las mucosas oral, laríngea y del tracto anogenital. Al menos veinte de los anteriores muestran un tropismo por el tracto anogenital. De acuerdo al tropismo tisular y las diferentes manifestaciones clínicas del VPH, se han constituido tres grupos clínico-patológicos: cutáneo, mucoso y el grupo de la epidermodisplasia verruciforme .

De gran interés es el grupo con afinidad hacia las mucosas, cuyo riesgo de progresión a cáncer constituye dos grupos: un grupo de riesgo bajo o no oncogénico que incluye los tipos virales 6, 11, 42, 43 y 44 cuyas principales manifestaciones clínicas son los condilomas acuminados y lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG). En contraste, los virus de riesgo alto u oncogénicos, que incluyen los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 67 y 68, se asocian a todo el espectro de lesiones intraepiteliales invasoras, tanto del epitelio escamoso como glandular. Los tipos seis y 11, del grupo de bajo riesgo y los tipos oncogénicos 16 y 18, representan dos terceras partes de todos los tipos de VPH asociados a neoplasias anogenitales.

Se ha demostrado que más del 90% de los carcinomas cervicouterinos contienen

ADN de algún tipo de VPH. Se estima que aproximadamente 1% de la población mundial padece de verrugas genitales y que 4% de todas las mujeres tienen lesiones intraepiteliales en el cérvix, en mujeres jóvenes esta cifra es aún mayor. Las mujeres menores de 35 años son más susceptibles de adquirir infecciones genitales con virus oncogénicos que en la mayoría de los casos desaparecen; en cambio, en las mujeres mayores de 35 años es más común la persistencia de la lesión con cambios clínicos y morfológicos y con mayor riesgo de progresión neoplásica.

Los factores de riesgo asociados guardan estrecha relación con conductas como el inicio de la vida sexual a edad temprana, la multiparidad, la promiscuidad sexual y, especialmente, las infecciones de transmisión sexual como la causada por el virus del papiloma humano (VPH). Por todo ello se realiza una revisión bibliográfica sobre la prevención, detección y manejo del cáncer cervicouterino.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las medidas para la prevención, detección y manejo del cáncer cérvico uterino.

Objetivos secundarios:

- Conocer los factores de riesgo del VPH.
- Averiguar las medidas preventivas respecto al contagio del VPH.
- Estudiar la detección precoz del VPH.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica durante los meses de noviembre de 2019 a enero de 2020 en las siguientes bases de datos: cuiden, scielo, google academic, pubmed y la editorial Elsevier. Utilizando las siguientes páginas web:

- <http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://scholar.google.es/schhp?hl=es>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.elsevier.es/es>, utilizando las siguientes palabras clave en DECS: Infecciones por Papillomavirus, Educación Sexual, Enfermedades Virales de Transmisión Sexual, Enfermedades de Transmisión Sexual, Inmunización, Vacunación. Factores de Riesgo.

4 Resultados

Los factores de riesgo son:

Durante la pubertad y el embarazo, la zona del ectocérvix se amplía, lo cual facilita la exposición al VPH y, por tanto, la infección. Esta situación explica por qué el inicio de la vida sexual activa y el primer embarazo a edades tempranas, así como la multiparidad, son de los factores de riesgo más fuertemente asociados al desarrollo de cáncer cervicouterino, además del hecho de tener múltiples parejas que a su vez tienen parejas con múltiples parejas. Existen condiciones que promueven la persistencia de la infección por VPH:

- El tipo de VPH.
- El estado inmunitario, puesto que las personas con afecciones inmunitarias son más propensas a desarrollar infecciones persistentes por VPH y progresión acelerada a lesiones premalignas y cáncer.
- Coinfección con otras infecciones de transmisión sexual como herpes simple, clamidia y gonorrea.
- Tabaquismo.
- Uso de anticonceptivos orales durante más de cinco años.

La prevención: existen 2 tipos de prevención: primaria y secundaria.

1. Prevención Primaria consistente en educación para la prevención del cáncer cervicouterino e inmunización universal. Educación para la es definida como: el intercambio de información con el propósito de aumentar la conciencia y el conocimiento acerca de cómo mantenerse sano y prevenir enfermedades, incluyendo información sobre los recursos que están disponibles y los beneficios de acceder a los servicios de salud.

Existen recomendaciones precisas para incrementar el conocimiento acerca del cáncer cervicouterino, entre las que se encuentran:

- Informar a la población acerca del cáncer cervicouterino, sus causas e historia natural.
- Promover la vacuna contra el VPH en las niñas.
- Promover el escrutinio en las mujeres.
- Asegurar que las mujeres con resultados positivos reciban tratamiento cuanto antes.
- Aumentar el conocimiento acerca de los signos y síntomas del cáncer de cuello uterino y alentar a las mujeres a buscar atención si los experimentan.
- Abordar la ignorancia, el miedo, la vergüenza y el estigma relacionados con el VPH y el cáncer de cuello uterino.

Inmunización: el otro factor de prevención consiste en la inmunización. En la actualidad se encuentran disponibles dos vacunas que brindan protección contra el VPH-16 y el VPH-18, los cuales son causantes del 70% de los casos de cáncer cervicouterino (bivalente) y la que protege además contra el VPH-6 y el VPH-11, los cuales son causa del 90% de las verrugas genitales (tetraivalente).

Los efectos adversos documentados a partir de junio de 2006 y hasta marzo de 2014 han sido 25,176, lo cual demuestra que las vacunas contra el VPH son seguras. La OMS recomienda la vacunación contra el VPH por considerarla segura y eficaz para proteger contra el cáncer cervicouterino y emite las siguientes recomendaciones:

- Está indicada en niñas de 9-13 años. Las niñas que reciben una primera dosis de la vacuna contra el VPH antes de la edad de 15 años pueden utilizar dos dosis.
- El intervalo entre las dos dosis debe ser de seis meses. No existe un intervalo máximo entre ambas dosis; sin embargo, se sugiere un intervalo no mayor de 12 a 15 meses. Si el intervalo entre las dosis es inferior a cinco meses, se debe administrar una tercera dosis al menos seis meses después de la primera dosis.
- Los individuos inmunocomprometidos, incluidos aquellos que cursan con infección por VIH, así como las mujeres de 15 años y mayores también deben recibir la vacuna y necesitan tres dosis (a los 0, 1-2, y 6 meses calendario) para estar completamente protegidos.
- La vacuna contra el VPH funciona mejor si se administra antes del inicio de la actividad sexual.
- Todas las niñas en el grupo de edad o en la clase de la escuela/grado/año identificadas como población objetivo por el programa nacional deben recibir la vacuna contra el VPH.
- Las niñas que ya son sexualmente activas también pueden recibir la vacuna contra el VPH, aunque tal vez su eficacia sea menor.
- No se recomienda la aplicación de la vacuna en mujeres embarazadas. En caso de embarazo durante el lapso de aplicación de la vacuna, deberá suspenderse su aplicación hasta el término del embarazo.
- En el caso de que la vacuna se aplique en una mujer embarazada de manera inadvertida, no se requiere intervención alguna, debido a que no contiene virus vivos y no se han observado problemas de salud en las mujeres ni en los niños en los casos en que se ha aplicado de manera incidental.

La OMS también emitió recomendaciones clave para los países acerca de la vacunación contra el VPH:

- Los países deben considerar la introducción de la vacunación contra el VPH

cuando: el cáncer del cuello del útero u otras enfermedades relacionadas con el VPH, o ambos, constituyan una prioridad de salud pública.

- La introducción de vacunas es programáticamente factible cuando: puede asegurarse una financiación sustentable; la relación costo-eficacia de las estrategias de vacunación en el país o región ha sido considerada.
- La vacunación contra el VPH debe ser introducida como parte de una estrategia global coordinada para prevenir el cáncer de cuello uterino y otras enfermedades relacionadas con el VPH.
- La introducción de la vacuna contra el VPH no debe socavar o desviar fondos destinados al desarrollo o mantenimiento de programas de detección eficaces para el cáncer de cuello uterino.

2. Prevención secundaria de la enfermedad por medio de la detección temprana de infecciones o lesiones que pudieran favorecer la carcinogénesis.

La identificación del virus del papiloma humano como principal agente etiológico del cáncer cervicouterino ha permitido desarrollar diferentes medidas para su detección y prevención. Existen pruebas convencionales como la citología cervicovaginal, la cual ha permitido reducir la mortalidad en países desarrollados. El éxito consiste en la repetición constante de la citología y en el seguimiento sistematizado de mujeres con anomalías citológicas.

La prevención del cáncer cervicouterino deberá contemplar líneas de acción dirigidas a la disminución de la incidencia, la morbilidad y la mortalidad, principalmente en grupos de mujeres de bajos recursos, en quienes se ha identificado inequidad en el acceso a programas de escrutinio, prevención y tratamiento.

La OMS recomienda que los programas nacionales para la prevención y control del cáncer cervicouterino deben tener la siguiente organización:

- Desarrollo de políticas nacionales y establecimiento de una estructura.
- Planeación de un programa que incluya un sistema efectivo de referencia.
- Programa de implementación.
- Programa de monitorización y evaluación que incluya todos los niveles de atención.

El objetivo principal de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino consiste en reducir la carga de la enfermedad por medio de la prevención y detección oportuna de la infección por el virus del papiloma humano, tratamiento de las lesiones premalignas y provisión de cuidados paliativos a las pacientes afectadas.

Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España:

Población diana y estrategia de cribado:

- Mujeres que han iniciado su actividad sexual y con edad comprendida entre los 25 y 65 años de edad (nivel de evidencia moderada, recomendación fuerte a favor).
- El cribado del CCU, independientemente de la prueba utilizada, debería garantizar una propuesta de base poblacional con mecanismos de evaluación de cobertura nivel de evidencia alta, recomendación fuerte a favor).

Pruebas recomendadas según la edad y los intervalos de cribado. Niveles de evidencia:

Antes de los 25 años:

- No se realizará ninguna prueba de cribado (nivel de evidencia moderada, recomendación fuerte a favor).

Entre los 25 y 30 años:

- Citología cervical cada 3 años (nivel de evidencia alta, recomendación fuerte a favor).

Entre los 30 y 65 años:

- Prueba de VPH cada 5 años (opción preferente) (nivel de evidencia alta, recomendación fuerte a favor).

Co-test (citología y prueba de VPH) cada 5 años (opción aceptable) (nivel de evidencia baja, recomendación débil a favor).

- Citología cervical cada 3 años (opción aceptable) (nivel de evidencia moderada, recomendación débil a favor).

A partir de los 65 años:

- Se realizará el cribado siempre que se cumpla un cribado previo adecuado y negativo (10 años) y no haya antecedentes.

Cribado en grupos especiales

Mujeres con histerectomía previa por patología no relacionada con el CCU o sus lesiones precursoras:

- No realizar cribado (nivel de evidencia alta, recomendación fuerte a favor).

Mujeres con antecedente de CIN2+:

- Cribado durante 20 años (nivel de evidencia moderada, recomendación fuerte a favor).

Mujeres inmunodeprimidas:

- Citología anual a partir de los 21 años (nivel de evidencia baja, recomendación fuerte a favor).

- Co-test a partir de los 30 años (nivel de evidencia baja, recomendación fuerte a favor).
- Cada 3 años si CD4 \geq 200 cl/ μ L o en tratamiento antirretroviral activo.
- Anual si CD4 $<$ 200 cl/ μ L o no tratamiento antirretroviral.

Obtención de muestras para las pruebas de cribado

Toma exocervical-endocervical con espátula/cepillo:

- Citología en medio líquido (opción preferente).
- Otros medios para métodos moleculares (opción aceptable).
- Extensión en portaobjetos (opción aceptable).

Actuación ante una prueba de cribado anormal

Cribado con prueba de VPH:

- Realizar citología (réflex en las tomas realizadas en medio líquido).

Cribado con citología:

- Prueba de VPH o colposcopia (Guía específica).

5 Discusión-Conclusión

El papel del virus del papiloma humano (VPH) en todos los cánceres de cuello uterino ha sido firmemente establecido tanto desde el punto de vista biológico como epidemiológico. La mayoría de los cánceres de vagina y del ano también son causados por el VPH, al igual que una fracción de cánceres de vulva, pene y orofarínge. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres de cérvix, vagina y ano y cerca del 30-40% de los cánceres de vulva, pene y orofarínge.

El VPH es un infección de transmisión sexual (ITS) y casi todos los individuos quedan infectados por el VPH en un plazo de 2-5 años después de iniciar la actividad sexual.^{4,5} Los datos que hacen concluir que el coito es la vía primaria de infección genital por el VPH están respaldados por la transmisión documentada de verrugas genitales entre parejas sexuales. Con el aumento de la esperanza de vida, el número de mujeres que arriba al climaterio y sobrepasan este período es mayor, de modo que si se mantiene la infección por el virus del papiloma humano y se asocia a otros factores, estos grupos pueden padecer lesiones premalignas y malignas del cáncer de cuello uterino. De ahí que resulta importante la prevención de las infecciones al VPH y otras infecciones de transmisión sexual en edades tempranas de la vida, pues a medida que pasan los años, las posibilidades

de desarrollar cáncer de cérvix son más elevadas, lo que puede incrementar la morbilidad y mortalidad en este grupo etario y disminuir la calidad de vida.

La edad de aparición de la menopausia tiene gran importancia, pues en muchas ocasiones los síntomas que se describen en este período se exacerban cuando se producen algunas afecciones de importancia, como el cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares, la infección por virus papiloma humano, entre otras, tienen relación con ella, como ya se señaló. La mayoría de los autores coinciden en que existen variaciones entre el rango de edad de ocurrencia de la menopausia.

La mayoría de los estudios nacionales e internacionales refieren una tendencia general hacia la precocidad sexual; mientras más temprano se inician las relaciones, mayor es el riesgo a desarrollar cervicitis, enfermedades inflamatorias pélvicas e infecciones de transmisión sexual, incluyendo las causadas por el virus del papiloma humano (VPH) o de la inmunodeficiencia adquirida. Resulta interesante destacar el hecho de que la mayoría de las infecciones por VPH ocurren en las primeras relaciones sexuales, por lo que no es extraño encontrar una prevalencia elevada del virus en países subdesarrollados donde las mujeres inician su vida sexual en edades muy jóvenes.

La infección en edades tempranas hace que el epitelio cervical, es aún inmaduro en esas edades, se exponga por un tiempo mayor a la acción deletérea de estos virus, lo que aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad. Estos resultados apoyan lo referido por varios autores. Bristol plantea que las mujeres con 3 partos o más tienen 2,83 % veces más posibilidades de desarrollar cáncer cervicouterino en relación con las mujeres con las que han tenido un menor número de embarazos. El número de parejas sexuales es un indicador de riesgo para adquirir ITS, que ha sido referido en forma constante en diversos estudios. Martínez y otros reportaron que el riesgo de infección por VPH se asoció con el aumento en el número de parejas sexuales. Las infecciones de transmisión sexual constituyen actualmente una epidemia mundial, se estima que aparecen cerca de 250 millones de casos nuevos anualmente, de los cuales, unos 50 millones corresponden a las Américas.

Las más frecuentes de ellas son las producidas por el VPH, la vaginosis bacteriana, el herpes simple genital, las infecciones por Chlamydia, gonococcia, sífilis y el VIH/sida. Todas pueden causar serias consecuencias a la salud reproductiva de la mujer.

El esfuerzo por eliminar el CCU empezó hace más de 50 años con la introduc-

ción de la prueba del Papanicolaou. El cribado basado en la citología ha reducido hasta un 75% la incidencia del CCU en los países que han podido implementar y sostener programas de cribado centralizados con control de calidad. Las vacunas profilácticas se componen de proteínas L1 tipoespecíficas que se auto-ensamblan en VLPs (partículas similares al virus del papiloma humano) recombinantes no infecciosas. Ambas vacunas (la bivalente y la tetravalente) se administran a los 0, 1 ó 2, y 6 meses mediante tres inyecciones intramusculares de 0.5 ml cada una.

La vacuna VLP L1 bivalente VPH 16/18 (CervarixR , GlaxoSmithkline Biologicals) se fabrica mediante un sistema de células de insecto. Cada inyección incluye 20 microgramos de VLP VPH 16 y 20 microgramos de VLP VPH 18 con un adyuvante de 500 microgramos de hidróxido de aluminio con 50 microgramos de 3-O-desacil-4'-monofosforil lípido A (AS04).^{16,17} La vacuna VLP L1 cuadrivalente VPH-6/11/16/18 (Gardasil® , Merk and Co., Inc.) se elabora mediante un sistema de células de levadura. Cada inyección incluye 20 microgramos de VLP VPH 6, 40 microgramos de VLP 11, 40 microgramos de VLP VPH 16 y 20 microgramos de VLP de VPH 18 en un adyuvante de 225 microgramos de hidrofosfato sulfato de aluminio.

Los datos obtenidos muestran que las dos vacunas son en general seguras y bien toleradas. La implantación de la vacuna tiene importantes repercusiones tanto a nivel económico, como sanitario y social. Las niñas con edades entre los 9 y 13 años constituyen el colectivo prioritario para la vacunación, al menos al principio ya que para aportar una protección máxima las vacunas deben de administrarse antes de que se inicie cualquier tipo de actividad sexual.

Además, Martín-Torres ha destacado la necesidad de que los hombres también sean vacunados, pues se ha observado que muchos presentan el virus de manera previa al primer encuentro sexual, apuntando a un posible contagio a través de otras vías. Antes se pensaba que la vacuna del VPH sólo beneficiaría a las mujeres evitando la aparición del cáncer de cérvix tras el contagio. Sin embargo, “ahora sabemos que el 5 por ciento de los cánceres se deben al VPH y que, por cada dos mujeres afectadas por un cáncer originado por este virus, un hombre manifiesta cáncer por la misma razón.

Otro dato alarmante es que el 40 por ciento de los cánceres de cabeza y cuello son producidos por el VPH y van en ascenso, mientras que los originados por tabaco y alcohol descienden”. En los hombres, también es llamativa la incidencia de los cánceres provocados por el VPH en localizaciones como el ano y el pene y, si no están inmunizados, sólo estarían protegidos si mantuvieran relaciones con

mujeres que sí lo estuvieran.

Como conclusión: la infección por el virus del papiloma humano, es un importante problema de salud pública en nuestro país, para el cual se ha identificado a la población con claros factores de riesgo hacia quienes se dirigen todos los esfuerzos de prevención y diagnóstico temprano, tales como la pubertad y el embarazo, el tabaquismo, el estado inmunitario deficiente y la promiscuidad.

Existen dos tipos de prevención: primaria y secundaria. La prevención primaria está basada en la educación para la salud y en la vacunación frente al VPH. La prevención secundaria consiste en la detección temprana de infección o lesiones que favorecen la carcinogénesis, mediante la realización de las citologías.

6 Bibliografía

- Ochoa Carrillo FJ, Guarneros de Regil DB, Velasco Jiménez MT. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2015; 14(3): 157-163.
- Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice. Chapter 1. Background. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Howley PM, Lowry DR. Papillomaviruses. Knipe DM, Howley PM. *Field's virology*, 5th Ed. Chapter 62, New York: Lippincot Williams & Wilkins. 2007: p, (2301-2354).
- Longworth MS, Laimins LA. Pathogenesis of human papillomaviruses in differentiating epithelia, 68 (*Microbiol Mol Biol Rev* 2004), pp. 362-372
- Zheng ZM, Baker CC. Papillomavirus genome structure, expression, and post-transcriptional regulation, 11 (*Front Biosci* 2006), pp. 2286-2302.
- Yee c, Krishnan-Hewlett I, Baker CC, Schlegel R, Howley PM. Presence and expression of human papillomavirus sequences in human cervical carcinoma cell lines, 119 (*Am J Pathol* 1985), pp. 361-366.
- De Villiers EM. Hybridization methods other than PCR: an update. En Muñoz N, Bosch FX, Shah KV, et al, eds. *Epidemiology of cervical cancer and human papillomaviruses*. Oxford, UK, 1992 (Oxford University Press), pp. 1
- Stoler MH. Human papillomaviruses and cervical neoplasia: a model for carcinogenesis, 19 (*Int J Gynecol Pathol* 2000), pp. 16-28.
- Calleja-Macias IE, Kalantari M, Allan B, et al. Papilloma-virus subtypes are natural and old taxa: Phylogeny of human papillomavirus types 44 and 55 and 68^a and -b., 79 (*J Virol* 2005), pp. 6565-6569.

- Stoler MH..Human papillomaviruses and cervical neoplasia: a model for carcinogenesis, 19 (Int J Gynecol Pathol 2000), pp. 16-28
- Calleja-Macias IE, Villa LL, Prado JC, et al..Worldwide genomic diversity of the high-risk human papillomavirus types 31, 35, 52, and 58, four close relatives of human papillomavirus type 16, 79 (J Virol 2005), pp. 13630-13640
- Feichter G, Meisels A.Task force report on HPV-related changes of the lower female genital tract, 46 (Acta Cytol 2002), pp. 630-632
- Muñoz N, Bosch FX, de SanJosé S, et al. The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: A population based Case-Control study in Colombia and Spain, 52 (Int J Cancer 1992), pp. 743-749
- Koutsky LA, Holmes KK, Crichtlow..A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection, 327 (N Engl J Med 1992), pp. 1272-1278
- Arends MJ, Wyllie AH, Bird CC..Papillomaviruses and human cancer., 21 (Human Pathol 1990), pp. 686-698
- Muñoz N, Bosch FX..Cáncer del cérvix y virus del papiloma humano: evidencia epidemiológica y perspectivas para su prevención., 39 (Salud Publica Mex 1997), pp. 388-396
- Mougín C, Dalstein V, Pretet JL, et al..Epidemiology of cervical papillomavirus infections..Recent knowledge, 30 (Presse Med 2001), pp. 1017-1023
- Riethmüller D, Schaal JP, Mougín C..Epidemiology and natural history of genital infection by human papillomavirus., 30 (Gynecol Obstet Fertil 2002), pp. 139-146
- Koutsky LA, Holmes KK, Crichtlow..A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection., 327 (N Engl J Med 1992), pp. 1272-1278
- Arends MJ, Wyllie AH, Bird CC..Papillomaviruses and human cancer., 21 (Human Pathol 1990), pp. 686-698
- Muñoz N, Bosch FX..Cáncer del cérvix y virus del papiloma humano: evidencia epidemiológica y perspectivas para su prevención., 39 (Salud Publica Mex 1997), pp. 388-396.
- Mougín C, Dalstein V, Pretet JL, et al..Epidemiology of cervical papillomavirus infections..Recent knowledge, 30 (Presse Med 2001), pp. 1017-1023.
- Feichter G, Meisels A..Task force report on HPV-related changes of the lower female genital tract, 46 (Acta Cytol 2002), pp. 630-632
- Mougín C, Dalstein V, Pretet JL, et al..Epidemiology of cervical papillomavirus infections..Recent knowledge, 30 (Presse Med 2001), pp.

1017-1023.

- Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice. Chapter 1. Background. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice. Chapter 3. Community mobilization, education and counselling. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014.
- S. Stokley, J. Jeyarajah, D. Yankey, et al. Human papillomavirus vaccination coverage among adolescents, 2007-2013, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006-2014-United States. Morbidity and mortality weekly report. Centers for Disease Control and Prevention, 63 (2014), pp. 613-641.
- S. Stokley, J. Jeyarajah, D. Yankey, et al. Human papillomavirus vaccination coverage among adolescents, 2007-2013, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006-2014-United States. Morbidity and mortality weekly report. Centers for Disease Control and Prevention, 63 (2014), pp. 613-641.
- M. Almonte, R. Murillo, G.I. Sánchez, et al. Salud Pública de México, 52 (2010), pp. 544-559. 30. Torné Blade A, del Pino Saladrígues M, Cusidó Gimferrer M. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. Prog Obstet Ginecol. 2014;57(Supl. 1):1-53

Capítulo 370

EL TCAE/AE ANTE EL DUELO

SONIA RON PEREZ

1 Introducción

El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida, (un ser querido, una relación, etc.). Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe.

Este proceso no se limita a tener componentes emocionales, sino también fisiológicos y sociales. La intensidad y duración del proceso, será proporcional a la dimensión y al significado de la pérdida. Según el modelo descrito por la Dra. Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) en su libro: "On death and dying", el duelo se manifiesta en cinco fases:

- Fase de Negación: Negarse a si mismo o al entorno que ha ocurrido la pérdida.
- Fase de enfado, indiferencia, ira: Estado de descontento por no poder evitar la pérdida que sucede. Se buscan razones causales y culpabilidades.
- Fase de negociación: Negociar consigo mismo o con el entorno, entendiendo los pros y los contras de la pérdida. Se intenta buscar una solución a la pérdida a pesar de conocer la imposibilidad de que suceda.
- Fase de dolor o depresión: Se experimenta tristeza por la pérdida, llegando a sucederse episodios depresivos que deberían ceder con el tiempo.
- Fase de aceptación: Se asume que la pérdida es inevitable

No siempre ocurren estas etapas ni en el orden señalado. El duelo suele durar 6 meses o un año cuando se trata de la pérdida de un ser querido muy allegado

(hijo, madre, cónyuge, etc. En caso de que los síntomas no cesaran tras éste periodo, debería acudir a un profesional psiquiátrico o psicológico, ya que podría presentarse un duelo crónico, que implica un duelo patológico.

2 Objetivos

- Establecer estrategias que ayuden a superar el duelo.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo esta investigación o proyecto, previamente se ha buscado información en algunos libros vinculados con la temática del capítulo.

4 Bibliografía

- Kübler-Ross, E: Sobre la muerte y los moribundos. Editorial B de bolsillo. 2016.
- Bowlby, J: La pérdida afectiva . Editorial Paidós Iberica, Ediciones S. A. 1983.
- David Kessler, Kübler-Ross, E: Sobre el duelo y el dolor. Editorial Luciernaga 2016.
- El duelo en cuidados paliativos. www.secpal.com/guias.

Capítulo 371

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO.

CRISTINA GUTIERREZ LARGO

NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE

TAMARA GARCÍA IGLESIAS

YOLANDA GARCÍA DE ISLA

1 Introducción

El lavado de manos con agua y jabón es la medida mas efectiva y económica para prevenir y reducir la transmisión de infecciones. Es muy importante dar a conocer la técnica de lavado de manos ya que ayuda a salvar vidas.

La técnica del lavado de manos con agua y jabón tiene como principal objetivo, prevenir enfermedades infecciosas. Lavarse las manos puede ser la clave de supervivencia de millones de personas, especialmente para grupos de edad más vulnerables. Esta medida puede salvar mas vidas que cualquier vacuna y disminuir así la mortalidad por diarreas e infecciones respiratorias agudas. Es necesario difundir a la población así como al personal de la salud a conocer la técnica de lavado de manos.

2 Objetivos

- Analizar el lavado de manos especificando cada paso, para el aumento de eficacia del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El personal de la salud debe tener en cuenta los cinco momentos en los que se debe llevar a cabo el lavado de manos. Antes del contacto directo con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica o manipular un dispositivo invasivo, no obstante el uso de guantes, después del riesgo de exposición a fluidos o secreciones corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente y el medio asistencial. La técnica de lavado de manos con agua y jabón consiste en:

- Mojarse las manos
- Depositar en la palma de las manos una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.
- Frotarse las palmas de las manos entre sí.
- Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Frotarse las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
- Frotarse el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda ,haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- Enjuagarse las manos con agua.
- Secarse con el papel desechable.

- Utilizar ese papel para cerrar el grifo, las manos ya son seguras.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos es el término general que se aplica a cualquier lavado de manos ya sea por método mecánico (frotación), químico (jabón) y físico (arrastre por gravedad), que se realiza en los centros sanitarios para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. La higiene de manos constituye la clave en el programa de control de infecciones, junto a los aislamientos y al uso adecuado de antibióticos.

Dado el total desconocimiento de su importancia, de una técnica adecuada, de la presión asistencial, la forma errónea del uso de los guantes, la ausencia de compromiso institucional, es muy importante la higiene de manos tanto para proteger al paciente de microorganismos nocivos como para protegernos a nosotros mismos y al entorno.

6 Bibliografía

- amepreventiva.es
- medigrafic.com
- scholar.google.es
- Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 372

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

ANA MARÍA GRUESO CARRIO

MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA

ANGELES PEREZ SANCHEZ

ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA

1 Introducción

Los médicos tienen como objetivo la curación de la dolencia, pero hay ocasiones en las que la enfermedad es de carácter irreversible. Es el caso de enfermedad terminal: enfermedad avanzada, progresiva e incurable y con un pronóstico de vida menor a seis meses. Es aquí donde entra en juego la medicina paliativa que, controlada por un equipo multidisciplinar, acompaña al paciente hasta la muerte. Los cuidados paliativos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar y confort a pacientes y familiares en las fases finales de una enfermedad terminal.

2 Objetivos

- Conseguir una mejora en la calidad de vida y el confort de los enfermos terminales.
- Controlar el dolor y los síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

- Dar apoyo emocional e intentar que la comunicación entre el enfermo, la familia y el equipo terapéutico, sea a través de una relación franca y honesta.
- Permitir cambios en la organización del trabajo interdisciplinar adaptándose a los objetivos cambiantes del enfermo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo tienen que prevalecer en las decisiones terapéuticas. Tiene que haber un concepto de terapéutica activa.

La escucha al paciente requiere una buena actitud, disponibilidad y tiempo, para ver lo que sabe y lo que desea conocer. No se ocultará información al enfermo, él tiene derecho a conocer su diagnóstico y pronóstico, si lo demanda. La información y las instrucciones a la familia deben ser claras, precisas y no contradictorias.

Los estudios afirman que los cuidados paliativos son eficientes y eficaces y ayudan a vivir el final de la vida con dignidad y el mayor bienestar posible. Se consigue la asistencia total y activa de los pacientes que no responden al tratamiento curativo y una mejora de vida para los pacientes y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

Estudios sobre equipos multidisciplinares en cuidados paliativos informan sobre la frustración e impotencia que sienten en determinadas situaciones; otros sin embargo informan que la experiencia vivida hace entender la muerte como un evento natural de la vida. Coinciden en que el enfermo siempre gana cuando es tratado por un equipo multidisciplinar en cuidados paliativos, incidiendo en la necesidad de fortalecer la comunicación del equipo de trabajo.

Los cuidados paliativos se deben diseñar de acuerdo con las necesidades y preferencias del enfermo. La organización de estos cuidados debe basarse en las normas establecidas por la OMS y el Consejo de Europa.

6 Bibliografía

- SECPAL- Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Revista de Bioética.
- Revista de Medicina Paliativa.
- Revista de la Sociedad Española del Dolor.

Capítulo 373

RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERIA

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

NATALIA NORIEGA LOREDO

1 Introducción

El aparato urinario está compuesto por dos riñones, dos uréteres, la vejiga y la uretra. Los mecanismos formadores de la orina son la filtración glomerular, la secreción tubular y la reabsorción tubular.

La orina es principalmente agua y en ella tenemos disueltas varias sustancias como son los solutos inorgánicos, los solutos orgánicos, las hormonas y los pigmentos. Pueden tener también componentes anormales como la glucosa, albúmina, cálculos, leucocitos, hematías, lípidos, bacterias o pus.

Las características de la orina son:

- Turbidez: es trasparente y clara con el reposo se enturbia
- Color: entre amarillo pálido y ámbar oscuro.
- Olor: es característico y con reposo pasa su olor es fuerte amoniaco por el contacto con el aire.

- Densidad: entre 1010 y 1020.
- PH: es ácida y sus valores normales están entre 4.8 y 7.5.
- Cantidad: en un adulto es aproximadamente sobre 1500 ml al día.

Alteraciones de la micción o volumen de la diuresis:

- Disuria: dificultad o dolor al orinar.
- Poliuria: volumen de orina superior a 2.5 litros al día.
- Oliguria: volumen de orina inferior a 500 ml al día.
- Anuria: ausencia de orina o inferior a 200 ml día.
- Polaquiuria: aumento de número de veces de micciones.
- Nicturia: aumento de micciones durante la noche.
- Incontinencia: no controlar la salida de la orina.
- Enuresis: micción involuntaria en niños que ya deberían de controlar esfínteres por su edad.
- Tenesmo vesical: orinar frecuentemente sólo unas gotas y no desaparecen las ganas tras la micción.
- Patologías prostáticas: disminución del chorro y la fuerza.
- Retención: imposibilidad de orinar.

Alteraciones del aspecto de la orina:

- Hematuria: orina teñida de sangre.
- Coluria: presencia de bilirrubina en orina
- Piuria: presencia de pus en orina.
- Bacteriuria: presencia de bacterias en orina.
- Albuminuria: presencia de albumina en orina.
- Proteinuria: presencia de proteínas en orina.
- Glucosuria: presencia de glucosa en orina.
- Cetouria: presencia de cuerpos cetónicos en orina.

2 Objetivos

- Explicar la técnica de recogida de muestra de orina por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en diferentes situaciones.

3 Metodología

Se explica de una manera didáctica y detallada el procedimiento de recogida de muestra de orina por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Se destacan

los pasos más importantes.

4 Resultados

La recogida de muestras de orina las realiza el técnico cuidados de auxiliar de enfermería bajo la supervisión de la enfermera. La orina se recoge para realizar:

Análisis elementales o de rutina: muestras de una sólo micción

Consiste en la recogida de una sola muestra de orina, suele ser la primera de la mañana, por ser la más concentrada para su estudio bioquímico. La muestra de orina que se recoge es la de la mitad de la micción, para evitar contaminarla con microorganismos que normalmente se encuentran en la uretra, y así hacemos que la primera parte de la orina consiga arrastrarlos.

Si la persona no puede colaborar lo realizará el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería:

- Lavarse las manos y colocarse guantes desechables.
- Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
- Se coloca al paciente en decúbito supino y se le coloca la cuña.
- Realizar la higiene genital, en el caso de mujeres: se limpia la vulva de delante hacia atrás, se separa el labio uretral y se descarta la primera parte de la micción recogiendo la de la mitad directamente en el bote estéril de recogida de muestras. En el caso de hombres: se retira el prepucio y se lava el glande y el área del meato, con movimientos circulares hacia fuera, luego recogemos como en el caso de las mujeres la parte intermedia de la micción.
- Se cierra el bote y se coloca la etiqueta con los datos del paciente para ser identificado.
- Recoger el material utilizado y dejar acomodado al paciente.
- Quitar los guantes y lavado de manos.
- Enviar la muestra al laboratorio o mantenerla en la nevera.
- Anotar cualquier incidencia que se haya observado.

En el caso de pacientes que colaboren: se le explica como recogerlo, como hicimos en el caso anterior, el lavado, y descartar la primera parte de la micción y recoger en el bote la parte intermedia de la misma.

Urocultivo: muestra de orina estéril es decir en condiciones de asepsia.

Consiste en la recogida de una sola muestra de orina, suele ser la primera de la mañana, por ser la más concentrada para su estudio bioquímico.

La muestra de orina que se recoge es la de la mitad de la micción, para evitar contaminarla con microorganismos que normalmente se encuentran en la uretra, y así hacemos que la primera parte de la orina consiga arrastrarlos.

Si la persona no puede colaborar lo realizará el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería:

- Lavarse las manos y colocarse guantes desechables.
 - Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
 - Se coloca al paciente en decúbito supino y se le coloca la cuña.
 - Realizar la higiene genital, en el caso de mujeres: se limpia la vulva de delante hacia atrás, se separa el labio uretral y se descarta la primera parte de la micción recogiendo la de la mitad directamente en el bote estéril de recogida de muestras. En el caso de hombres: se retira el prepucio y se lava el glande y el área del meato, con movimientos circulares hacia fuera, luego recogemos como en el caso de las mujeres la parte intermedia de la micción. En este caso se secarán los genitales con gasas estériles a diferencia del análisis de rutina.
 - Se cierra el bote y se coloca la etiqueta con los datos del paciente para ser identificado.
 - Recoger el material utilizado y dejar acomodado al paciente.
 - Quitar los guantes y lavado de manos.
 - Enviar la muestra al laboratorio o mantenerla en la nevera.
 - Anotar cualquier incidencia que se haya observado.
- En el caso de pacientes que colaboren: se le explica como recogerlo, como hicimos en el caso anterior, el lavado, y descartar la primera parte de la micción y recoger en el bote la parte intermedia de la misma.
- En caso de usar sistemas de extracción de vacío se introduce el tubo de vacío en el frasco hasta perforarlo, la orina saldrá sola desde el tubo estéril al de vacío, cuando esta deje de salir se retira el de vacío y este será el que etiquetemos y enviemos al laboratorio.

Control de Diuresis: recogida durante 24 horas. En este caso usaremos bote de orina de 2 litros.

- Informaremos al paciente y pediremos su colaboración.
- Se comienza el proceso desechando la primera orina de la mañana.
- Y luego hay que recoger el resto hasta la primera micción de la mañana siguiente incluyendo esta, es decir 24 horas de recogida de orina.
- Hay casos donde nos solicitan enviar al laboratorio la totalidad de la orina o nos indican que registremos el total recogido y sólo enviemos una muestra homoge-

nizada del total recogido.

-Las muestras deben de permanecer en nevera hasta que se envíen al laboratorio.

Control de diuresis: recogida durante 12 horas. En este caso usaremos bote de orina de 2 litros.

-Informaremos al paciente y pediremos su colaboración.

-Se comienza el proceso a las 8 de la tarde.

- Y luego hay que recoger el resto hasta las 8 de la mañana del día siguiente, es decir 24 horas de recogida de orina.

-Hay casos donde nos solicitan enviar al laboratorio la totalidad de la orina o nos indican que registremos el total recogido y sólo enviemos una muestra homogeneizada del total recogido.

-Las muestras deben de permanecer en nevera hasta que se envíen al laboratorio

Recogida de una muestra de orina estéril por sondase. Se debe de asegurar la esterilidad para no provocar una infección en el tracto urinario.

-No debemos de recoger la muestra de orina para cultivo de la bolsa colectora, por la rapidez que aquí crecen las bacterias y nos puedan dar un falso positivo en bacterias en orina.

-Usaremos el mismo material que para una recogida de un urinocultivo más jeringa y aguja estéril y una pinza metálica.

-Pinzaremos durante 30 minutos aproximadamente la sonda.

-Desinfectaremos el extremo de la salida de la sonda con povidona yodada.

-Se deja pasar 2 minutos y se retira la pinza.

-Se recoge la orina en el frasco estéril, se tapa y se identifica.

Estas técnicas que se explican anteriormente son para adultos o niños mayores de tres años, que controlen esfínteres. Estas pruebas son para estudios de características de la orina como puede ser densidad, color... para pruebas biológicas como cantidad y presencia de glucosa, proteínas... exámenes microscópicos del sedimento para ver presencia de cristales, células... para un estudio bacteriológico, para control de diuresis... No serán válidas las orinas con restos de heces, si no están bien etiquetadas, si los botes están rotos, si no se respetó la temperatura. Todo ello será motivo para tener que volver a repetir la prueba.

5 Discusión-Conclusión

Todas las muestras de orina deben de recogerse correctamente para evitar que nos dé un resultado o diagnóstico erróneo. Se debe de usar los botes destinados para cada muestra y cerrarlo con fuerza para evitar que pueda verter. Las muestras de orina se deben de enviar al laboratorio lo antes posible y si se van a demorar se deben de guardar en la nevera y que no excedan de las 4 horas. Se debe de hacer el aseo de genitales antes de la recogida de orina.

En recogidas rutinarias o urinocultivos siempre debemos de desechar el primer chorro de orina recogiendo la parte intermedia de la micción. En orinas de 12 o 24 horas se deben de respetar el horario y número de horas del control. Normalmente esto va ligado al control de ingesta de líquidos del paciente, para saber cantidad de líquidos ingeridos y cantidad de líquidos eliminados. Muy importante también registrar cualquier incidencia como exceso de sudor, diarreas.... Por donde se puedan perder líquidos. En caso de que el paciente recoja estas muestras se le debe de explicar el proceso para realizarlo y en caso de hacerlo el técnico en cuidados de enfermería debemos antes de comenzar la técnica decirle que le vamos a hacer y en que puede colaborar con nosotros.

6 Bibliografía

- Enfermeriablog.com
- <https://www.osakidetza.euskadi.eus>
- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>
- www.auxiliar-enfermeria.com

Capítulo 374

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES PEDIÁTRICOS

JAVIER DEL RIEGO APARICIO

1 Introducción

Los procesos malignos y los accidentes y malformaciones genéticas constituyen la causa más frecuente de muerte en la infancia. Tanto la enfermedad como su tratamiento provoca una serie de consecuencias sobre las que el personal de enfermería debe actuar, el paciente pediátrico por ser niño no se deja de ver sometido a problemas de salud y tratamientos específicos que afectan de una manera u otra a la satisfacción de sus necesidades vitales básica y es ahí donde el TCAE juega un papel muy importante en la atención a estos pacientes . Entre las patologías oncológicas más frecuentes en la infancia podemos citar las siguientes:

- Leucemias agudas.
- Tumores del SNC.
- Linfomas malignos.
- Neuroblastomas.
- Tumor de wilms.
- Rabdomiosarcomas.
- Tumores óseos.
- Retinoblastomas.

Al tratarse de niños el TCAE deberá mostrar una especial sensibilidad en el cuidado de estos pacientes y en el apoyo a sus familiares.

2 Objetivos

- Objetivos generales: exponer las principales causas de enfermedad terminal en la edad pediátrica y las características especiales de la misma.
- Objetivos específicos: exponer las características y necesidades de los cuidados paliativos en pediatría y la actuación del Auxiliar de Enfermería en el cuidado y atención a estos pacientes.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una metodología basada en la revisión sistemática y búsqueda de información en libros referidos a la intervención en pacientes pediátricos en fase terminal.

También se han revisado bases de datos científicos tales como revistas especializadas y páginas web como Medline Plus.

4 Resultados

En el grupo de edad neonatal (0-28 días de vida), las causas más frecuentes de muerte susceptibles de CPP son ciertas afecciones originadas en el período perinatal (70%) y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (28%). Entre los 2 y 12 meses, las causas más frecuentes de muerte susceptibles de CPP son malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (51%) y ciertas afecciones originadas en el período perinatal (27%) y enfermedades del sistema nervioso (9.5%). Entre los 2 a los 19 años de vida las causas más frecuentes de muerte susceptibles de CPP son los tumores (44,4%), enfermedades del sistema nervioso (17,5%) y Malformaciones congénitas, deformidades (17%).

Otras peculiaridades de los CPP son:

- La variabilidad en la edad de los pacientes, puesto que la atención comienza ya en la fase prenatal con el diagnóstico de enfermedades limitantes o de pronóstico letal, continúa en el período neonatal y se prolonga hasta adultos jóvenes, que por sus características clínicas (diagnóstico en la infancia, trayectoria clínica, e incluso peso o tamaño) requieren un enfoque pediátrico en su atención.
- Reducido número comparado con los adultos.
- Disponibilidad limitada de fármacos específicos para los niños: casi todos los tratamientos farmacológicos disponibles están desarrollados, formulados y au-

torizados para su uso en adultos y raramente están disponibles en forma de suspensión (especialmente los tratamientos para el dolor con opioides de liberación prolongada) que sean fáciles de administrar a los niños pequeños.

- Factores de desarrollo: los niños están en continuo desarrollo físico, emocional y cognitivo.
- Papel de la familia: El niño y la familia constituyen la unidad de atención.
- Implicación emocional: cuando un niño está muriendo, puede resultar extremadamente difícil para los miembros de la familia y cuidadores aceptar el fracaso del tratamiento, la irreversibilidad de la enfermedad y la muerte.
- Aflicción y duelo: después de la muerte de un niño, es más probable que el duelo sea grave, prolongado y, a menudo, complicado.
- Impacto social: es difícil para el niño y la familia mantener su papel en la sociedad a lo largo de la enfermedad (colegio, trabajo, ingresos).

Por todas estas peculiaridades, antes de iniciar los cuidados es imprescindible establecer unas prioridades que vendrán determinadas por el estado de salud del niño y cómo es capaz de identificar problemas y establecer sus propias prioridades.

Los objetivos que deberá seguir el técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) serán dirigidos a atender las siguientes necesidades en estos pacientes:

- Conseguir un nivel óptimo de nutrición, el auxiliar de enfermería deberá mantener los siguientes cuidados:

Cuidará la presentación de la comida para que sea atractiva para el niño, procurando ofrecerle sus alimentos favoritos.

Se procurará evitar los tratamientos médicos a la hora de las comidas y no se le ofrecerán al niño alimentos nuevos 24 horas antes y después de la quimioterapia.

- Conservar sus hábitos normales de eliminación urinaria e intestinal y controlar sus hábitos de eliminación: respetará la intimidad del niño durante la eliminación y le permitirá seguir sus costumbres habituales controlando siempre la cantidad, frecuencia y características de la orina y las deposiciones y enseñará a los padres a tratar el estreñimiento y la diarrea mediante la dieta y la medicación. Le ofrecerá al niño un ambiente relajado permitiendo que el niño exprese sus sentimientos, cambiándolo tantas veces como sea necesario y adoptando siempre una actitud positiva.

- Mantener su patrón habitual de sueño: se deberá respetar el sueño dentro de lo posible a la hora de prestar los cuidados, procurar un ambiente relajado y realizar todo lo que este en su mano para aliviar el dolor y proporcionar al niño así un sueño reparador.

- Procurar que el niño realice el mayor ejercicio físico dentro de sus posibilidades: el TCAE enseñará a los padres a efectuar cambios posturales cuando el niño presente dificultad para moverse, animará y fomentará en el niño actividades propias de su edad como comer solo, realizar la higiene diaria, lavarse las manos, los dientes, vestirse y desvestirse, etc.
- Mantener normas de higiene adecuadas y el buen estado de la piel: procurará junto con los familiares que el niño mantenga una buena higiene bucal adecuada, que favorecerá que no aparezca dolor bucal, que se lave las manos antes y después de las comidas .

Evitará las arrugas de la cama y la humedad para mantener la integridad cutánea y vigilará la caída del pelo del niño, informando al mismo y a los familiares.

- Mantener los signos vitales dentro de la normalidad: mantendrá la habitación en una temperatura adecuada para conseguir una correcta temperatura corporal, así como el baño. Evitará tomar la temperatura rectal para no producir hemorragias. No permitirá que el niño tenga contacto con otras personas enfermas o ambientes cerrados. Vigilar posibles puntos de hemorragia e informar al médico en el caso de que aparezca fiebre o cualquier tipo de infección vírica propia de la infancia.
- Conseguir que el niño demuestre una buena autoestima y una actitud positiva ante la hospitalización: el auxiliar de enfermería ha de crear una relación de confianza y apoyo en el niño, mostrándole cariño, pero evitando sobreprotegerle, facilitará que el niño sea visitado por amigos y favorecerá que establezca amistad con otros niños ingresados para que se identifique con ellos y se creen lazos de unión. Ha de mostrar siempre una actitud cercana pero sincera, le ayudará a aceptar su imagen actual y trabajará para favorecer la mejora de su autoestima.

También es importante que el TCAE no descuide a la familia, les animará a mantener una actitud positiva y a participar en los cuidados del niño y les animará a jugar y a interactuar con él.

5 Discusión-Conclusión

Por la delicada situación de los pacientes terminales pediátricos el TCAE más que nunca deberá mostrar profesionalidad y sensibilidad, y además de procurar al niño los cuidados físicos necesarios es de vital importancia que atienda a los aspectos psicológicos tanto del niño como de su familia, ayudándoles a que todos ellos asuman el proceso de enfermedad y duelo y los momentos previos a la muerte.

Procurará y animará en el caso de que los padres tengan más hijos que no des-

cuiden el cuidado de los mismos en casa demostrándoles que el niño recibe una completa atención en el hospital y no se sientan culpables por dejarle unos momentos solo.

Tratará de fomentar que los padres no adopten una postura negativa ante la situación. Explicará desde su experiencia humana y profesional con sencillez y claridad la muerte de otros niños en el mismo problema. Permanecerá a su lado durante más tiempo a medida que se acerque el momento para que no se sientan solos ni las familias ni los niños. Mantendrá siempre una actitud de confianza, apoyo y respeto.

En definitiva el objetivo del TCAE y todos aquellos profesionales sanitarios que cuidarán al niño en este proceso será aliviar su padecimiento y ayudarle a él y a su familia a enfrentarse con la muerte.

6 Bibliografía

- Thomson , E. Enfermería Pediátrica. Crecimiento, desarrollo y patología del niño. Ed. Interamericana.
- Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Ed Doyma. Barcelona
- Saunders CM, Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Barcelona. Ed Salvat.
- <https://www.discapnet.es>
- <https://www.cancer.org>. www.revista-portalesmedicos.com.
- <https://fapap.es/articulo/439/cuidados-paliativos-en-pediatria>
- <https://www.pediatriaintegral.es>
- <http://www.serviciopediatria.com>

Capítulo 375

ENFERMEDAD RENAL: TIPOS, CAUSAS Y PLAN DE CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR

IRIS ASUETA RODRÍGUEZ

CAROLINA CORRAL GONZALEZ

1 Introducción

La insuficiencia renal puede ser de 2 tipos : aguda (IRA) y crónica (IRC) :

La insuficiencia renal aguda(IRA) es un síndrome que se presenta por múltiples causas que provocan una injuria y se caracteriza por la disminución abrupta de la filtración glomerular, la cual resulta por la incapacidad del riñón para excretar los productos nitrogenados y para mantener la homeostasis de líquidos y electrolitos . Esta alteración en la función renal ocurre posterior a la lesión renal en túbulos, vasos, intersticio y glomérulos. La manifestación clínica primaria de la IRA es la causa desencadenante y posteriormente por la acumulación de los productos nitrogenados, (urea y creatinina) y el desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-base. Se caracteriza además por alteraciones del flujo urinario.

El volumen normal de diuresis se mueve en un amplio rango en función de las necesidades del organismo para regular primariamente la volemia y la osmolalidad plasmática. Cuando se orina menos de 400 ml/día hablamos de oliguria y una cantidad inferior a 100 ml/día se conoce como anuria. Los pacientes con IRA no oligúrica tienen un mejor pronóstico que aquellos con IRA oligúrica.

La insuficiencia renal aguda puede presentarse con cierta frecuencia en enfermedades graves, por varias causas, cuyo rasgo común es provocar el fallo de la función renal. La IRA presenta las siguientes características:

- Tener una enfermedad que reduce el flujo normal de circulación de sangre hacia los riñones.
- Experimentar una lesión directa en los riñones.

Los tubos de drenaje de orina (uréteres) de los riñones se obstruyen y los desechos no pueden eliminarse del cuerpo a través de la orina, dependiendo de la causa, la insuficiencia renal aguda se divide en las siguientes categorías:

- Insuficiencia renal aguda de tipo pre-renal: el motivo del fallo renal, como su nombre indica, se sitúa “antes” de que la sangre llegue al riñón, o sea, en el sistema cardiovascular. En estos casos, las enfermedades cardiovasculares, una infección que invada el torrente sanguíneo o las pérdidas de agua y electrolitos (vómitos, diarrea), provocan una alteración en la circulación, reduciendo así el suministro de sangre y, por tanto, de oxígeno al riñón. El tejido renal no puede filtrar suficientemente las toxinas del organismo, y la función de filtro se detiene.
- Insuficiencia renal aguda de tipo renal o parenquimatosa: las causas se encuentran en el tejido renal, que puede quedar alterado y dañado por muy diversos motivos, como por ejemplo debido a trastornos de la circulación o toxinas (por ejemplo, medicamentos), y, así, ver disminuida su función. La IRA intrínseca puede ser oligúrica, anúrica o con diuresis conservada. En este último caso la orina es poco concentrada en productos nitrogenados.
- Insuficiencia post-renal aguda : se trata de trastornos en el flujo de la orina porque debe pasar a través de un tracto urinario estrechado u obstruido. Las causas que provocan esa estenosis pueden tener origen en el riñón, en la misma orina, por cálculos en la vejiga tumores o agrandamiento de la próstata. La orina queda estancada y se provocando una dilatación de las vías urinarias y un aumento de presión que daña el tejido de los riñones.

La IRA adquirida en la comunidad se debe en un 70% de los casos a causas pre-renales y en un 17% a causas obstructivas. Aparece en hasta una tercera parte de los pacientes que ingresan en unidades de pacientes críticos. En unidades de críticos la causa suele ser multifactorial y se relaciona con fallo multiorgánico. oscila entre el 15% de los casos de IRA adquirida en la comunidad y más del 50% de aquellos que precisan tratamiento substitutivo en UCI.

La lesión renal (Castelao, 2014) se puede poner de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario o a través de técnicas de imagen. En España se estimó que el el 9,24 % de la población adulta padece

algún grado de ERC.

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada actualmente un problema de salud pública en el ámbito mundial por su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el sistema, dado que requiere una alta complejidad técnica en su manejo

Los motivos que pueden provocar insuficiencia renal crónica podemos encontrar los siguientes.

- Los agentes tóxicos: todas aquellas sustancias que resultan dañinas para el riñón pueden perjudicarlo de forma grave.

La falta de líquidos: el líquido es primordial para que los riñones mantengan su correcta función, ya que este ayuda a eliminar las toxinas que se pueden acumular en ellos.

- Las enfermedades infecciosas que afectan los riñones pueden causarles graves e irreversibles daños a estos órganos.

Los factores que pueden aumentar el riesgo de insuficiencia renal crónica incluyen los siguientes:

- Estar hospitalizado, sobre todo por una enfermedad grave.

- Edad avanzada.

- Obstrucciones en los vasos sanguíneos de los brazos y las piernas.

- Diabetes.

- Presión arterial alta.

- Insuficiencia cardíaca.

- Enfermedades renales.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados de enfermería generales y específicos en la enfermedad renal, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Varón de 75 años, que acude al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro clínico de 3 días de duración, en el cual sufre desorientación, acompañada de fatiga, náuseas, así como hinchazón en piernas, pies y tobillos. No alergias cono-

cidas. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: HTA diagnosticada hace 5 años y tratada con diuréticos. Fumador de 1 cajetilla al día.

El equipo de enfermería, iniciara su exploración mirándole las Constantes vitales y cuyo resultado es el siguiente: TA 180/110; FC:100; FR 19; Glucemia 135 mg/dl. En la exploración física, se observan importantes edemas en miembros inferiores. Se le realiza un hemograma, un electrocardiograma y una radiografía de tórax. Ante la sospecha de una Insuficiencia el médico del Servicio de Urgencias decide su ingreso en planta para una ampliación del estudio.

4 Resultados

Los objetivos Generales de estos cuidados en la enfermedad renal (ER) son los siguientes:

- Contribuir como integrante del equipo multidisciplinario al adecuado tratamiento del paciente renal.
- Respetar (velar) por el cumplimiento de la toma de decisiones del paciente ante las diferentes modalidades de tratamiento renal sustitutivo o elección de tratamiento conservador.
- Contribuir a la sostenibilidad y a la mejor planificación del TSR.
- Educar en hábitos “renales” saludables.

Los objetivos Específicos del cuidado de enfermería:

- Potenciar el empoderamiento del paciente para que éstos puedan decidir sobre los distintos tipos de tratamiento renal sustitutivo, rechazo a tratamiento o la elección de un tratamiento conservador sin diálisis.
- Velar por el derecho a la autonomía del paciente, promoviendo la figura del informador del paciente y apoyar al paciente en la decisión sobre TSR.
- Aumentar la calidad y eficiencia del proceso de educación del paciente con Enfermedad Renal Crónica en todas las etapas de la enfermedad.
- Potenciar los autocuidados y la autonomía del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado del equipo de enfermería a pacientes con Enfermedad renal (CCAA, 2015) es La aquel que realiza el profesional que ha recibido una formación acreditada y ha demostrado competencias específicas para atender a los pacientes diagnosticados de una enfermedad renal.

La Enfermedad Renal (Nefrología S. C., 2009)ha sido reconocida recientemente como un problema de salud pública global, por su carácter epidémico y las complicaciones devastadoras que produce. La falta de reconocimiento precoz. Durante su evolución silenciosa el paciente puede experimentar progresión renal y morbilidad cardiovascular. Si la Enfermedad Renal y sus factores de riesgo no son detectados, se pierden oportunidades únicas de prevención y tratamiento. Los factores de riesgo modificables más potentes de enfermedad renal son la diabetes y la hipertensión.

Algunas personas están en mayor riesgo de desarrollar Enfermedad Renal Crónica (ERC), y en ellas debe aplicarse el mayor esfuerzo de detección precoz de esta condición. Un énfasis particular debe darse a las personas con diabetes, hipertensión, edad mayor de 60 años e historia familiar de enfermedad renal.

Estas condiciones tienen alta prevalencia y son pesquisadas en el nivel de atención primaria. Hipertensión y diabetes son los factores de riesgo más potentes y modificados.

La atención debe ser personalizada, enfocada al bienestar común, brindada por un profesional de enfermería. Los modelos y teorías de enfermería brindan posibilidades de intervención, de acción inmediata, e igualmente brinda al paciente las suficientes herramientas de cuidado. Sin embargo su uso es limitado en la práctica clínica diaria. Los efectos beneficiosos de la intervención de cuidados de enfermería, promueve un cambio positivo significativo en el autocuidado.

La familia en el paciente con insuficiencia renal es considerada parte esencial en la atención del cuidado y es importante en este proceso para generar prácticas de buenos hábitos. El personal de enfermería debe apoyarse en la familia para la planificación de cuidados con el fin de generar beneficios al paciente.

6 Bibliografía

- Castelao, A. M. (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica Scielo, 20.
- CCAA, C. d. (2015). Documento marco sobre enfermedades renales crónicas. Nefrología, S. c. (2009). Enfermedad renal. Scielo .

Capítulo 376

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BELEN GASCÓN PÉREZ

SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO

1 Introducción

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria, para evitar esta transmisión, y las infecciones asociadas, la medida más importante y efectiva es la higiene de las manos. Una buena higiene de las manos, en el momento apropiado y de la manera adecuada, puede salvar vidas. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente.

Los microorganismos (gérmenes) responsables de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) pueden ser virus, hongos, parásitos y, con mayor frecuencia, bacterias. Las IRAS pueden estar provocadas bien por microorganismos que ya estaban presentes en la mucosa y la piel del paciente (endógenos) o por microorganismos procedentes de otro paciente o de un profesional sanitario o del entorno (exógenos). En la mayoría de los casos, el vehículo de transmisión de los microorganismos, desde la fuente de infección al paciente, son las manos de los profesionales sanitarios, aunque los propios pacientes pueden ser la fuente. Generalmente, los microorganismos se transmiten de un paciente a otro, de una parte del cuerpo a otra y del entorno al paciente o viceversa.

El riesgo de transmisión está presente en todos los momentos de la prestación asistencial, los gérmenes y los potenciales agentes patógenos pueden ir colonizando progresivamente las manos de los profesionales sanitarios durante el proceso de atención. Si no hay higiene de manos, cuanto más se prolongue la asistencia, mayores serán el grado de contaminación de las manos y los riesgos potenciales para la seguridad del paciente, sobre todo en el caso de pacientes inmunodeprimidos o vulnerables y/o si se utilizan dispositivos invasivos permanentes (catéteres urinarios, intravenosos, intubación endotraqueal, drenajes, etc).

Las «precauciones estándar» comprenden los principios básicos del control de las infecciones que son obligatorios en todos los centros sanitarios. Su aplicación se extiende a todos los pacientes que reciben asistencia, al margen de su diagnóstico, sus factores de riesgo y su presunto estado infeccioso, con la finalidad de disminuir el riesgo de que el paciente y el personal del hospital contraigan una infección. La higiene de las manos constituye en gran medida el núcleo de las precauciones estándar y es indiscutiblemente la medida más eficaz para el control de las infecciones.

Para abordar este tema es importante tener claro los conceptos definitorios, es por ello que se detallan a continuación:

- Preparado de base alcohólica para la fricción de las manos: preparado de contenido alcohólico (líquido, gel o espuma) formulado para ser aplicado en las manos con el objetivo de inactivar los microorganismos y / o suprimir temporalmente su crecimiento.
- Procedimiento limpio/aséptico: cualquier actividad de asistencia que entraña un contacto directo o indirecto con mucosas, piel no intacta o un dispositivo médico invasivo. Durante este procedimiento no debe transmitirse ningún germen.

Fluidos corporales como cualquier sustancia/fluido procedente del cuerpo:

- Sangre.
- Excreciones: orina, heces, vómito, meconio, loquios.
- Secreciones: saliva, moco, esperma, leche y calostro, lágrimas, cerumen, vermis caseoso (hasta el primer baño).
- Trasudado/exudado: líquido pleural, líquido cerebroespinal, líquido ascítico, líquido sinovial, líquido amniótico, pus, con la excepción del sudor.
- Cualquier muestra biológica extraída del cuerpo (incluyendo muestras de tejido, placenta, muestras citológicas, órganos y médula ósea).

Puntos críticos: zonas del cuerpo o dispositivos médicos que han de protegerse frente a gérmenes patógenos por estar asociados a riesgo de infección.

Cuidado de las manos: acciones que disminuyen el riesgo de irritación o deterioro de la piel.

Higiene de manos: cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos (fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón) cuya finalidad es reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos.

Fricción de las manos: aplicar un antiséptico para manos para reducir o inhibir la propagación de los microorganismos sin necesidad de agua ni del enjugado o secado.

Colonización: presencia y multiplicación de microorganismos patógenos sin que se produzca una invasión o deterioro de los tejidos.

Infección: invasión y multiplicación de microorganismos patógenos en un tejido o en una parte del cuerpo que pueden posteriormente ocasionar una lesión tisular y convertirse en enfermedad.

Infección nosocomial: infección que afecta a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. Es una infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS).

2 Objetivos

- Establecer cómo lavar y desinfectar las manos.
- Describir los “los cinco momentos para la higiene de manos” según la OMS.
- Conocer cuando ha de llevarse a cabo el uso de guantes.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través del motor de búsqueda Google académico. Palabras clave: Lavado de las manos, Desinfección de las manos, OMS 5 de mayo 2019.

4 Resultados

Lavado de manos: se debe lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o manchadas de fluidos corporales, cuando se sospeche o se tenga constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas o después de usar el inodoro. La duración de procedimiento es de 40 a 60 segundos.

- Mojar las manos con agua.

- Depositar en la palma de la mano jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.
 - Frotarse las palmas de las manos entre si.
 - Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
 - Frotarse las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados.
 - Frotarse el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
 - Frotarse con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
 - Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- Enjuagarse la manos con agua.
 Secarse con una toalla desechable.
 Cerrar el grifo con la toalla.

Desinfección de manos: la fricción de manos con un preparado de base alcohólica (PBA) es la forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima . El jabón y el preparado de base alcohólica no deben utilizarse conjuntamente. La fricción de manos con un PBA precisa de 20 a 30 segundos.

- Depositar en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies.
 - Frotarse las palmas de las manos entre si.
 - Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
 - Frotarse las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados.
 - Frotarse el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
 - Frotarse con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
 - Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- La realización de una higiene de manos eficaz, ya sea por fricción o por lavado depende de una serie de factores:
- La calidad del preparado de base alcohólica.
 - La cantidad de producto que se usa.
 - El tiempo que se dedica a la higiene.
 - La superficie de la mano que se ha frotado o lavado.

Las acciones de higiene de las manos tienen más eficacia cuando la piel de las manos se encuentra libre de cortes, las uñas están cortas, sin esmalte y no son uñas postizas, y las manos y los antebrazos están sin joyas.

Los 5 momentos para la higiene de manos: deberá practicarse la higiene de las manos en todos los casos que a continuación se describen, tanto si se usan guantes como si no.

- Antes de tocar al paciente (protegerlo de los gérmenes dañinos de nuestras manos). Por ejemplo antes de dar la mano a un paciente o de ayudarlo con los cuidados personales.
- Inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Por ejemplo antes de administrarle gotas en los ojos o cepillarle los dientes.
- Inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). Por Ejemplo tras retirarle el pañal o la prótesis dental.
- Después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea. Por ejemplos después de ayudarlo a vestirse
- Después del contacto con el entorno del paciente. Por ejemplo después de hacer la cama ocupada. Se debe evitar el contacto con objetos o superficies (apoyarse en la cama o en la mesita).

El uso de guantes: los guantes se ha de utilizar siempre que exista posibilidad de tocar sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones u objetos visiblemente manchados de fluidos corporales. El uso de guantes no excluye la necesidad de limpiarse las manos. Los guantes pueden ser portadores de gérmenes por ello se han de quitar los guantes después de cada actividad y limpiarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de las manos es el elemento central en la prevención y el control de infecciones, aplicar adecuadamente la práctica de higiene de las manos, contribuye a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales en los centros sanitarios. Esta práctica alcanza todos los niveles de la atención sanitaria. La OMS eligió el día 5 de mayo como día mundial de la higiene de manos para promover e incentivar la higiene de manos adecuada y en el momento apropiado en la atención sanitaria, con el lema general de la campaña “salva vidas: límpiase las manos”.

El modelo de la OMS de «Los cinco momentos para la higiene de las manos» define momentos esenciales que son primordiales para la higiene de las manos y

debemos de integrarlos en la secuencia natural de nuestro trabajo como TCAE, tomando conciencia de las indicaciones y de cuándo y en qué orden se ha de aplicar. Cuando las manos no estén visiblemente sucias es preferible desinfectarlas frotándolas con un preparado de base alcohólica, es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón, y en la actualidad es el único medio conocido para desactivar de manera rápida y eficaz una gran diversidad de microorganismos potencialmente nocivos presentes en las manos.

Conductas que deben evitarse:

- Utilizar simultáneamente agua y jabón y productos a base de alcohol.
- Utilizar agua caliente para lavarse las manos.
- Ponerse los guantes con las manos húmedas (puede producir irritación).
- Realizar la higiene de manos fuera de las indicaciones.
- Llevar guantes fuera de las indicaciones.

Principios que se deben seguir :

- Frotarse las manos hasta que el producto de base alcohólica se evapore por completo.
- Secarse las manos cuidadosamente después de lavárselas con agua y jabón.
- Aplicar regularmente una crema de manos protectora.
- Asegurar la seguridad de las manos no llevando joyas y manteniendo las uñas cortas.

La realización o no de una adecuada higiene de las manos tiene consecuencias en la transmisión de agentes patógenos y el desarrollo de las IRAS, por ello durante la prestación asistencial realizar una adecuada higiene de las manos no es sólo una cuestión de sentido común es una acción que está justificada por el riesgo de transmisión de gérmenes.

6 Bibliografía

- JFM Cortés, AG Benitez, EM Redondo, JS Vega, Enfermería Global. 2014 – revistas.um.es
- ÁG Ulises, MR Fernando, AFV Edith. Revista de Enfermería. 2005
- Organización Mundial de la Salud, sitio web: <https://www.who.int>.

Capítulo 377

EL SEDENTARISMO, COMO ABORDARLO

DAVID SÚAREZ

BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ

VANESA PRADA DÍAZ

ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ

1 Introducción

Existen varias definiciones del término sedentarismo. Desde el punto de vista del tiempo dedicado a realizar actividad física, sedentario es aquel individuo que no realiza al menos 30min de actividad física moderada durante la mayoría de días de la semana. Desde el punto de vista del gasto energético, se puede definir como sedentario o inactivo a aquel individuo que no realiza 5 o más días (sesiones) de actividad física moderada o de caminata durante al menos 30min por sesión, o que no realiza 3 o más días (sesiones) semanales de actividad física vigorosa durante al menos 20min, o que no genera un gasto energético de al menos $600\text{Mets}\cdot\text{min}^{-1}$ por semana (aproximadamente 720kcal por semana para una persona de 70kg de peso) en una combinación de actividades vigorosas, moderadas y/o de caminata. Otra definición de sedentarismo tiene que ver con el tiempo que pasa un individuo sentado o recostado, o también se puede llamar sedentario a aquel individuo que gasta menos de $1,5\text{Mets}\cdot\text{h}^{-1}$ y por día en actividades físicas de tiempo libre, trabaja sentado y emplea menos de una hora por semana en actividades de transporte (caminando).

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones generales para combatir las conductas sedentarias y su prevalencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Recomendaciones generales de actividad física para la salud en adultos y en adultos mayores (adaptado de ACSM/AHA, 2007; WHO/OMS, 2010; ACSM, 2011) Adultos (18-64 años). Las mujeres durante el embarazo y puerperio y los adultos con discapacidades y enfermedades crónicas pueden realizar actividad física, pero precisan recomendaciones especiales.

Las recomendaciones generales son:

- Se debe evitar la inactividad, porque en sí misma es nociva para la salud. Cualquier actividad, por mínima que sea, producirá beneficios en salud.
- La evidencia científica existente en la actualidad indica que es a partir de 150 min (2 horas y media) de actividad aeróbica moderada (entre 3 y 6 Mets de intensidad) a la semana cuando empiezan los efectos beneficiosos para la salud. Los mismos beneficios se consiguen si se realizan al menos 75min semanales de actividad física aeróbica intensa (más de 6Mets de intensidad).
- Es recomendable repartir el tiempo semanal en fracciones de 30 minutos 5 días a la semana en la actividad aeróbica moderada, o de 25 minutos 3 días a la semana en la aeróbica intensa.
- El tiempo diario se puede dividir en fracciones no menores de 10 minutos. Tiene la misma repercusión para la salud realizar 30 minutos seguidos que 3 bloques de 10 minutos o 2 bloques de 15 minutos. También se pueden realizar múltiples combinaciones de actividades intensas y moderadas, pero sobre la base de los

tiempos recomendados anteriormente; no existe una evidencia científica para cada combinación.

- Si se realiza actividad física más allá de los tiempos recomendados, tanto de forma moderada como intensa, o en combinación, el efecto beneficioso para la salud también aumenta.
- Es recomendable que los adultos realicen también, y de forma complementaria a lo recomendado anteriormente, ejercicios de fuerza muscular (ejercicios contra resistencia), abarcando todos los grupos musculares posibles. Se recomiendan 8-10 ejercicios, con 8-12 repeticiones cada uno, 2 o más días no consecutivos por semana.
- Para mejorar o mantener un rango de movimiento articular normal se recomienda realizar ejercicios de flexibilidad por lo menos 2 o 3 días a la semana, incluyendo estiramientos. Cada estiramiento debe durar 10-30 segundos, notando tensión o molestia leve, y realizando de 2 a 4 estiramientos para cada ejercicio, completando un total de 60 segundos

Adultos mayores (personas de 65 años o más) sin patología. Salvo en los adultos mayores con discapacidades y enfermedades crónicas, que precisan recomendaciones especiales, el consejo debe ser idéntico al de los adultos:

- Evitar la inactividad: cualquier cantidad de actividad, por pequeña que sea, siempre será beneficiosa.
- Es importante adaptar la cantidad y el tipo de actividad en relación con la edad y con la forma física de partida de cada persona.
- Recomendar, si es posible, la meta mínima de 150 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física intensa. Puede ser una combinación equivalente de ambas, y se puede fraccionar en periodos de al menos 10 minutos.
- Es conveniente distribuir el tiempo dedicado a la actividad física entre todos los días de la semana, o al menos en 3 días a la semana.
- Recomendar, si sus condiciones lo permiten, llegar a los 300 minutos de actividad moderada o 150 minutos de intensa, o las combinaciones proporcionales de ambas, ya que los beneficios en salud son mayores.
- Para mantener la salud y prevenir la incapacidad es importante realizar por lo menos 2 días a la semana actividades de mantenimiento o incremento de la fuerza muscular (8-10 ejercicios, cada uno de 10 a 15 repeticiones, en 2 días de la semana). Se pueden realizar más días por semana, pero siempre que no sean consecutivos. Las actividades de fortalecimiento muscular incluyen: ejercicios con bandas elásticas, con máquinas y mancuernas, ejercicios con autocargas (con el propio peso del cuerpo) y transportar la bolsa de la compra.

- Deben fomentarse los ejercicios de equilibrio (estático y/o dinámico), al menos 3 días por semana, sobre todo en las personas con riesgo de caídas, incluyendo ejercicios específicos y actividades como baile o tai-chi.
- Los ejercicios de flexibilidad también están recomendados, con la finalidad de mantener la movilidad articular. Se realizarán durante un mínimo de 10 minutos y al menos 2 días por semana, incluyendo estiramientos (de 2 a 4 por ejercicio) que provoquen tensión o molestia leve y que duren entre 10 y 30 segundos, completando un total de 60 segundos por cada grupo muscular.
- La progresión gradual del tiempo de ejercicio, de la frecuencia y de la intensidad es recomendable para mejorar la adherencia al ejercicio y para minimizar los riesgos.

Seguridad en la práctica de actividad física

En conjunto, los beneficios que puede reportar la actividad física en general son mayores que los posibles perjuicios. Para la población en general, el riesgo de lesiones del aparato locomotor, en su mayoría leves, se minimiza si se fomenta un plan de actividad física inicialmente moderado y de bajo impacto, que progrese gradualmente hasta alcanzar una mayor intensidad.

5 Discusión-Conclusión

Consecuencias para la salud de las conductas sedentarias y su prevalencia. En los años noventa del siglo pasado la American Heart Association reconoció el sedentarismo como un factor de riesgo independiente de cardiopatía isquémica. El estilo de vida sedentario, aunque relativamente moderno, tiene una importancia de tal magnitud en la salud que la OMS estima que es la cuarta causa de mortalidad en el mundo, e influye de una manera importante en la carga mundial de morbilidad.

La prevalencia del sedentarismo en Europa es muy alta, y España es uno de los 4 países más sedentarios de Europa, alcanzándose cifras superiores al 60% de la población adulta. La inactividad física o sedentarismo ha sido estudiada en los últimos años como causa presumiblemente determinante de un gran número de enfermedades. La evidencia científica sobre sus efectos perjudiciales para la salud se apoya en multitud de estudios epidemiológicos observacionales y experimentales. Parece que el número de horas sentado presenta una asociación con mayor riesgo de mortalidad, y que el mayor riesgo lo presentan los sujetos que simultáneamente realizan menos actividad física y adoptan una conducta sedentaria.

La actividad física regular proporciona beneficios en la salud, tanto en prevención primaria como secundaria, en muchas enfermedades crónicas. La prescripción de actividad física, aunque es de reconocida importancia tanto a nivel clínico como institucional, es escasamente utilizada más allá del mero consejo. De acuerdo con un informe de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos, se calcula que inversiones de un dólar para promover la actividad física moderada proporcionan un ahorro de 3,20 dólares en gastos médicos.

Es por tanto trascendental atajar el sedentarismo para aumentar los beneficios de la salud, siendo tarea de los sanitarios educar a la población y concienciarla para aumentar su actividad física promocionando su salud.

6 Bibliografía

- (1) R.R. Pate, J.R. O'Neill, F. Lobelo. The evolving definition of 'sedentary'. *Exerc Sport Sci Rev*, 36 (2008), pp. 173-178 | Medline
- (2) IPAQ Research Committee. Guidelines for the data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire-2005 [consultado 13 Jun 2013].
- [3] T.L. Healy, B.K. Clark, F.A. Winkler, P.A. Gardiner, W.J. Brown, C.E. Matthews. Measurement of adults' sedentary time in population-based studies. *Am J Prev Med*, 41 (2011), pp. 216-227 | Medline
- [4] T.L. Hart, C.L. Craig, J.M. Griffiths, C. Cameron, R.E. Andersen, A. Bauman, et al. Markers of sedentarism: The joint Canada/U.S. Survey of health. *Am J Prev Med*, 8 (2011), pp. 361-371
- [5] G.F. Fletcher, S.N. Blair, J. Blumenthal, C. Caspersen, B. Chaitman, S. Epstein, et al. Statement on exercise. Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans. A statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation*, 86 (1992), pp. 340-344 Medline
- [6] Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Organización Mundial de la Salud, 2009 [consultado 13 Jun 2013].
- [7] I.M. Lee, E.J. Shiroma, F. Lobelo, P. Puska, S.N. Blair, P.T. Katzmarzyk. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380 (2012), pp. 219-229 | Medline
- [8] A. Patel, L. Bernstein, A. Deka, H. Feigelson, T. Campbell, S. Gapstur, et al. Leisure time spent sitting in relation to total mortality in a prospective cohort of

- US adults. *Am J Epidemiol*, 172 (2010), pp. 419-429 | Medline
- [9] E. Stamatakis, M. Hamer, D. Dunstan. Screen-based entertainment time, all-cause mortality and cardiovascular events: Population-based study with ongoing mortality and hospital events follow-up. *J Am Coll Cardiol*, 57 (2011), pp. 292-299 | Medline
 - [10] D.E. Warburton, C.W. Nicol, S.S. Bredin. Health benefits of physical activity: The evidence. *CMAJ*, 174 (2006), pp. 801-809 | Medline
 - [11] R.E. Sallis. Exercise is medicine and physicians need to prescribe it. *Br J Sports Med*, 43 (2009), pp. 34
 - [12] United States Centers for Disease Control, "Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity. [Gastos médicos más bajos asociados con la actividad física]. Atlanta: CDC, 1999 [consultado 13 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>
 - [13] M.E. Nelson, W.J. Rejeski, S.N. Blair, P.W. Duncan, J.O. Judge, A.C. King, et al. Physical activity and public health in older adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116 (2007), pp. 1094-1105 | Medline
 - [14] WHO/OMS. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Organización Mundial de la Salud, (2010),
 - [15] C. Garber, B. Blissmer, M. Deschenes, B. Franklin, M. Lamonte, I. Lee, et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*, 43 (2011), pp. 1334-1359 | Medline
 - [16] A. Cabrera, M.C. Rodríguez-Pérez, L.M. Rodríguez-Benjumeda, B. Anía-Lafuente, B. Brito-Díaz, M. Muros, et al. Sedentarismo: tiempo de ocio activo frente a porcentaje del gasto energético. *Rev Esp Cardiol*, 60 (2007), pp. 244-250 Medline
 - [17] J.J. Varo, M.A. Martínez-González. Los retos actuales de la investigación en actividad física y sedentarismo. *Rev Esp Cardiol*, 60 (2007), pp. 231-233 Medline
 - [18] M.L. Booth. Assessment of physical activity: An international perspective. *Res Q Exerc Sport*, 71 (2000), pp. s114-s120 Medline
 - [19] C.L. Craig, A.L. Marshall, M. Sjostrom, A.E. Bauman, M.L. Booth, B.E. Ainsworth, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35 (2003), pp. 1381-1395 | Medline
 - [20] B. Román Viñas, L. Ribas Barba, J. Ngo, L. Serra Majem. Validity of the international physical activity questionnaire in the Catalan population (Spain). *Gac*

Sanit, 27 (2013), pp. 254-257 <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.013> | Medline

- [21] European Opinion Research Group. Physical activity in 15 European states No. 58.2. Brussels: Special Eurobarometer. European Commission; 2003.
- [22] B.E. Ainsworth, W.L. Haskell, M.C. Whitt, A.M. Swartz, S.J. Strath, W.L. O'Brien, et al. Compendium of physical activities: An update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc*, 32 (2000), pp. S498-S516 Medline
- [23] C. Tudor-Locke, L. Burkett, J.P. Reis, B.E. Ainsworth, C.A. Macera, D.K. Wilson. How many days of pedometer monitoring predict weekly physical activity in adults?. *Prev Med*, 40 (2005), pp. 293-298 | Medline
- [24] C. Tudor-Locke, Y. Hatano, R.P. Pangrazi, M. Kang. Revisiting “how many steps are enough?”. *Med Sci Sports Exerc*, 40 (2008), pp. S537-S543 | Medline
- [25] Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Aten Primaria*, 41 (2009), pp. 463 <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.024> | Medline
- [26] PAPPS. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Actualización 2012 [consultado 13 Jun 2013]. Disponible en: www.semfyec.es
- [27] J.O. Prochaska, B.H. Marcus. The transtheoretical model: Applications to exercise. *Advances in Exercise Adherence*, pp. 161-180
- [28] US Preventive Services Task Force “Behavioral Counseling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults: Update of the Evidence for the U.S. preventive Services Task Force”. 2010 [consultado 13 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/physactivity/physupd.pdf>
- [29] G. Grandes, A. Sanchez, I. Montoya, R. Ortega, J. Torcal, PEPAF Group. Two-year longitudinal analysis of a cluster randomized trial of physical activity promotion by general practitioners. *PLoS ONE*, 6 (2011), pp. e18363 | Medline
- [30] Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E, et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe n.º Osteba D-08-07.

Capítulo 378

EL DUELO

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

MONTSERRAT VIGUERA SOLIS

PABLO SANCHEZ GARCIA

JULIA SANCHEZ REQUEJO

1 Introducción

Casi todos los seres humanos, se ven involucrados en el duelo ante la pérdida de un ser querido, pero con frecuencia es costoso expresar los sentimientos.

Aunque hay algunas fases del duelo reconocibles e identificadas por la psicología, el duelo es distinto para cada persona y según los expertos, no es algo que necesariamente debamos o logremos "superar".

2 Objetivos

- Describir las fases del duelo.
- Analizar los errores más comunes que realiza el TCAE con individuos en fases de duelo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el duelo.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las etapas del duelo son:

- Etapa de la negación. Esa negación puede inicialmente amortiguar el golpe de la muerte de un ser querido y aplazar parte del dolor, pero esta etapa no puede ser indefinida porque en algún momento chocará con la realidad.
- Etapa de la ira. En esta fase son característicos los sentimientos de rabia y resentimiento, así como la búsqueda de responsables o culpables. La ira aparece ante la frustración de que la muerte es irreversible, de que no hay solución posible y se puede proyectar esa rabia hacia el entorno, incluidas otras personas allegadas.
- Etapa de la negociación. En esta fase las personas fantasean con la idea de que se puede revertir o cambiar el hecho de la muerte. Es común preguntarse ¿qué habría pasado si...? o pensar en estrategias que habrían evitado el resultado final, como ¿y si hubiera hecho esto o lo otro?
- Etapa de la depresión. La tristeza profunda y la sensación de vacío son características de esta fase, cuyo nombre no se refiere a una depresión clínica, como un problema de salud mental, sino a un conjunto de emociones vinculadas a la tristeza naturales ante la pérdida de un ser querido. Algunas personas pueden sentir que no tienen incentivos para continuar viviendo en su día a día sin la persona que murió y pueden aislarse de su entorno.
- Etapa de la aceptación. Una vez aceptada la pérdida, las personas en duelo aprenden a convivir con su dolor emocional en un mundo en el que el ser querido ya no está. Con el tiempo recuperan su capacidad de experimentar alegría y placer.

Pero según los expertos las personas no pasan necesariamente por todas estas etapas ni en ese orden específico, así que el duelo se puede manifestar de distintas maneras y en momentos diferentes para cada persona.

Que no debe hacer TCAE:

- No intentar consolar con frases represivas: "no llores", "no digas eso", "no te enfades". Intentar, muy al contrario, que comprenda que es el momento de llorar, quejarse y expresar emociones.

- No intentar "amortiguar" su pena recurriendo a otros familiares o a aspectos positivos de su vida: "tienes otra hija", "tienes un trabajo que te llena mucho". Posiblemente todo eso sea cierto, pero aún no está en disposición de apreciarlo. Sólo le transmitirá incompreensión.
- Evitar las frases que demandan fortaleza: "ahora tienes que ser fuerte", "no te puedes venir abajo". La persona en duelo suele tener sensación de impotencia ante "lo que se le viene encima". Este tipo de frases aumentarán su percepción de incapacidad.
- Evitar provocar su resignación con comentarios hechos y fríos: "es mejor así", "es el destino", "ley de vida", "Dios se lo ha llevado consigo"... Aceptar que una realidad tan dura esté sujeta al destino o a la voluntad de Dios, provoca un profundo sentimiento de vulnerabilidad y sobre todo de injusticia.
- No recurrir a aspectos impersonales y pasivos como el tiempo o el destino como "solución al sufrimiento": "el tiempo lo cura todo". El duelo es un proceso activo en el cual el doliente ha de implicarse y trabajar para poder salir adelante. Pero eso sí, en su momento.

5 Discusión-Conclusión

Saber las fases del duelo y poder ayudar al paciente terminal y a sus familias enriquece la atención sanitaria general y el perfil profesional de los/as TCAE. Es muy importante saber que no decir ante estas circunstancias ya que una sola palabra puede repercutir aún más la situación por la que están pasando estos individuos.

6 Bibliografía

- <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43893550>
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/duelo.htm>

Capítulo 379

LA INCOMPRENDIDA ENFERMEDAD DE CROHN

MONTSERRAT VIGUERA SOLIS

PABLO SANCHEZ GARCIA

JULIA SANCHEZ REQUEJO

NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN

1 Introducción

¿Quién no ha oído hablar de la enfermedad del Crohn? Pero ¿se sabe en qué consiste? Se cree que consiste en el deterioro del intestino. Con este estudio nuestro objetivo es esclarecer la definición de esta enfermedad tan desconocida por la sociedad, ya que es una patología presente en muchos pacientes, quienes sufren síntomas con gran repercusión en su vida diaria.

2 Objetivos

-Describir los aspectos más importantes de la EC, conocer la situación actual, y la importancia de un buen diagnóstico, así como el estudio de los recursos terapéuticos disponibles y los nuevos avances en el tratamiento.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva revisando artículos científicos publicados en revistas indexadas en bases de datos como PubMed o la biblioteca electrónica Scielo, tanto en español como en inglés. Además se ha consultado la página web AEMPS para revisar las fichas técnicas de los medicamentos.

4 Resultados

- Definición de la enfermedad de Crohn.

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica de origen desconocido, que puede afectar a cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, más comúnmente afecta la porción más baja del intestino delgado (íleon) o el intestino grueso (colon y recto). Dicha inflamación suele propagarse hacia lo profundo de las capas del tejido intestinal afectado. La enfermedad de Crohn puede ser dolorosa y debilitante y, algunas veces, provocar complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. Tiene además carácter sistémico, lo que implica que puede afectar a otras partes del cuerpo (articulaciones, piel, boca, ojos, etc) además del tracto gastrointestinal; lo que en conjunto se conoce como manifestaciones extraintestinales (MEI) de la enfermedad del Crohn.

La enfermedad de Crohn es una afección crónica y puede recurrir varias veces durante la vida. Algunas personas tienen períodos prolongados de remisión, a veces durante años, en los que no presentan síntomas. No hay manera de predecir cuándo puede ocurrir una remisión o los síntomas volverán a aparecer.

- Síntomas de la enfermedad de Crohn.

Debido a que la enfermedad de Crohn puede afectar cualquier parte del intestino, los síntomas pueden ser muy distintos entre un paciente y otro. Los síntomas comunes incluyen cólicos, dolor abdominal, diarrea, fiebre, pérdida de peso e hinchazón. No todos los pacientes presentan todos estos síntomas, y algunos no tienen ninguno de ellos. Otros síntomas pueden incluir dolor anal o secreción, lesiones de la piel, abscesos rectales, fisuras y dolor de articulaciones (artritis).

Los más comunes son los siguientes: Cólicos: dolor abdominal, diarrea, fiebre, pérdida de peso, hinchazón, dolor o secreción anal, lesiones cutáneas, absceso rectal, fisura y dolor de articulaciones.

- Causas de la enfermedad de Crohn.

Se desconoce la causa exacta. Sin embargo, las teorías actuales se concentran en una causa inmunológica (el sistema de defensa del cuerpo) o en una causa bacteriana. La enfermedad de Crohn no es contagiosa, pero tiene una ligera tendencia genética (hereditaria). Se puede usar un estudio radiológico del intestino delgado para diagnosticar la enfermedad de Crohn.

- Tratamiento de la enfermedad de Crohn.

El tratamiento inicial es casi siempre con medicamentos. No existe una “cura” para la enfermedad de Crohn, sin embargo, la terapia médica con uno o más fármacos proporciona un medio para tratar la enfermedad en su etapa temprana y aliviar los síntomas. Los fármacos que se recetan más comúnmente son corticoesteroides, como prednisona y metilprednisolona y varios agentes antiinflamatorios.

Otros fármacos usados en ocasiones incluyen 6-mercaptopurina y azatioprina, que son inmunodepresores. El metronidazol, un antibiótico con efectos en el sistema inmunitario, suele ser de utilidad para las personas que tienen una enfermedad anal.

En los casos más avanzados o complicados de la enfermedad de Crohn, puede recomendarse la cirugía. La cirugía de emergencia es necesaria a veces cuando se presentan complicaciones con la enfermedad de Crohn, tales como una perforación del intestino, obstrucción (bloqueo) del intestino o hemorragia considerable. Otras señales menos urgentes de la necesidad de cirugía pueden incluir la formación de abscesos, fistulas (comunicaciones anormales del intestino), enfermedad anal grave o persistencia de la enfermedad a pesar del tratamiento adecuado con fármacos. No todos los pacientes que tienen estas u otras complicaciones necesitan cirugía. La consulta con el gastroenterólogo y el cirujano de colon y recto ayuda a tomar una mejor decisión.

- Terapia biológica.

La mayoría de los medicamentos se sintetizan combinando diferentes sustancias químicas. En contraste, los medicamentos biológicos, son fármacos complejos que se obtienen a partir de sistemas vivos (bacterias, levaduras o células). Los mecanismos de acción de algunos medicamentos biológicos son diversos: pueden atacar y eliminar un tipo de célula del sistema inmunológico, la célula o linfocito T, bloquear mediadores de inflamación liberados por linfocitos T que han sido activados (como es el caso de fármacos anti-TNF que bloquean el factor de necrosis tumoral), o bloquear receptores de membrana celular que facilitan la entrada de células inflamatorias al intestino (como es el caso de los fármacos antagonistas

de los receptores de integrina).

Los primeros fármacos biológicos utilizados en el tratamiento de la EII fueron los denominados anticuerpos anti-factor de necrosis tumoral o fármacos anti-TNF. Son versiones modificadas de proteínas del sistema inmune (anticuerpos) diseñados para atacar al TNF. El factor de necrosis tumoral (TNF), es una de las moléculas responsables del proceso inflamatoria desencadenado durante un brote de enfermedad de Crohn, bloqueando su actividad.

Los fármacos anti-TNF autorizados en España para el tratamiento de la EII son: Infliximab (Remicade), Adalimumab (Humira) y Golimumab (Simponi). Actualmente está aprobado para su uso en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal un biosimilar de Infliximab, con dos nombres comerciales: Inflectra y Remsima y varios biosimilares de Adalimumab: Amgevita, Hyrimoz e Imraldi. La elección del fármaco y del momento más adecuado para iniciar el tratamiento biológico, depende de las características del paciente, de la enfermedad y de su curso evolutivo.

Antes de iniciar un tratamiento biológico es necesario conocer el estado de inmunización del paciente frente a diferentes infecciones y su necesidad de vacunación (hepatitis, varicela, etc) y descartar una infección latente por tuberculosis mediante radiografía de tórax, prueba de tuberculina (Mantoux) o análisis de sangre (Quantiferon).

Adalimumab y Golimumab se administran por vía subcutánea (debajo de la piel), lo que favorece su autoadministración; la administración de Infliximab y su biosimilar es en perfusión intravenosa al igual que Vedolizumab. El médico decidirá la dosis y frecuencia de administración de estos fármacos en función del peso, respuesta, pérdida de eficacia y tolerancia al tratamiento. En ocasiones, antes de la administración intravenosa de estos fármacos, puede ser necesaria la administración de corticoides o antihistamínicos para reducir el riesgo de reacción a la infusión del medicamento.

Los objetivos actuales del tratamiento farmacológico son:

- Control de la sintomatología clínica asociada a enfermedad activa (Remisión clínica).
- Mantener la remisión clínica del paciente evitando nuevos brotes.
- Mantener un estado nutricional adecuado.
- Control de las lesiones intestinales, que puedan progresar a formas más evolucionadas de la enfermedad (estenosis, abscesos) y sujetas a mayor morbilidad y

cirugía. El control adecuado de la inflamación mucosa, disminuye además el desarrollo de lesiones malignas a largo plazo.

- Evitar la recurrencia de la enfermedad en caso de cirugía previa.
- La calidad de vida del paciente, con una integración adecuada en su medio laboral y social.

Hábitos saludables.

No fumar, hacer dieta equilibrada y variada incluyendo lo alimento de consumo diario. Leche preferiblemente desnatada, yogures sin azúcar y desnatados, quesos frescos desnatados. Las legumbres (tres veces por semana). Cereales integrales (cinco veces al día). Patata de consumo diario. Dos raciones al día de proteínas, en las comidas principales. Pescado, preferiblemente azul (consumo mínimo tres veces por semana). Carnes blancas: aves sin piel ni grasa, conejo, cerdo piezas sin grasa (lomo, solomillo). Carnes rojas, consumo esporádico. Frutos secos 30g/día. Huevos, entre cuatro a siete a la semana, no tomar más de una yema el mismo día. Verduras dos raciones al día, una de ellas en ensalada incluyendo hoja verde. Frutas tres raciones al día en comidas principales. Aceite de oliva virgen, tres o cuatro cucharadas soperas diarias. Agua del grifo o mineral sin gas, beber unos ocho vasos diarios. Evitar bebidas alcohólicas

Excluir de la dieta los azúcares sencillos como azúcar de mesa, refrescos, dulces, chuches y grasas saturadas, evitar la bollería comercial y comidas preparadas industrialmente, como hamburguesas, pizzas, pan industrial. No tomar antiinflamatorios no esteroides (AINES). Prevenir infecciones. Cuidar la piel hidratándola. Utilizar protección solar. Hacer ejercicio a diario. Cuidar la salud emocional. Actitud Positiva.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la etiología de la EC es aún desconocida. Gracias a los numerosos estudios se ha avanzado en el conocimiento de la patogenia, sabiendo que están implicados factores genéticos, por lo que la herencia juega un papel importante en la aparición de la enfermedad. Además de las graves manifestaciones intestinales y extraintestinales que produce, es especialmente importante el riesgo que tienen los individuos de desarrollar cáncer de colon. Por ello en todos los casos, se debe realizar un screening de CCR tras diez años del diagnóstico de la enfermedad.

Actualmente la cromoendoscopia se ha posicionado como técnica de elección

frente a la colonoscopia. La detección de anticuerpos (ANCA y ASCA) en suero puede suponer en un futuro un importante complemento para el diagnóstico, una vez que se consiga aumentar la sensibilidad de los test y alcanzar una relación coste/efectividad aceptable. La terapéutica utilizada en la enfermedad será paliativa y no curativa. El tratamiento intenta abordar la sintomatología característica de los brotes de la enfermedad y cuando se consigue la remisión clínica, es necesario un tratamiento de mantenimiento.

En muchas ocasiones las terapias no cumplen el efecto terapéutico deseado, bien porque no se consigue respuesta o porque la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios producidos conduce a la suspensión del tratamiento. Este hecho, junto con el evidente incremento de la incidencia en los últimos años, hace que nos encontremos ante una patología que precisa de la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas.

Un fármaco que en la actualidad ha demostrado su eficacia en aquellos pacientes que no respondieron a otras terapias biológicas es Vedolizumab, y este descubrimiento supone que en un futuro pueda tener un lugar en el tratamiento de primera línea frente a la enfermedad. En España Vedolizumab (Entyvio) está comercializado y presenta indicaciones en su ficha técnica para la EII (CU y EC).

6 Bibliografía

- GETECCU: Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa. Última actualización 01-06-2016. Disponible en: <http://geteccu.org>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica infliximab. Disponible en: <http://www.ema.europa.eu>
- www.educainflamatoria.com

Capítulo 380

¿QUE TIENE QUE SABER EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA SOBRE LAS QUEMADURAS?

MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

ESMERALDA MEANA PIÑERA

1 Introducción

Las quemaduras son consideradas unas de las heridas más agresivas como consecuencia de un accidente doméstico inintencionadamente normalmente, también pueden ser consecuencia de un accidente laboral. Se producen por líquidos calientes o llamas principalmente. La población más expuesta a sufrir estos accidentes son los hombres adultos, los ancianos y los niños menores de 5 años.

Los avances del tratamiento de las quemaduras han reducido la mortalidad y han mejorado la calidad de vida de los pacientes aunque sigue siendo un trabajo que exige un gran esfuerzo y tiene un alto gasto económico.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, costa de tres capas:

- Epidermis: Es la capa más externa, en ella encontraremos uñas, pelos, glándulas sebáceas y sudoríparas. Actúa como barrera entre el organismo y el medio exterior.
- Dermis: Está situada debajo de la anterior, ésta formada por una capa papilar (Superficial) y por otra capa reticular (profunda).
- Hipodermis: Es la capa más profunda de la piel, su función es separar la piel de otros tejidos.

La función más importante de la piel es que protege al organismo de agentes externos como los vapores, el agua y frente a las infecciones. También regula la temperatura de nuestro cuerpo.

Además, se puede también clasificar las quemaduras según su gravedad:

- Leves: las que afectan al 15% de la superficie corporal quemada.
- Moderadas: las que afectan al 15-25% de la superficie corporal quemada.
- Graves: las que afectan el 25% o más de la superficie corporal quemada.

Cuando un cuerpo entra en contacto con altas temperaturas se produce una desnaturalización de las proteínas pudiendo originar pérdida de la membrana plasmática. Como es un proceso muy rápido se producen alteraciones moleculares. Hay tres zonas en los cambios locales producidos por una quemadura:

- Zona de Coagulación: Se da donde el daño es máximo, y es un tejido desnaturalizado por la pérdida de proteínas
- Zona de Estasis: se caracteriza por estasis vascular e isquemia, es un zona muy recuperable en poco tiempo, aunque si no se logra su recuperación el daño se hace irreversible
- Zona de Hiperemia: es la parte de fuera de la quemadura en la que la perfusión tisular es mayor, presenta cambios inflamatorios y vasodilatación.

2 Objetivos

- Establecer el tipo de quemaduras, cuidados sanitarios y atención inicial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tipos de quemaduras: las quemaduras son lesiones en la piel y otros tejidos que se produce cuando se absorbe más calor del que pueden tolerar los tejidos corporales. Según el agente causante las quemaduras se pueden clasificar en:

- Térmicas: Consecuencia de una exposición a una fuente de calor o de frío excesivo.
 - Químicas: Las causan el contacto con algún agente químico corrosivo.
 - Eléctricas: Provocadas por el paso de la corriente eléctrica a través de los tejidos.
- Las quemaduras se pueden clasificar también según su profundidad:
- 1er. Grado, superficiales o epidérmicas: solo afectan a la epidermis, producen una sensación de dolor, molestia, picor, resecan la piel y aparece enrojecimiento su curación estaría entre 3-6 días.
 - 2º Grado, quemaduras dérmicas superficiales: afectan a la epidermis y la dermis superficial, aparecen ampollas, la piel se humedece. Si las ampollas se rompen la piel aparece sonrosada húmeda y la sensibilidad de dolor aumenta incluso sin rozarlas, el proceso de curación será de 7-21 días.

Dérmicas profundas: afectan a la parte interna de la dermis dañando los folículos pilosos, aparecen ampollas blanquecinas moteadas y pueden ser húmedas o secas. Son dolorosas si se presionan, el tiempo de curación es de 21 días más o menos, y en la gran mayoría de los casos precisan tratamiento quirúrgico. 3er. Grado o quemaduras subdérmicas: afectan a todo el espesor de la piel, pudiendo incluso lesionar músculos, tendones y huesos. El síntoma principal es la aparición de una escara de color negro o color ceniza pudiendo producir necrosis o muerte del tejido. Precisan tratamiento quirúrgico

La actuación a seguir según la gravedad de la quemadura será:

Leves:

- Si la quemadura es leve aplicaremos agua fría abundante, para enfriar la zona.
- No pincharemos las ampollas, y en el caso de que estuvieran rotas las cubriremos con paños estériles, intentaremos evitar las infecciones.
- Si el paciente ésta consciente le daremos agua de beber.

Graves y muy graves:

- Si nos encontramos a la víctima en llamas, la cubriremos con mantas o la haremos rodar por el suelo.
- Llamar a emergencias y siempre que sea posible lo colocaremos en posición de seguridad.
- Controlar signos vitales y cubrir la zona con apósitos estériles mojados.
- No aplicaremos pomadas ni retiraremos los restos de ropa pegados.
- Tapar al paciente para evitar la una excesiva pérdida de calor.

Atención inicial del paciente quemado:

- Realizar una primera valoración de vía aérea, respiración circulación y estado neurológico .
- Administrar el analgésico indicado por vía intravenosa si fuera posible.
- Retirar los objetos y la ropa próxima a la quemadura.
- Control de constantes vitales de forma continuada.
- Si presenta edema elevar la zona afecta.
- Hidratar con cloruro de sodio frío al 0,9% la zona afectada durante unos 20 30 minutos.
- Evaluar la necesidad de profilaxis antitetánica.
- Evaluar el tamaño y la profundidad de la quemadura.
- Proporcionar los materiales para realizar la cura de dicha lesión: pomadas, gasas, vendajes, tijeras estériles, analgésicos, suero fisiológico, depresores de plástico, esparadrapo, etc.

5 Discusión-Conclusión

Las curas y la evaluación se harán conjuntamente el personal sanitario y el médico. Se intentara prevenir la infección, reducir el dolor y la contaminación de la herida será uno de los objetivos, además de buscar una rápida curación con mínimas cicatrices.

Los Técnicos en cuidados Auxiliares de enfermería son elementos importantes dentro del grupo de profesionales que colabora con el tratamiento de un quemado, ya que tendrá que participar en los distintos cambios y aspectos de la vida del paciente hospitalizado cómo pueden ser la alimentación su movilidad, si fuera necesario en los cambios posturales en su descanso, su aseo.

Tendrá que proporcionarle el bienestar y confort personal, conocer la fisiopatología de las quemaduras, mantener al paciente hidratado. El técnico en cuidados auxiliar de enfermería sabrá actuar ante personas con quemaduras valorando

el cuidado que necesita. Identificara el proceso de actuación ante una quemadura, aprendiendo la etiología de las quemaduras y sus distintas formas de clasificación.

El riesgo y las complicaciones de las quemaduras oscila desde infecciones, desnutrición, cicatrices patológicas y síndrome compartimental, es por ello que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe saber actuar ante personas con quemaduras valorando el cuidado, identificando en cada caso el proceso de actuación ante una quemadura. Estos cuidados quedan resumidos en:

- Garantizar una atención adecuada.
- Aliviar los síntomas.
- Prevenir complicaciones e infecciones.
- Asegurar la cicatrización.
- Mejorar la calidad de vida de las personas quemadas.

6 Bibliografía

- Apuntes CCOO. Oposición técnico auxiliar en cuidados de enfermería 2018
- Libro de Evangelina Pérez Auxiliar de Enfermería
- <https://enfermeriadeurgencias.com>
- <https://es.sildehare.net>
- <https://areadesaludplasencia.es>
- <https://portalguiasalud.es>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 381

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE

ESMERALDA MEANA PIÑERA

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS

1 Introducción

Las habilidades son las destrezas para conseguir algo o capacidad para negociar y llegar al objetivo deseado. Las habilidades de comunicación del técnico de cuidados de enfermería es la capacidad que permite la comunicación para poder transmitir un mensaje o información de la manera más clara posible y que el paciente pueda interpretarlo correctamente. A través de ideas, opiniones, actitudes de primera calidad.

Dependiendo del paciente, de su estado emocional y el tipo de independencia o autonomía que posee el técnico de cuidados de enfermería debe de saber el tipo de relación en cada momento.

2 Objetivos

- Saber escuchar y transmitir.
- Favorecer la comunicación con el paciente.
- Mantener un lenguaje claro para que nos entiendan el paciente y familia.
- Evitar juicios de valor y juzgar al paciente y familia.
- Adecuar la comunicación al tipo de patología del paciente.
- Conseguir que el paciente se siente cómodo.
- Atender la comunicación verbal y no verbal.
- Confidencialidad.

3 Metodología

La comunicación es la base de toda relación, el intercambio de información entre emisor y receptor a través de un canal y esperar que se produzca una respuesta por el receptor.

Los elementos que intervienen en una comunicación son los siguientes:

- Emisor: el que transmite la información
- Receptor: el que recibe la información.
- Código: conjunto de letras, números... que unidos entre sí forman un mensaje. Lo que usamos para transmitir el mensaje.
- Canal: el medio por el que se transmiten los mensajes.
- Mensaje: la propia información que el emisor transmite.
- Contexto: son las circunstancias que rodean una situación que determinan el significado del mensaje.

Hay dos tipos de comunicaciones:

- Comunicación verbal: es la que se usa el lenguaje y puede ser oral o escrita.
- Comunicación no verbal: es la que no se usa el lenguaje, puede ser a través de miradas, gestos, posición, lugar, tiempo y distancia.

Los componentes no verbales pueden ser:

- La mirada: es decir mirar a los ojos a otra persona, quien mira mientras habla se considera como más agradable, pero si nos fijan la mirada de forma extrema la podemos considerar como dominante. Al igual que en la mirada podemos ver algunas expresiones como puede ser la vergüenza o el enfado.
- La expresión facial: la cara lo principal para mostrar nuestras emociones, que pueden ser alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira o desprecio.

- El contacto físico o la distancia: según estemos más o menos próximos podemos relacionarlo con ganas de intimidad o miedo. Puede ser pública, social, personal o íntima.
- La sonrisa: podemos usarla de forma defensiva o para mostrar que nos gusta algo.
- La orientación: cuanto más cara a cara es la orientación más íntima es la relación o al contrario.
- Los gestos: a través de ellos podemos comunicar cualquier información, normalmente con las manos, cabeza o pies.
- La apariencia personal: según vayamos nosotros tanto por ropa, maquillaje, adornos... se harán los demás una impresión de nosotros.
- La postura: suele reflejar los sentimientos y actitudes sobre uno mismo, mostrando contracción con una postura cabizbaja, expansión con una postura arrogante, acercamiento con una inclinación hacia delante o retirada con una postura de rechazo o negativa.

Los componentes verbales puede ser: el contenido: las palabras depende de cómo esté la persona, lo que quiera transmitir y lo que quiera conseguir con ellas

Los componentes paralingüísticos pueden ser:

- El volumen de la voz: los cambios de volumen nos sirven para expresar con énfasis algún punto de la conversación.
- La fluidez: si no nos expresamos correctamente y con espontaneidad puede causar al receptor una impresión de poco interés, incompetencia o ansiedad.
- El tiempo de habla: no es bueno ni hablar demasiado ni apenas hacerlo, hay que buscar un intercambio entre receptor y emisor.
- La velocidad: si hablamos muy rápido puede ser que no nos entiendan y si lo hacemos muy despacio que se aburran o se impacienten.
- La entonación: una entonación elevada puede significar alegría, una baja tristeza y una entonación fija como neutral.
- La claridad: si no se hace de forma clara puede resultar pesado para los demás-

Para una comunicación eficaz hay tres apartados imprescindibles que son:

- Empatía: es la capacidad del técnico de cuidados de enfermería para captar los sentimientos de otro sin hacer juicio de valor, hacer saber a la otra persona que nos damos cuenta de lo que nos está manifestando y poder valorar sus preocupaciones o problemas. La empatía aparte de ponernos en el lugar del otro, nos permite escuchar mejor, comprender y hacer mejores preguntas y construir relaciones sólidas y enriquecedoras.

- Escucha activa: es decir prestar atención a la comunicación verbal y la no verbal. Es el conjunto de comportamientos y expresiones que el técnico de cuidados de enfermería adopta ante el paciente y familia para comunicarle que comprendió lo que el enfermo le expresó. Resumiendo lo que dice el enfermo, dejándole espacio a la hora de hablar y sin sacar conclusiones precipitadas.
- Asertividad: es la capacidad que del técnico de cuidados de enfermería de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones de forma libre y clara. En el día a día en nuestro trabajo como técnicos en cuidados de enfermería es necesario entrenar nuestras habilidades para poder interpretar las conductas de los demás como son: las habilidades de control para situaciones difíciles para ello mantendremos la calma, ofreceremos alternativas, dar opiniones, mostrar empatía. Las habilidades a la hora de recibir críticas: debemos de escuchar atentamente, reconocer lo ocurrido o negarlo con asertividad, pedir disculpas, aceptar responsabilidad si procede. Las habilidades asertivas: como puede ser aceptar errores, no tener conductas agresivas, tono de voz adecuado, mantener contacto visual. Las habilidades para afrontar situaciones de provocación o agresivas: debemos de tener diálogo, ser seguros en nuestros planteamientos, negociar soluciones alternativas.

4 Resultados

La comunicación tiene que ser bilateral, por lo que siempre es importante mantener una escucha continuada. Tras una buena comunicación podremos lograr: disminución de la angustia, la depresión en el paciente y familia, mejoría en los tratamientos y síntomas es decir de los resultados finales de la salud, reducción de número de reclamaciones y quejas.

La relación entre el técnico en cuidados de enfermería y paciente tiene un papel decisivo en la comunicación entre ambos. Nosotros somos los que más estamos en contacto con el paciente y en muchas ocasiones una buena comunicación le da seguridad y confianza de donde se pueden sacar detalles para acercarnos a un buen diagnóstico y tratamiento. El método más usado para conseguir esto el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería suele usar la explicación o charla.

Es súper importante dejar reflejado en el parte de incidencias cualquier tipo de cambios relacionados con el paciente no sólo a nivel físico si no también cambios de comportamiento, cambios de humor, conversaciones reveladoras...

5 Discusión-Conclusión

Las habilidades de comunicación deben de sacar en cada situación lo mejor de los pacientes en vez de lo peor, para conseguir los resultados óptimos. La empatía es fundamental en las relaciones entre el técnico de cuidados de enfermería y el paciente. Las habilidades pueden ser innatas o practicar y entrenarse para mejorarlas, mediante varias fórmulas como puede ser la de imitación o modelamiento, representando un papel y comportándose de una determinada manera, retroalimentación mediante el aprendizaje. Cuando escuchamos ponemos atención a lo que otra persona quiere comunicarnos, esto no es así cuando sólo se oye.

6 Bibliografía

- www.dspace.umh.es
- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>
- <https://formacionactivaprofesional.com>
- <https://psicologiaymente.com>

Capítulo 382

TIPOS DE GUANTES EN EL MEDIO SANITARIO

SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL

ANDREA ALVAREZ BAYÓN

ANDREA PIQUERO FERNANDEZ

SARA MATÉ SAN MIGUEL

1 Introducción

Los guantes están catalogados como EPI (equipos de protección individual) como también pueden ser las mascarillas, las batas, las calzas, los gorros y gafas.

El uso de guantes no solamente nos protege a nosotros sino también a los propios pacientes contra infecciones, virus y diversas patologías que pueden perjudicar seriamente la salud.

2 Objetivos

Determinar los tipos de guantes en el medio sanitario para la reducción del contagio entre paciente-sanitario o viceversa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre los guantes en el

medio sanitario. Se realiza una revisión de artículos en la base de datos de Medline Plus y en el buscador de Google Académico.

4 Resultados

Se pueden clasificar en dos apartados:

- Guantes estériles: fabricados de dos tipos de materiales látex y nitrilo los cuales suelen utilizarse para procedimientos en los que se necesite una total asepsia (intubaciones, sondas vesicales permanentes o evacuadoras, inserción de catéter central por vía periférica y cateterización, curar heridas).
- Guantes no estériles: fabricados de dos tipos de materiales vinilo y nitrilo los cuales suelen utilizarse para procedimientos que no requieren procedimientos estériles (extracciones sanguíneas, manejo de secreciones, limpieza de material...).

5 Discusión-Conclusión

Gracias al uso de guantes evitamos la propagación de los agentes patógenos, es imprescindible la protección en el medio hospitalario para evitar las enfermedades nosocomiales. No solo el uso de guantes es importante si no también el lavado de manos antes y después de cada uso, adecuar el uso de la talla y controlar la existencia de roturas y poros.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000452.htm>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000119.htm>
- <http://guia.reviberoammicol.com/Capitulo6.pdf?tag=stupidess-21>

Capítulo 383

TERAPIA OCUPACIONAL PARA EL ANCIANO E INTERVENCION DEL TCAE EN LOS PROGRAMAS.

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

1 Introducción

”La terapia ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y ocio con el fin de incrementar la independencia funcional, mejorar el desarrollo y prevenir la incapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o del entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida”. Esta es la definición más descriptiva.

Otra definición la da la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales: ”la disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa. El terapeuta ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración”.

La terapia ocupacional puede dividirse varias fases.:

- Terapia recreacional, con ella se pretende ocupar las horas vacías del anciano, se fundamenta en el ocio y el descanso por lo que las actividades deben ser elegidas en función de los gustos para ser más motivadoras, evitar la monotonía y no resultar estresantes.
- Terapia educacional, cuyo objetivo es la conservación de la independencia y la enseñanza de nuevas formas de realizar las actividades de un modo fácil y seguro, teniendo en cuenta sus limitaciones y capacidades.
- Ergoterapia. Trata de buscar un trabajo que obligue al anciano a realizar una serie de movimientos estudiados que ayudan a recuperar o prevenir pérdidas funcionales.

2 Objetivos

- Detectar las incapacidades del anciano y realizar una programación de actividades que le ayuden a desenvolverse lo mejor posible en su medio.
- Promover la salud y el bienestar, minimizar o prevenir el deterioro físico o psíquico, mantener y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias para la vida cotidiana.

3 Metodología

Se han consultado páginas como Google académico, el buscador Scielo, así artículos en revistas y libros del ámbito sanitario.

4 Resultados

Es muy importante facilitar la información entre el equipo multidisciplinar de la que forma parte el TCAE para que se conozca la situación funcional del anciano y, entre el TCAE y el equipo de terapia ocupacional para así mantener una continuidad del programa.

Entre las funciones que competen al TCAE en el desarrollo de la intervención desde la terapia ocupacional destacan:

- Educar a los cuidadores en las formas seguras de movilización y ayuda para el anciano.
- Educar al paciente y a su familia en lo que concierne al programa rehabilitador llevado a cabo por el terapeuta ocupacional, con el fin de mantener el nivel funcional.

- Acomodar el mobiliario para incrementar la seguridad, mejorar el confort y eliminar barreras, en definitiva modificar el entorno inmediato según las indicaciones del terapeuta.
- Administrar el tratamiento prescrito por el departamento de Terapia Ocupacional.
- Preparar y proporcionar el equipo y los dispositivos de ayuda prescritos por el terapeuta, como las barras de apoyo, asiento elevado para el servicio....
- Formación para el uso de todos los sistemas que hayan sido adaptados por el departamento de Terapia Ocupacional.
- Facilitar la sida de ruedas, andador o ayuda a la deambulación más adecuado a cada caso.
- Facilitar la autonomía e independencia en todas las ABVD que sean posibles siguiendo las indicaciones y pautas dadas por el departamento de Terapia Ocupacional.
- Participar junto con el resto del equipo multidisciplinar en programas de formación continuada, educación sanitaria y salud pública y comunitaria.
- Realizar evaluaciones continuas de la situación del anciano.

5 Discusión-Conclusión

La terapia ocupacional ocupa un lugar muy importante para mantener el mejor estado posible de salud de los ancianos, fomentando su autonomía el mayor tiempo posible.

6 Bibliografía

- 1.- Moruno P, Romero DM, Definición de terapia ocupacional. En Romero DM, Moruno P (eds). Terapia ocupacional teoría y técnicas. Barcelona: Masson, 2003.
- 2.- <https://vitalia.es>>reflexión de una terapeuta ocupacional: cuando el auxiliar de enfermería resulta imprescindible.

Capítulo 384

RESIDENCIAS DE MAYORES, TIPOS DE RESIDENTES Y FUNCIONES DEL TCAE.

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

1 Introducción

Las residencias para personas mayores, también denominadas residencias de ancianos, son instituciones en las que viven temporal o permanentemente personas generalmente con algún grado de dependencia. Dichas instituciones están dotadas de una plantilla de profesionales con un perfil (médico, enfermería, fisioterapeuta, TCAE, servicio de cocina, lavandería y transporte) adecuado a la función que tienen asignada y con unos servicios mínimos regulados por Ley, en los que entre otros se ofrece manutención, atención sanitaria, estimulación de sus capacidades funcionales, dinamización sociocultural, ayuda a la integración social y terapia ocupacional.

Una de las figuras principales de este sistema de cuidados integral es la del TCAE y una de sus funciones principales es "cuidar", competencia básica para poder desarrollar una buena praxis. Cuidar en el sentido más amplio, no sólo por prestar unas determinadas atenciones, sino que esas atenciones tengan un fin, cubrir unas necesidades concretas que la persona no pueda cubrir por sí misma. La

definición de IMSERSO se refiere a las residencias de ancianos como centros que ofrecen atención integral y vivienda permanente a personas mayores de sesenta años que por su problemática familiar, social y/o económica, no pueden ser atendidos en sus propios domicilios y necesitan de estos servicios.

2 Objetivos

- Definir los tipos de residentes de los centros geriátricos, la duración de su estancia, así como tratar de resolver las dudas que se pueden plantear a la hora de establecer las funciones del TCAE, estableciendo una estrategia de trabajo.
- Demostrar que las funciones relacionadas en los centros residenciales son objetivamente beneficiosas, tanto física como psicológicamente (atención integral).

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos relacionados con centros residenciales para mayores. Se han consultado páginas como Google académico, así como protocolos de actuación del ERA.

4 Resultados

Los beneficios de vivir en una residencia de personas mayores son muchos, entre ellos es que cuentan con una amplia carta de servicios, atención médica y de enfermería, fisioterapia, terapeuta ocupacional, podólogo y TCAE, todos ellos forman un equipo multidisciplinar para una atención integral en la que el TCAE es el profesional que tiene un papel fundamental, dado que hace de enlace entre el residente y el equipo multidisciplinar del que forma parte. El TCAE es el profesional más directamente implicado en los cuidados diarios, el más cercano y el que comparte un espacio más íntimo (higiene diaria personal, vestido, toma de medicación, desplazamiento y es el profesional al que en muchas ocasiones el residente confía sus deseos y preocupaciones) y que garantiza dentro de sus posibilidades su estado físico y psíquico.

TIPOS DE RESIDENTES, DURACION DE LA ESTANCIA Y FUNCIONES DEL TCAE.

El TCAE es probablemente la primera persona que recibe al paciente y el que durante la estancia estará más próximo a él, destacando como función princi-

pal el "ESCUCHAR" que se concentra en empatizar, comprender, considerar y comunicar.

- Convalecientes de una operación o de una enfermedad. La estancia es corta siendo las principales funciones de TCAE, aparte de las expuestas al inicio de esta exposición y que son válidas para el resto de casos, el de realizar el aseo de los enfermos, llevar las cuñas y retirarlas procediendo después a su limpieza. Ayudar al personal sanitario titulado.
- Rehabilitación por fracturas o ACV. La estancia es corta. Asistir al fisioterapeuta. La limpieza y el control del equipamiento, tener ordenado todo el material. Enseñar a los pacientes a realizar correctamente los ejercicios pautados por el fisioterapeuta y el manejo de sillas de ruedas, muletas, andadores...
- Estancias temporales para respiro familiar. Estancia corta. El TCAE es el profesional que en primer lugar recibe la familia y al futuro residente, y las ayudará a gestionar sus inquietudes y a conocer cómo pueden ayudar a su familiar durante su estancia en la residencia.
- Personas en situación de dependencia funcional como consecuencias de sus facultades mentales. Estancia de larga duración. El TCAE escucha, anima, comparte con el residente sus miedos ofreciéndoles apoyo psicológico, siempre bajo las pautas médicas y en coordinación constante con el equipo multidisciplinar.
- Personas con deterioro cognitiva sin graves pérdidas de la capacidad funcional. Estancia larga. En este caso las funciones en las que el TCAE deberá intervenir será la estimulación cognitiva, entrenamiento cognitivo, rehabilitación cognitiva y reminiscencias y orientación a la realidad.
- Personas con demencia y dependencia importados en ACV. Estancia larga. Aseo y cuidado de la piel, alimentación, movilización, rehabilitación, colaboración en AVD apoyo psicológico a paciente y familiares.
- Personas con dependencia, pero con problemática social. Estancia indefinida. El TCAE debe fomentar las relaciones sociales, estimularlos a la conversación incitándoles a que se relacionen con sus compañeros, lo que incrementará su autoestima y se sentirán más queridos, más felices y ayudará a aumentar su autonomía.
- Terminales o estados vegetativos. Estancia incierta. El papel del TCAE en el paciente terminal se suele resumir en "cuidar" con cuidado. Debe procurar que el enfermo esté lo más cómodo posible y debe conservar su dignidad en todo momento. Debe tener cubiertas sus necesidades físicas (cambios posturales, máxima higiene prestando especial atención a los ojos, boca, fosas nasales y genitales), necesidades emocionales (mantener una actitud de serenidad y escucha activa) y necesidades espirituales según sus creencias religiosas.

5 Discusión-Conclusión

Lo que en definitiva se trata de conseguir es la promoción del envejecimiento activo y saludable a través de actividades programadas por el equipo multidisciplinar y el fomento de la socialización, que los mayores no están solos, que hagan nuevas amistades, que compartan vivencias, aficiones, y que propiciar de igual modo las visitas de familiares y amigos.

6 Bibliografía

- Alarcón Alarcón M.T., Salgado Alba, A., Plan de cuidados en ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 1994;29(2):106-112.
- Bravo Fernández G., *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología - Meditex* 1998.
- *Leyes del Principado de Asturias: Decreto 10/1998 de 19 de febrero de la Consejería de Servicios Sociales por el que se regule el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos. Decreto 79/2002, de 13 de junio por el que se aprueba el reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.*
- *El técnico en la atención a personas en situación de dependencia: competencia, ética y cuidado...sostenido, programa de doctorado 335C-Acc pedagógicas y desarrollo comunitario (RD 1393/2007) Doctoranda Ana Cristina Zamora Castillo, pág. 135, (Francoise 81993, pág.8).*
- *Mayte Sancho Castiello, vocal de ciencias sociales del comportamiento, Sociedad Española de Gerontología y Geriátría.*
- *Pilar Rodríguez Rodríguez, Directora General de atención a mayores, discapacitados y dependientes del Principado de Asturias.*
- *Abellán García, A., Vilches Fuentes, J. y Puyol Rodríguez, R. (2013), Un perfil de personas mayores en España, 2014. www.segg.es PDF, García de la Rocha ML, Olazarán Rodríguez J. trastorno cognitivo asociado a la edad frente a deterioro cognitivo ligero. En grupos de Estudio de Neurología de la conducta y demencia. www.isesinstituto.com, Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Pilar Rodríguez Rodríguez .(2007)*

Capítulo 385

FUNCIONES TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN PARTOS

MARIA JOSE ROKALY VILLAR SANCHEZ

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares en enfermería (TCAE) tiene unas funciones importantes para ayudar al paciente en el tratamiento de su patología.

2 Objetivos

Establecer las funciones del TCAE en el ambito hospitalario

3 Metodología

Se realiza una busqueda sistematica de libros y se consultan libros en las principales bases de datos .Para este capitulo se ha llevado a cabo una investigacion consistente en una revision bibliografica.

4 Resultados

Las funciones básicas que nunca deben de faltar son:

- La adaptación del paciente y familia del medio hospitalario .
- Recogida de los datos del paciente hospitalario para sus cuidados.
- Proporcionar la información y ambiente adecuado al paciente

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental una escritura legible que facilite el entendimiento para los demás. Asegurar la confidencialidad de la información. Por eso el TCAE desempeña un papel importante en el sistema sanitario de salud

6 Bibliografía

- Ruben Royo Sanchez- Deposito legal:M-18954-2010

Capítulo 386

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EXPLORACIÓN MEDICA

RAQUEL CAMPORRO LLANA

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

1 Introducción

La labor del Técnico auxiliar de enfermería en relación con exámenes o reconocimiento físico es muy importante. Por eso es necesario que tenga nociones de cuáles son las técnicas básicas que se realizan en la consulta de atención primaria y su función en ellas. En algunas de las técnicas que a continuación se mencionan no vamos a desarrollar el procedimiento, ya que no va a ser función del personal Técnico auxiliar de enfermería el realizarlas, si que indicaremos en que consisten y los materiales que serán necesarios para que el personal Técnico auxiliar de enfermería este familiarizado tanto con la técnica, como con el material.

2 Objetivos

Explicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares en enfermería para la exploración médica. Peculiaridades y procedimiento.

3 Metodología

Se utilizan buscadores como: PubMed español,sciELO...

Criterios de inclusión:

- Temática sobre las exploraciones medicas.
- Apoyo del TCAE.
- Texto en Español y gratuito.

Criterios de exclusión:

- Texto de distinto idioma al español.

Palabras clave: Atención al paciente, TCAE, exploraciones

4 Resultados

La exploración medica consiste en un examen o reconocimiento físico realizado en las distintas consultas, que junto con el interrogatorio permitirán al/la medico verificar una serie de signos y síntomas o establecer el estado de salud del paciente.

Es importante saber que signo y síntoma son dos conceptos diferentes aunque se complementan. Un signo clínico es un elemento clave que el medico puede percibir en un examen físico, es objetivo. Un síntoma son elementos subjetivos, los percibe el paciente.

Situaciones en las que puede ser necesaria una exploración medica:

- Para el diagnostico de una enfermedad: es la exploración medica mas frecuente, el paciente va al medico porque se encuentra mal el medico lo interroga y lo explora en busca de la posible patología.
- Como parte de reconocimiento laboral. En este caso la exploración se realiza pensando asegurarse de que el estado de salud del paciente es el idóneo y que en su trabajo no lo esta afectando.
- Examen de aptitudes o reconocimiento físico. Podríamos encajarlo en un chequeo anual que tiene como finalidad valorar el estado de salud y detectar precozmente cualquier problema para actuar lo antes posible. En este apartado también podemos encajar los exámenes de rutina a lo largo de un embarazo.
- Prevención en grupos o edades de riesgos de alguna patología. Podríamos incluir aquí prevención del cáncer de mama, del cáncer de próstata de personas hipertensas, etc.

-Funciones del TCAE ante una exploración de un paciente:

- Mantener el orden y preparar la sala o consulta en cada exploración.
- Preparar la lencería, el instrumental y material fungible adecuado para cada tipo de procedimiento antes de la exploración.
- Cubrir la camilla con una sabana o papel desechable.
- Tener a disposición la Historia Clínica y cualquier otro tipo de documentación que pueda resultar necesaria durante la exploración., como pudieran ser volantes, solicitud de pruebas...

Tipos de exploraciones médicas

- Inspección. El facultativo con solo mirar al paciente puede obtener información. Se centrara en su aspecto general, color, obesidad o delgadez, aspecto limpio o desaliñado, si esta bien hidratado o no y también su actitud, como se desenvuelve, como se comunica... aquí en este primer contacto el facultativo obtiene toda esta información. Posteriormente, durante el examen físico, le observara aspectos mas específicos, como el estado de la piel, cicatrices, deformaciones anatómicas, erupciones...
- Palpación. El personal facultativo por medio de sus manos, palpando, presionando puede captar cantidad de información.
- Percusión. La percusión en medicina consiste en golpear la superficie del cuerpo para producir sonidos y vibraciones que varían en cuanto a su tono, intensidad y duración. De esta forma podemos distinguir por ejemplo si los tejidos y órganos que hay por debajo contienen aire o liquido o si son mas solidos de lo normal. Tipos de sonidos: sonidos Mate: sonido sordo opaco, lo dan las vísceras macizas como el hígado. Sonidos timpánicos: es un sonido a hueco, son sonidos de vísceras huecas, como puede ser el estomago o intestino. Sonido Claro o resonante pulmonar: se obtiene al percutir los pulmones llenos de aire. Cuando estos sonidos cambian son signo de que algo no va bien, pudiendo indicar presencia de una masa solida(tumor) o si el sonido es muy claro pulmonar se percibe mate puede indicar una zona afectada por neumonía o derrame pleural.
- Auscultación. Podemos oír los ruidos que se generan en el organismos. Se pueden efectuar de forma directa, apoyando la oreja sobre el cuerpo del paciente en la región que se quiere examinar, pero lo más correcto seria utilizando fonendoscopio o estetoscopio. Podemos escuchar los latidos del corazón y los ruidos de cierre de las válvulas cardiacas y también los ruidos respiratorios y los peristálticos intestinales.
- Exploración instrumental. Se refiere al uso de aparatos para la exploración. Entre ellos podemos encontrar: balanza y tallímetro, esfigmomanometro, termómetro,

nefatoscopio, depresor lingual, linterna, rinoscopio, pulxiometro...

5 Discusión-Conclusión

Los procedimientos de actuación del TCAE en exploraciones medicas podríamos resumirlos en los siguientes. Colocaríamos al paciente y cubriríamos con una sabana las zonas expuestas, siendo el personal facultativo el que descubra las zonas a explorar.

El TCAE debe acompañar en todo momento y durante la exploración propiamente dicha ha de permanecer en la sala. Estando accesible en caso del que el personal facultativo o el paciente la necesiten, además siendo testigo en caso de duda sobre un proceder profesional.

Una vez que finaliza el examen el TCAE hará llegar al laboratorio perfectamente indicados con las etiquetas correspondientes y los volantes de petición debidamente etiquetados. Si se le pidieran algún otro estudio al paciente, se le debe explicar claramente el tipo de petición de cada volante, informándole de cuando y donde debe acudir a realizar dichas pruebas. Concluido todo el procedimiento el TCAE debe recoger todo el material, encargarse de enviar el instrumental no desechable utilizado a esterilización y preparar la sala para la nueva exploración.

6 Bibliografía

- Enfermeras teóricas. www.elinyectadero.com.ar
- Las necesidades humanas. www.uc.cl
- Rincón-Valenzuela DA, Escobar B. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. Rev Colomb Anestesiología. 2015 Jan 1;43(1):32-50.
- Apuntes propios

Capítulo 387

LA CELIAQUÍA

NEREA PEÑA VALDIVIA

JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ

1 Introducción

La enfermedad celiaca actualmente no tiene cura, su único tratamiento de hoy en día es una dieta con restricción total de gluten.

Es un trastorno que se produce por la toma de gluten y otras proteínas que afectan a individuos susceptibles. El gluten es una proteína que se encuentra de forma natural en el trigo, la cebada y el centeno, y si una persona es celiaca desencadena en una reacción: Diarrea, vómitos, dispepsia,....

En los últimos años tanto supermercados como restaurantes ya han comenzado a ofrecer productos libres de gluten, por lo que para el alérgico es mucho más fácil conseguir llevar a cabo la dieta.

2 Objetivos

Determinar que es lo que produce la enfermedad, demostrar que en la actualidad no hay posible prevención e intentar esclarecer si hay factores externos que pueden producir dicha enfermedad. Dejar claro que el mito sobre la cura de la celiacía es totalmente falsa. La enfermedad celiaca no tiene cura.

3 Metodología

Revisión de historia clínicas con pacientes con enfermedad celiaca, seleccionados por muestreo estratificado por comunidades autónomas, también por hospitales y por pacientes. Los datos recogidos fueron por evolución de la vida laboral, seguimientos demográficos y otros. Buscador Google Académico.

4 Resultados

La ingesta de gluten en personas que genéticamente están expuestos a esta enfermedad, les produce una respuesta inmune que les produce reacciones inflamatorias, principalmente en el intestino delgado.

En la actualidad no hay evidencias de una posible prevención primaria. Se obtienen buenos resultados si se sigue una dieta estricta "sin gluten", pudiendo llevarse a cabo la desaparición total de los síntomas, la negación de los anticuerpos y que la mucosa del intestino se normaliza.

Se ha demostrado en los últimos años que factores ambientales, que nada tienen que ver con el gluten, como puede ser la ausencia de la leche materna, el exceso habitual de gluten o la temprana introducción de esta proteína "No se consideran factores de riesgo".

Y por otra parte introducir el gluten pasados los 12 meses, simplemente retrasa la aparición de dicha enfermedad, al mismo modo que la leche materna a cualquier edad tampoco protege. Tampoco nada tiene que ver con este trastorno el tipo de parto que haya tenido la mujer.

Otros factores que pueden afectar son los ambientales, la ferrotterapia durante la gestación (anemia) y el abuso excesivo de antibióticos.

5 Discusión-Conclusión

La celiaquía ha sufrido un aumento en el número de individuos afectados en las últimas tres décadas y es considerada una de las enfermedades genéticas más frecuentes en países de Asia Occidental y Europa.

También hay pacientes muy sensibles al gluten, no celíacos y se puede estimar que el número es mayor al de enfermos celíacos, por cada 5-6 pacientes con sensibilidad al gluten, o celíacos, hay 1 paciente celíaco, y en mujeres prevalece.

6 Bibliografía

- Polanco Allue I, ED. Enfermedad Celiaca; ¿qué es la Enfermedad Celiaca?.
- Enfermedad Celiaca: presente y futuro Madrid: Ergon; 2013.
- Buscador Académico Google.
- Revistas Pudme, Medline.

Capítulo 388

LOS TCAE Y LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA EN CENTROS DE SALUD

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

RAQUEL CAMPORRO LLANA

1 Introducción

Es habitual que el personal facultativo inste a sus pacientes a realizar diversas recogidas de muestras biológicas para comprobar el estado de su organismo.

Puede tratarse de:

- Fluidos: Sangre, sudor, líquido cefalo-raquídeo, ...
- Eliminaciones: Orina, sudor, heces, esputo, ...
- Porciones de tejido (biopsias).

LABORATORIOS QUE ESTUDIAN LAS MUESTRAS:

Laboratorio de análisis clínico: Subdividido en 3 laboratorios distintos:

- Laboratorio de hematología: Es el que se encarga únicamente del estudio de la sangre:

Hemogramas: estudio de la cantidad de hematíes, leucocitos y plaquetas, cantidad de hemoglobina que contienen los glóbulos rojos...Gracias a ello se diagnostican anemias, alteraciones plaquetarias, leucemias. Pruebas de coagulación: Importantes para preoperatorios, para poner tratamientos y controlar a pacientes con riesgo de trombosis(Sintrom). Grupos sanguíneos: Muy importante para las transfusiones de sangre.

- Laboratorio de bioquímica: Estudia la cantidad de sustancias disueltas en cualquier fluido orgánico de nuestro cuerpo(glucosa, ác. Úrico, colesterol...)
- Laboratorio de microbiología : Para conocer el tipo de germen y tratamiento a llevar a cabo cuando se sospecha o existe infección.

Laboratorio de anatomía patológica y citología: En él se estudian las biopsias para descartar células malignas.

- Muestras de citologías: en esputos, exudado vaginal, en orina.
- Muestras de cadáveres para estudiarlas.

2 Objetivos

- Seguir las normas de asepsia y conservación para no alterar las muestras.
- Mantener una actuación correcta con los pacientes y familiares, ofreciendo información clara al paciente acerca del procedimiento a seguir.

3 Metodología

Se consultaron buscadores de ciencias sanitarias como: PubMed en español, scielo...Se buscaron como criterios de inclusión:

- Temas relacionados con protocolos a seguir en la toma de muestras.
- Temas sobre el papel de l@s Tcae en los centros de salud.
- Todos los textos utilizados son en lengua española y gratuitos.
- Se han excluido los textos en distinto idioma del español.

Palabras clave: Muestras, Tcae, centro de salud, protocolos.

4 Resultados

El proceso analítico de una muestra consta de distintas etapas: Fase preanalítica (que es la que abordaremos en este capítulo), fase analítica (en el laboratorio) y fase postanalítica.

VOLANTE DE SOLICITUD

Para realizar una muestra es necesaria una petición de estudio ó volante de solicitud que será pedida por el personal facultativo por escrito.

Constarán:

- Datos de los pacientes: Nombre, fecha de nacimiento, sexo, nº de historia clínica(pegatina).
- Especialidad ó servicio que solicita las pruebas.
- Nombre del facultativ@ que las solicita, fecha y firma(sin firma no se admiten).
- Pruebas solicitadas.
- Datos de interés: Si es un análisis urgente, si l@s pacientes toman medicación...

Este volante acompañará a la muestra en todo momento, hasta que salgan los resultados y en la emisión del informe.

MUESTRAS DE ORINA:

Tipos de análisis.

1. Análisis rutinario ó elemental: La muestra se envía al laboratorio de bioquímica, donde hacen un exámen macroscópico (a simple vista) del color, olor, aspecto...Se determina el ph ,densidad y las sustancias presentes en la orina.
2. Análisis microbiológico: en el laboratorio de microbiología cuando se sospecha de infección (urinocultivo).
3. Análisis especiales:
 - Estudio citológico: Las muestras se derivan al laboratorio de anatomía patológica y citología, donde se buscan células alteradas que muestren patología renal, tumor...debido a la presencia de células propias de las vías urinarias ó riñones en la orina.
 - Muestra de orina de 12-24 horas: Se lleva al laboratorio de bioquímica. Se solicita como prueba funcional para saber como filtra el riñón.

Recogida de muestras de orina.

Las muestras de orina deben llevarse cuanto antes al laboratorio. Lo ideal sería en 1 hora, pero en los centros de salud, con pacientes ambulatorios no es posible, por lo que se conserva en nevera a 4°-6° y nunca más de 24h. Se recomienda a las pacientes no recoger la muestra si está con el periodo.

- Muestra elemental o de rutina:

Se necesita un recipiente de boca ancha con 100ml de capacidad. Actualmente se utiliza un sistema de recogida por vacío en el que se extraen 10ml en un tubo. Se utilizarán etiquetas identificativas y el volante. Se recogerá la primera orina de la mañana, en mitad de la micción.

- Urinocultivo:

Es necesario el bote de boca ancha de 100ml estéril, volante y etiquetas. Es necesaria una higiene previa de los genitales para evitar que la muestra se contamine

con gérmenes exteriores. Se recoge la orina de primera hora de la mañana, a mitad de chorro, para garantizar la máxima limpieza de la muestra.

Muestra para estudio citológico:

Se usarán los recipientes estándar sin vacío porque es necesaria más cantidad de orina (2/3 del recipiente). Se debe realizar la higiene genital. En este caso se descarta la primera orina de la mañana y se le indica al paciente que beba bastante agua para adelantar las ganas de orinar. Se recoge la muestra de la mitad del chorro. Estos análisis suele realizarse 3 días seguidos para que sea más fiable.

- Muestra de 12-24 Horas:

Se utilizará un recipiente de boca ancha de 2 litros de capacidad, con las etiquetas de los datos del paciente. Se desecha la primera orina de la mañana anotando la hora. Desde ese momento se empieza a recoger orina hasta la primera micción del día siguiente apuntando la hora de esta recogida.

La orina debe conservarse refrigerada, y si no es posible, existe un conservante que se añade antes de empezar la recogida. Si la sustancia que se quiere buscar es fotosensible, se utilizan recipientes opacos.

Cada vez que se miccione , es conveniente mezclar un poco la orina.

Los Tcae deberán conocer esta información acerca de como se debe realizar la recogida de muestras de orina según la petición, laboratorio al que debe enviarse y modo de conservación, ya que son l@s encargad@s de recepcionar estas muestras en los centros de salud.

5 Discusión-Conclusión

A través de la recogida de muestras se pueden detectar posibles alteraciones en la cantidad, calidad, composición,... De los distintos componentes de nuestro cuerpo, indicando patología si se sale de los valores estándar. Con esta información el personal facultativo puede: Diagnosticar patologías, controlar la evolución de las enfermedades y proponer un tratamiento.

Los Tcae ofrecerán a los pacientes ambulatorios que lo soliciten, la información acerca de la forma adecuada de recoger las muestras y les facilitarán el recipiente adecuado para ello.

6 Bibliografía

- www.auxiliar-enfermeria.com.
- www.isipedia.com.
- <https://www.mhe.es>
- <https://es.educaplay.com>.
- <https://auxiliarenfermeria.es>.
- www.cgtsanidadlpa.org.
- Antonio Cisterna Marín. Editorial Síntesis S.A. Agosto 2016. Gestión de muestras biológicas.
- Carmen Cámara. Editorial Síntesis. Mayo 2002.

Capítulo 389

ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE UN TRASTORNO CONVULSIVO.

EMMA GONZALEZ MUÑOZ

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

1 Introducción

Las convulsiones son las contracciones enérgicas e involuntarias de los músculos esqueléticos, que se producen, generalmente, de forma súbita por estímulo de los centros nerviosos. Se pueden clasificar en:

- Tónicas: son contracturas persistentes de los músculos (rigidez). No suelen producir movimiento de las masas musculares.
- Clónicas: son contracturas rítmicas y muy extensas que producen movimientos de flexión y extensión de las extremidades. Pueden ser generalizadas, unilaterales o parciales.

La epilepsia se define como una enfermedad crónica del sistema nervioso debida al aumento de la actividad eléctrica de las neuronas que puede producir pérdida de conocimiento. Es un trastorno convulsivo ante el cual se debe prestar una atención especializada por el personal sanitario, en especial del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) siendo el objetivo principal de este trabajo.

2 Objetivos

- Determinar las pautas de trabajo que deberá llevar a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en este tipo de trastornos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. La metodología está basada en la investigación descriptiva.

4 Resultados

La epilepsia tiene tres fases definidas y las actuaciones en cada una de ellas serán las siguientes:

1. Fase de rigidez:

- Evitar que la víctima se golpee al caer. Si ya está en el suelo, retirar los obstáculos y objetos que haya cerca. No intentar levantarla.
- Aflojar la ropa ajustada y ladear la cabeza, vigilando la vía respiratoria, por si vomita.
- Colocar algo blando debajo de la cabeza.

2. Fase de convulsión:

- Colocar un objeto blando en la boca para evitar que se muerda la lengua.
- Retirar todo lo que tenga cerca que pueda lesionarlo.
- Sostenerle la cabeza.

3. Fase de recuperación:

- Comprobar que no hay lesiones y tratarlas si se han originado.
- Dejar que repose cómodamente.
- Trasladarlo a un centro sanitario, si precisa.
- . Recomendar que consulte a su médico.

En contraposición, el ataque histérico suele producirse por problemas o conflictos personales reprimidos. La actuación en estos casos sería:

- Aislar a la persona de los curiosos.
- Mojar la cara con agua fría.

- Permanecer atento a la evolución.
- Recomendar consulta médica.

Las caídas son espectaculares, ante personas pero sin sufrir daños, las convulsiones son para llamar la atención, la lengua no se daña y suelen acabar en llanto o risa histeriforme.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene un papel fundamental en la ayuda de estos pacientes, ya que podrá, si tiene una buena preparación prevenir lesiones a consecuencia del trastorno convulsivo, así como acompañar y calmar al paciente en su recuperación.

6 Bibliografía

- www.proteccioncivil.es www.primerosauxilios.org
- Manual de primeros auxilios editorial Mc Gran-Hill
- Manual de primeros auxilios Cruz Roja editorial El País Aguilar
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 390

LA IMPORTANCIA DE UNA CORRECTA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN UN ENFERMO TERMINAL DE CÁNCER Y SUS CUIDADORES.

MARIA BEJAR PEREZ

MELISA SALINAS RÍOS

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

LAURA DIAZ MAYO

1 Introducción

Para poder prestar una correcta planificación a pacientes de cáncer, tenemos que conocer el perfil de este tipo de paciente.

El cáncer es una enfermedad que suele comenzar en una zona del cuerpo, cuando se extiende a mas zonas se le conoce como metástasis, es cuando el paciente se acerca a la última etapa de esta enfermedad, es ahí donde centraremos el tema que nos importa, nos basaremos en elaborar una correcta planificación de los cuidados paliativos para el enfermo terminal de cáncer y sus cuidadores.

Los cuidados paliativos son cuidados médicos específicos a personas que están en fase terminal por alguna enfermedad grave. Diferenciamos dos tipos de

cuidadores, informales (como son los miembros de la familia, conocidos, amigos, que ayudan al enfermo sin recibir ninguna remuneración) y luego están los cuidadores formales que son los profesionales de la salud como son el oncólogo, médico de familia, enfermera, médicos paliativos, psicólogos, que por la función que realizan reciben una compensación.

Los cuidados médicos se centran en aliviar los síntomas como el dolor, falta de aliento, estreñimiento, pérdida de apetito, vómitos, insomnio, pérdida de la fuerza muscular, dificultad para ingerir líquidos, anorexia, confusión mental, etc. y suprimir el estrés que genera la enfermedad. Uno de los principales objetivos es mejorar la calidad del paciente y de los cuidadores informales (familia, amigos, vecinos, conocidos).

La base para el tratamiento de los cuidados paliativos está en las necesidades del paciente, en función de sus perspectivas biológicas y su situación personal, para ello el médico paliativo y la enfermera tienen que planificar cuidadosamente los cuidados a prestar utilizando medios farmacológicos y no farmacológicos, dependiendo de la necesidad del enfermo y sus cuidadores.

Para realizar una planificación de los cuidados paliativos del enfermo hay que tener una relación interpersonal donde hay que valorar los aspectos emocionales, credenciales, culturales, respetando cada uno de ellos, porque lo importante de esta fase no es tratar la enfermedad del paciente, ya que si está en esta fase es porque no tiene cura, sino tratar al enfermo y a sus familiares, preparándoles para aceptar el proceso de la muerte como algo natural de la vida, para que puedan llegar a un final de una forma digna y serena.

Hay dos tipos de necesidades a tener en cuenta en la planificación de los cuidados paliativos, son las necesidades físicas y las necesidades psicosociales.

- Las necesidades físicas está basada en el control de los síntomas utilizando medicamentos, para paliar sus necesidades, acompañamiento las 24 horas del día para controlar los síntomas. Los cuidados básicos a tener en cuenta para su bienestar es la higiene corporal, higiene dental, para evitar la sequedad de la boca, cambios posturales para evitar heridas que pueden derivar en úlceras. Si el paciente tiene dificultad para deglutir los medicamentos, hay otras vías de administración como es la subcutánea. Para ello se prepara a sus cuidadores para poder aportar al enfermo el seguimiento que necesita, ya que los cuidadores formales (médicos, enfermeros, auxiliares, etc.. como mencionamos anteriormente)

no pueden atenderles las 24 horas si los cuidados son en el domicilio del paciente, en el caso de que fuera hospitalario, serían los profesionales los que se encargarían de esa parte del tratamiento al paciente.

- Las necesidades psicosociales son igual de importantes que las necesidades físicas. Cuando alguien enferma por una enfermedad grave pasa por las cinco etapas de aceptación que la Dra. Elisabeth Kubler – Ross ha identificado, la primera etapa es la negación, la segunda etapa es la ira, la tercera etapa es la negociación, la cuarta etapa es la depresión y por último la quinta etapa es la aceptación.

La primera etapa la negación, es la primera reacción de defensa que usamos ante la noticia de la enfermedad, nos permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada. Esa negación nos provoca pensamientos de que tuvo que ser un error, que se han equivocado. Aparece el miedo, te das cuenta de que no tienes información de la enfermedad, y eso te crea más pánico.

La segunda etapa la ira, en esta etapa vemos que la enfermedad es real y nos está pasando de verdad, nos hacemos preguntas como ¿Por qué a mí?, ¿no es justo!, ¿Por qué me está pasando a mí?, estas enfadada con Dios, con los médicos, con el mundo entero. Piensas que nadie te entiende y te comprende.

La tercera etapa la negociación, intentaremos llegar a un acuerdo con nosotros mismos.

La cuarta etapa la depresión, se crean muchos miedos por lo que está generando la enfermedad, lloraremos, sentiremos pena, que nos puede generar desesperación. Nos damos cuenta que nuestra vida ya no es la que era, que ha cambiado de manera drástica. Nuestro futuro que antes nos parecía esperanzador, ahora lo ves interrogante. Nos preguntamos cómo podremos vivir con esta enfermedad, que pasará día tras día y cuando llegue el final si seremos capaces de soportarlo.

La quinta etapa la aceptación, aceptas la enfermedad porque no queda otra vía. Intentas vivir aceptando lo que nos ha tocado, para que no nos afecte emocionalmente y poder disfrutar del tiempo que nos queda, intentando valorar las cosas buenas que puedan estar pasando dentro de la gravedad de la situación.

Las etapas son distintas para cada persona, unas necesitan más o menos tiempo para ir pasando por ellas.

Estas etapas pueden ir repitiéndose durante la enfermedad, en el caso que exponemos que es la etapa final de la enfermedad, cuando sabes que ya no hay más que hacer, vuelven a aparecer las etapas por las que fuimos pasando cuando nos

dijeron la primera vez la noticia, a veces se intercalan.

El médico paliativo y el resto de profesionales fomentarán que el enfermo y sus cuidadores expresen sus emociones, rompiendo ese silencio sobre la muerte. El objetivo de los profesionales es que en los últimos días de vida del paciente y sus cuidadores puedan tener paz, tranquilidad, calidad de vida y calidad en el proceso de morir. Es primordial mantener una comunicación abierta y sincera con los familiares. Los familiares deben entender el proceso de morir, explicándoles los síntomas que pueden ir mostrando, para que así estén preparados de cuando llegue el momento.

El cuidador juega también un papel importante en el proceso de la enfermedad, su vida cambia y el enfermo pasa a ser lo primordial en su vida, dedicara todo el tiempo que pueda, realizara tareas físicas para cuidar del enfermo, invertirá dinero para poderle dar todos los confort que necesite el paciente, soportara una incalculable carga emocional y se expondrá a riesgos de salud.

La enfermedad en el cuidador afectará a su vida personal, provocando rupturas en su estructura familiar, generando un desequilibrio donde se crean conflictos, separaciones, distanciamientos, pasa a ser un desorden su vida. Los mismos cuidadores necesitan a su vez de otros cuidadores, los cuales deberán ofrecerles tiempo para que reflexiones y asuman la nueva situación y puedan complacer a los enfermos de todas sus necesidades y buscar recursos y soluciones.

El cuidador se convertirá en un pilar para el enfermo, por ello soportará una gran carga emocional y tendrá que aprender lo suficiente de los cuidados de salud para poder dar una buena prestación al enfermo.

Los cuidadores formales ante la situación de los cuidadores informales, tienen que mostrar la disponibilidad de escucharlos, dejarlos expresar, saber que están ahí, que exterioricen sus ansias. Tiene que haber una constante comunicación entre el cuidador formal y el cuidador informal, ya que el cuidador informal tendrá una gran carga emocional y el cuidador formal le ayudará para que no se sientan así y se bloqueen y así poder dar prioridad a su importante papel, el del cuidador.

2 Objetivos

Obtener conocimientos suficientes personalizadas sobre todas las etapas por las que pasa un enfermo terminal para poder conseguir una buena planificación en la última etapa de duelo y con ella conseguir que el paciente y sus cuidadores

tenga una buena calidad en el proceso de su muerte.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha realizado una búsqueda de información en la bases de datos de Scielo, Dialnet y Google académico.

4 Resultados

Aplicando una buena planificación para el cuidado paliativo del paciente y sus cuidadores conseguiremos el objetivo primordial, un buen confort del enfermo en el final de su vida. Si esto ocurre de manera controlada y sin sufrimiento, la familia aceptara mejor la situación, si fuera negativo podría afectar a la familia creándoles un trauma a lo largo de sus vidas. Por ello, hay que estudiar bien cada caso e implicarse al cien por ciento porque son situaciones muy complicadas donde se necesita mucha ayuda y apoyo.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de profesionales de cuidados paliativos deben transmitir a las administraciones competentes las necesidades que se detecten durante la aplicación de las planificaciones, para poder dar una mejor cobertura de la atención del enfermo. La clave está en que exista una cooperatividad.

6 Bibliografía

1. Bermejo J.C, Díaz-Albo E, y Sánchez. E, Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos. 2011.
2. Navarro Ferrer. PM, Pérez Labrada. BR, Parada López. N, Buenas practicas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. Revista cubana enfermería. 2009.
3. Novellas Aguirre de Carcer. A, Pajuelo Valsera. MM. Cuidados paliativos- La familia de la persona enferma. SECPAL. 2014.

Capítulo 391

COMO COMUNICARSE CON UN PACIENTE SORDO.

PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La comunicación entre los enfermeros y los pacientes sordos es uno de los grandes retos de estos profesionales, que en muchas ocasiones se encuentran con grandes dificultades para poder transmitirles los mensajes igual que al resto de pacientes.

La falta de intérpretes en los hospitales ha hecho que los enfermeros tengan que ingeniárselas para que la comunicación con estos pacientes sea lo más acertada posible.

2 Objetivos

Conocer las estrategias de comunicación con pacientes sordos por parte de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En un primer momento se puede pensar que te leen los labios o que escribiéndoles puedes comunicarte con ellos, pero hay muchas personas sordas que no se han formado en el lenguaje y no pueden responderte de esta manera.

La mayoría de los pacientes confirma que el gran problema es que la relación con los profesionales no es buena por la falta de comunicación y al final se ponen más nerviosos por entenderse que por la enfermedad que tienen.

La metodología diseñada consiste en unos cartones con unos pictogramas en los que están dibujados diferentes muñecos que simbolizan dolor en el pecho, vómitos, diarreas y alergias, entre otros, para que los pacientes puedan señalar directamente cuál es su dolencia. Además, también tienen que elegir en otros cartones, por ejemplo, el color del vómito o de la diarrea, el momento del día en el que les ocurre. Esta forma de comunicarse nos evitaría los nervios a la hora de enfrentarnos a estos pacientes.

Esta manera de comunicarme con los pacientes ha tenido muy buena acogida entre los pacientes ya que no existe ninguna otra metodología de este tipo. En el País Vasco, la Asociación de Personas Sordas pone a su disposición a intérpretes previa petición. La mayoría de los pacientes confirma que el gran problema es que la relación con los profesionales no es buena por la falta de comunicación y al final se ponen más nerviosos por entenderse que por la enfermedad que tienen.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión es que los enfermeros no son conscientes de este problema hasta que les toca atender a alguien sordo o hasta que tienen un familiar cercano con esta minusvalía. “Muchas veces no somos conscientes de que las personas sordas también se ponen malas y cuando nos encontramos con estos casos no sabemos ni cómo actuar. Siempre los atiendes, pero, al final, no les das tantas explicaciones como al resto ni te involucras tanto con ellos por este motivo de una comunicación limitada”.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <http://www.scielo.org.co>

Capítulo 392

ENFERMEDAD DE PAGET

LUCIA PELÁEZ MARTINEZ

1 Introducción

Trastorno que conlleva la destrucción y generación ósea anormal. Causa deformidad de los huesos afectados. Las causas se desconocen, puede deberse a factores genéticos o una infección viral temprana en la vida. En las personas que lo padecen hay una descomposición anormal del tejido óseo en las zonas específicas, lo cual va seguido de una formación ósea anormal. La formación nueva es más grande, pero más débil, el nuevo está lleno de vasos sanguíneos nuevos. Es más común en la columna, pelvis, cráneo y piernas. Puede afectar a uno o varios huesos pero no a todo el esqueleto. Es más frecuente en hombres y personas mayores.

2 Objetivos

El propósito ha sido presentar y conocer las manifestaciones de la enfermedad de paget, tratamiento y prevención.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en la base de datos de Dialnet, encontrando 133 artículos de los cuales 50 han sido revisados por su interés.

4 Resultados

El tratamiento farmacológico ayuda a prevenir la formación y descomposición mayor del hueso.

Los medicamentos utilizados son:

Bifosfonatos, son el tratamiento de primera línea, reduce la remodelación ósea. Comúnmente se toman por vía oral pero se pueden administrar IV.

Calcitonina: hormona relacionada con el metabolismo de los huesos, se puede administrar como aerosol nasal (micalcin) o como inyecciones subcutáneas (calcimar o mithracin).

5 Discusión-Conclusión

Como prevención de la enfermedad de paget, se recomienda: dormir en colchón duro, hacer del hogar un sitio seguro para evitar fracturas, alimentación saludable y rica en calcio. Evitar los vegetales solanáceos (berenjena, tomate, patata). Seguir programa de ejercicios.

6 Bibliografía

Portal de difusión científica hispana, especializada en ciencias humanas y sociales, DIALNET.

Capítulo 393

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS)

NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE

YOLANDA GARCÍA DE ISLA

TAMARA GARCÍA IGLESIAS

CRISTINA GUTIERREZ LARGO

1 Introducción

Son infecciones que se transmiten de una persona a otra por las relaciones sexuales o por otras vías, como de madre a hijo durante el embarazo o parto, o a través de transfusiones de sangre o agujas compartidas.

- Síntomas

Las ITS no siempre presentan síntomas, pudiendo pasar desapercibidas durante años. Los síntomas más frecuentes son lesiones genitales, llagas o protuberancias en zona oral o rectal, sangrado vaginal, dolor abdominal, secreción del pene y flujo vaginal excesivo, fiebre, ardor o dolor al orinar. Las ITS si no son tratadas pueden provocar efectos crónicos y graves de salud.

- Causas

Las ITS pueden ser causadas por bacterias, parásitos y virus.

Los tipos de ITS más frecuentes:

- Tricomoniasis vaginal

Causada por el parásito trichomonas. En muchas ocasiones cursa de manera asintomática. Si presenta síntomas, los más frecuentes serían:

En la mujer secreción vaginal verdosa o amarilla mal oliente, dolor y ardor en la vagina y al orinar, en la colposcopia se observa "cérvix en fresa"

En el hombre secreción e irritación del pene, ardor al orinar o eyacula.

Se diagnostica con pruebas de laboratorio y se trata con antibióticos, tinidazol 2g, metronidazol 500mg.

-Sifilis.

Es una infección bacteriana muy común causada por treponema pallidum que se infecta a través de mucosas y lesiones de la piel, por contacto sexual, tanto vaginal, oral o anal. La sífilis no tratada puede progresar en 4 etapas:

1- Etapa primaria: en esta etapa aparece una pequeña llaga en el lugar por donde las bacterias entraron al organismo alrededor de 3 semanas después de la exposición. Esta lesión se llama chancro y puede aparecer solo una o pueden ser múltiples, es redondeada, dura y no dolorosa. Pueden aparecer en labios mayores, labios menores, cuello uterino, pene, ano. El chancro se cura de manera espontánea entre las 4 a 6 semanas, pero la sífilis sigue presente y la persona puede contagiar.

2- Etapa secundaria: se caracteriza por un salpullido en el cuerpo, palmas de las manos y plantas de los pies, que aparece a los 2 meses después de que el chancro se desarrolla. Consiste en llagas oscuras, duras y pequeñas. Pueden aparecer lesiones húmedas y abiertas en las membranas mucosas, alopecia, dolor de garganta, pérdida de peso y adenopatías generalizadas.

3- Etapa latente: la persona infectada no tendrá ningún síntoma, aun así puede contagiar.

4- Etapa terciaria: es la más destructiva, aparecen llagas, chancro blando (gomos sifilíticas), se ve afectado sistema nervioso y cardiovascular.

- Virus del papiloma humano

Es la ITS más frecuente a nivel mundial, puede pasar inadvertido y curarse espontáneamente en unos meses, pero puede llevar a provocar cáncer de útero, anal u oral.

- Herpes simple genital y oral

Causada por el virus del herpes simple (VHS). Hay 2 tipos VHS-1 que afecta a zona de boca y labios y VHS-2 que afecta a los genitales. Los síntomas son vesículas o

ulceras dolorosas en zona genital, anal o bucal.

- Gonorrea

Es la segunda ITS más frecuente, causada por la *Neisseria gonorrhoeae*. El periodo de incubación es de 2 a 7 días. Los síntomas son ardor al orinar, liquido blanco o amarillo el pene, flujo vaginal amarillento, ardor al orinar, la gonorrea durante el puede causar graves problemas en el bebe.

- Clamidia

Causada por la bacteria *chlamydia trachomatis*, puede infectar pene, vagina, el cuello uterino, el ano, la uretra, los ojos y la garganta, suele ser asintomática, aunque puede aparecer ardor y dolor al orinar y secreciones anormales del pene y vagina. El tratamiento es con antibiótico.

2 Objetivos

Conocer las ITS y su presentación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

-Mayo Clínica disponible en <https://.mayoclinic.org>

-Manual básico de obstetricia y ginecología, disponible en <https://ww.codem.es>

-EL PAIS, disponible en <https://elpais.com>>planeta-futuro.

-OMS _Infecciones de transmisión sexual – World Health. Disponible en <https://www.who.int>.

Capítulo 394

CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO SANO

LEONOR ALONSO SÁNCHEZ

MARÍA CRISTINA BERMÚDEZ BANGO

ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS

FATIMA GAYOL

1 Introducción

Entendemos por recién nacido sano al que nace a término, es decir, entre 37 semanas y 42 de gestación, con un peso entre el percentil 10 y 90 (2,5-4 kg) y una talla de 46-55 cm, fruto de una madre sana y con un control prenatal sin alteraciones, un examen físico sin malformaciones aparentes y con una transición extrauterina adecuada.

A simple vista las primeras características que se observan son:

- Cabeza grande en proporción al cuerpo (perímetro cefálico de aproximadamente 35 cm).
- Tórax alargado.
- Abdomen voluminoso y blando.
- Extremidades simétricas, cortas y en flexión. En las inferiores se observa torsión tibial.
- Color rojizo de la piel que disminuye pasadas unas horas desde el nacimiento, también puede presentar vello muy fino, llamado lanugo, y una capa grasa llamada vérmix caseoso.

Desde el nacimiento y pasadas unas horas se producen una serie de adaptaciones a las que el recién nacido tiene que hacer frente, como son la adaptación cardiovascular, respiratoria, nutricional, renal, neurológica y térmica.

- Adaptación cardiovascular: tras el nacimiento y clampar el cordón umbilical la circulación placentaria deja paso a la circulación sistémica, y en las horas y días posteriores se produce el cierre de vasos y orificios del periodo fetal, estos son: conducto arterioso, foramen oval y conducto venoso.

- Adaptación respiratoria: inmediatamente tras el nacimiento se produce la expansión de los pulmones y el recién nacido ya solo dependerá de ellos para su oxigenación. Se comprueba que esta adaptación se esté llevando a cabo correctamente tomando la frecuencia cardiaca y observando el color.

- Adaptación nutricional: el aporte continuo de nutrientes que le llegaba al recién nacido en la etapa fetal a través de la placenta materna cesa de manera brusca. El recién nacido va a depender del oxígeno y de las reservas que tenga de glucosa, por eso la importancia de establecer la alimentación ya en la propia sala de partos que además es beneficioso para la creación del vínculo materno-filial.

- Adaptación renal: en el periodo fetal el funcionamiento renal es mínimo, pero en el momento del nacimiento al producirse la separación de la placenta el riego sanguíneo aumenta en el recién nacido y los riñones se ven obligados a funcionar a un mayor nivel para filtrar la sangre y producir la orina. Es importante registrar la primera micción y su apariencia para descartar posibles defectos en la vía urinaria.

- Adaptación neurológica: tras el nacimiento el recién nacido está alterado y llorando, es normal ya que se está adecuando a su vida extrauterina, lo más aconsejable es iniciar la lactancia al momento del nacimiento ya que le tranquilizará y se irá durmiendo, su frecuencia respiratoria se irá estabilizando a valores normales (menos de 60 por minuto) y su frecuencia cardiaca también (140-160 pulsaciones por minuto).

Transcurridas unas horas el recién nacido estará más perceptivo a estímulos y más activo.

- Adaptación térmica: al nacimiento hay factores que van a poner el riesgo la estabilidad térmica del recién nacido ya que este en su etapa fetal no regulaba su temperatura y ahora ha de empezar a hacerlo.

Es importante por esto que tras el nacimiento se proceda al piel con piel con su madre/padre, que se le ponga bajo una fuente de calor para realizarle los procedimientos que sean necesarios, se seque y se le cubra con ropa, especialmente la cabeza, cubriéndosela con un gorro, y llevar un control de la temperatura axilar.

Primeros cuidados tras el nacimiento:

- Inmediato contacto con la madre, lo que se conoce como piel con piel, ya que están demostrados los múltiples beneficios que tiene esta práctica. Este contacto debería de ser durante unas dos horas.
- Corte del cordón umbilical mientras el recién nacido esta sobre su madre. Ha de hacerse una vez el cordón haya dejado de latir ya que el bebé sigue recibiendo sangre de la placenta y es beneficioso entre otras cosas para que su volemia sea más alta.
- Durante los primeros minutos de vida se realiza el test de Apgar, una vez al minuto de vida y otra segunda vez a los 5 minutos de vida. Éste consiste en valorar la adaptación cardiaca y respiratoria del recién nacido, el profesional se plantea una serie de cuestiones en relación a estas adaptaciones y según la respuesta tiene unos valores numéricos, si la suma es mayor de 7 significa que la adaptación es buena y el recién nacido no necesita atención urgente.
- Tras ese periodo de piel con piel, se coloca al recién nacido bajo una fuente de calor y se le hace un examen físico para comprobar que no hay ninguna anomalía, se mide el perímetro cefálico, se pesa y se mide. Después de eso se le cubre con camiseta, gorro para la cabeza y pañal.
- Se le aplica una inyección intramuscular de vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica.
- Se le aplica en los ojos pomada o colirio oftálmico de eritromicina que asegura la profilaxis ocular.
- Se le identifica con una pulsera con el nombre de su madre y además la pinza que clampa el cordón lleva una numeración que coincide con la pulsera de la madre.

Antes del alta hospitalaria:

Antes de irse a casa se le hacen unas valoraciones como son el peso que ha perdido, las micciones y defecaciones, una exploración física completa y dos pruebas importantes como son la prueba del talón que sirve para detectar precozmente metabopatías y las otoemisiones acústicas que exploran en canal auditivo.

2 Objetivos

Los objetivos de estos cuidados son:

- Bienestar del recién nacido.
- Fomentar el vínculo materno/paterno-filial.

- Promover la lactancia materna frente a la artificial, siempre respetando los deseos de los padres.
- Dar consejos útiles y adoctrinar a los padres para un correcto cuidado del recién nacido.
- Administrar los tratamientos oportunos y necesarios.
- Anteponerse a posibles complicaciones y detectar malformaciones.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de información a través de varias fuentes, como son Google Académico y páginas web. Se toman como referencia tanto publicaciones nacionales como internacionales.

4 Bibliografía

- Chattas, G. (2008). Cuidados al recién nacido en el periodo de transición. *Enfermería Neonatal*, 7.
- Doménech, E., González, N., & Rodríguez-Alarcón, J. (2008). Cuidados generales del recién nacido sano. Madrid: Asociación Española de Pediatría.
- Lacarrubba, J., Galván, L., Barreto, N., Adler, E., & Céspedes, E. (2011). Guías prácticas de manejo en Neonatología. Atención inmediata del Recién Nacido de término sano. *Pediatría (Asunción)*, 38(2), 138-145.
- Marta Zamora Pasadas. CAPITULO 1. El recién nacido normal. Disponible en: <https://www.faeditorial.es/capitulos/enfermeria-neonatal.pdf>
- Hernando, A., Guillamas, C., Gutiérrez, E., Sánchez-Cascado, G., Tordesillas, L., & Méndez, M. J. (2017). Técnicas básicas de enfermería. Novedad 2017. Editex.
- Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <https://www.aeped.es/>

Capítulo 395

LA NECESIDAD DE TRABAJAR EL SUELO PÉLVICO EN LA MUJER

CARMEN CALDEVILLA

1 Introducción

EL buen funcionamiento del suelo pélvico es crucial para evitar problemas posteriores. Si bien esto es aplicable también al varón, son las mujeres las que más sufren este problema debido a los partos, los cambios hormonales, etc.

Aunque en nuestra cultura occidental el suelo pélvico se ignore, no por eso debemos olvidarnos de él. Son muchas las consecuencias que se derivan de su debilitamiento y que a la larga mermarán la calidad de vida de la mujer.

2 Objetivos

- Tomar conciencia de lo que es el "suelo pélvico", los músculos que lo componen y la función que cumplen.
- Ser consciente de lo que supone un suelo pélvico debilitado y los problemas físicos y psíquicos que acarrea a la mujer.
- Ver el problema desde una perspectiva de género. Como un problema que afecta tanto a la calidad de vida ha sido durante mucho tiempo ignorado o considerado como normal y propio del envejecimiento.
- Concienciar al personal sanitario (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, etc) de la necesidad de informar a las mujeres para que cuiden esa zona de nuestro cuerpo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Abordamos este trabajo desde tres puntos de vista:

- El fisiológico: estudiamos las consecuencias para la salud de la mujer que tiene el debilitamiento del suelo pélvico (prolapsos, incontinencias, problemas sexuales, etc).
- El psíquico: la mujer vive situaciones desagradables que merman su autoestima.
- Perspectiva de género :cuando hablamos de problemas que afectan a las mujeres siempre cabe preguntarnos si por esta razón no están mas ocultos o su abordaje siempre ha sido secundario. Sin duda, en este tema no nos cabe la menor duda que ha sido así.

Millones de mujeres en el mundo tienen problemas con su suelo pélvico. Los hombres también tienen suelo pélvico pero es menos probable que tengan problemas porque ellos no tienen partos ni experimentan los cambios hormonales de las mujeres. Durante siglos médicos y científicos han ignorado esta parte de la anatomía femenina precisamente por eso: por ser femenina.

Si además, estos problemas del suelo pélvico no son mortales los hacen todavía mas invisibles.

Es sorprendente llegar a la conclusión de que el concepto "suelo pélvico" se conoce en la edad adulta cuando empezamos a notar pérdidas de orina al toser, estornudar, cuando tenemos prolapsos urinarios o fecales o cuando espezamos a tener relaciones sexuales menos placenteras.

Es en este punto cuando nos damos cuenta que la comunidad sanitaria, y de eso damos fé muchas mujeres, no actúan como deberían, es decir informando y sobre todo informando para prevenir.

Los jóvenes adolescentes tiene que conocer su suelo pélvico y aprender a trabajar y a cuidarlo, porque luego, una vez aparecidos los problemas, los ejercicios ya no resultan eficaces.

Muchas mujeres hablan con naturalidad de sus pérdidas d orina, lo cual no debe

escondese, pero tampoco asumirla como algo que va "con la edad" y es aquí desde la perspectiva de género es aplicable. La mujer siempre tiende a ver los problemas que acompañan a su menopausia como "normales" y muchos ginecólogos también contribuye a ello.

La sanidad debe situarse por encima de esto e incluir este tema como una prioridad en determinadas etapas en la vida de una mujer.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión que extraemos es que estamos ante un problema sanitario trascendental en la vida de cualquier mujer, que sorprendentemente ocupa poco tiempo tanto para ella como para la comunidad sanitaria que dedica mas recursos a paliar las consecuencias que a prevenir el deterioro de esa parte de nuestro cuerpo.

Se necesita prevención desde la adolescencia, conocer nuestro cuerpo y la función de músculos y órganos cuyo cuidado nos permitirán tener una mayor calidad de vida.

Deseamos que los problemas que afectan a las mujeres en mucha mayor medida que a los hombres sean mas visibles y prioritarios

6 Bibliografía

- Suelo pélvico en la mujer. Función disfunción y tratamiento según la teoría integral. Peter Papa Petros.
- El libro de la salud natural para la mujer. Alfredo Ara Roldán.
- Programa de educación para la salud del suelo pélvico. Nicolás Fernández García y Salud Avalos Giménez.

Capítulo 396

PROYECTO SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

JESSICA GRANDA PELAEZ

LAURA HERES GARCIA

LEONOR ALONSO SÁNCHEZ

MARÍA CRISTINA BERMÚDEZ BANGO

NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS

1 Introducción

¿Qué es el VPH?

El virus del papiloma humano es la infección sexualmente transmitida más común que existe. Por lo general, el VPH, es inofensivo y desaparece espontáneamente, pero algunos tipos pueden provocar verrugas o cáncer.

El VPH tiene más de 150 tipos virales ,algunos de ellos son de alto riesgo y otros de bajo. Este tipo de infección , es el factor causante en desarrollo de cáncer uterino. El cáncer de cuello uterino , se considera a nivel mundial uno de los más comunes y mortales. Cada año se diagnostican 500.000 casos nuevos. Concretamente el 80% en países en vías de desarrollo.

Por lo contrario, la incidencia es más baja en países desarrollado ,ya que se emplean programas de cribado ,cuyo objetivo es detectar lesiones antecedentes a cáncer, realizando la prueba de Papanicolau. El VPH 16, es el tipo viral más común

con cáncer de cuello uterino (entre 49-60%). Los tipos de VPH 6 y 11, son de bajo riesgo y representan el 90% de casos de verrugas genitales.

Los casos en España de muerte por cáncer de cérvix es 80%, debido a que las mujeres no habían accedido a una citología, ni participaron en un programa de cribado. En 2008, fueron diagnosticados 12,7 millones de nuevos casos de cáncer por año a nivel mundial 4,8 % asociados al VPH.

¿Cómo detectarlo?

Esta enfermedad de transmisión sexual se diagnostica mediante pruebas específicas en el flujo vaginal.

Habitualmente se sospecha a través de la citología que se realiza como prueba de cribado del cáncer de cérvix. La citología normal es incapaz de detectarla.

En caso de VPH de bajo riesgo, en casos, aparecen verrugas genitales, cuyas lesiones suelen ubicarse en el tracto genital inferior (cérvix, vagina, vulva, periné y zona perianal), ano y zona orofaríngea.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

El médico puede diagnosticar infección de VPH mediante la observación de verrugas. Si no se pueden ver las verrugas genitales, será necesario someterse a los siguientes exámenes:

- Prueba de solución de vinagre.

Si se aplica una solución de vinagre en las áreas genitales infectadas por VPH, estas se tornan blancas.

Esto puede ayudar a identificar lesiones planas que son difíciles de ver.

- Papanicolaou.

El médico toma una muestra de células del cuello uterino o la vagina y la envía al laboratorio para un análisis. El Papanicolaou puede revelar anomalías que pueden producir cáncer.

- Prueba de ADN

Con esta prueba, que se realiza en las células del cuello uterino, se puede identificar el ADN de las variedades de alto riesgo del VPH que están vinculadas con los cánceres genitales. Esta prueba se recomienda junto con el Papanicolaou, a las mujeres mayores de 30 años. El cribado citológico cervical puede reducir en un 70% las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Se recomienda en mujeres entre 21-29 años realizarse el Papanicolaou cada 3 años. Es aconsejable en mujeres de 30 a 65 años continuar haciendo el Papanicolaou cada 3/5 años. En mujeres de más de 65 años, dejar de hacerse dicha prueba, si se obtuvieron resultados normales.

TRATAMIENTO

- Medicamentos

Los medicamentos para eliminar las verrugas por o general se aplican directamente a la lesión y suelen requerir varias aplicaciones para lograr resultados satisfactorios.

Ácido salicílico: estos productos funcionan eliminando poco a poco las capas de la verruga.

Imiquimod (Aldara, Zyclara): tipos de cremas las cuales podrían mejorar la respuesta del sistema inmunitario para combatir el VPH.

Podofilo (Condylox): rroducto de uso tópico, que funciona destruyendo el tejido de las verrugas genitales.

Ácido ticloroacético: tratamiento químico, el cual quema las verrugas.

- Procedimientos quirúrgicos y de otros tipos

En el caso de que los medicamentos no surten efecto , es posible que el médico sugiera eliminar las verrugas con los siguientes métodos:

Congelar con nitrógeno líquido(crioterapia).

Quemar con corriente eléctrica.

Eliminación quirúrgica.

Cirujía láser.

- Medidas preventivas

En un artículo reciente , el jefe de ginecología del Hospital Quirón (Málaga), Andrés Carlos López Díaz, incide en que la mejor solución para combatir la enfermedad, es la prevención. Por otro lado, Ana Santabalia, jefa de oncología del Hospital La Fe (Valencia), comenta que el descenso de la incidencia puede deberse a la vacunación. En España el VPH causa 1987 nuevos casos de cáncer de Cérvix uterino.

- Vacunas contra el VPH:

GARDASIL.

GARDASIL 9.

CERVARIX.

2 Objetivos

- Conocer la situación actual del VPH, con el fin de educar y reducir la mortalidad de la población femenina.

- Analizar el tipo de pruebas médicas existentes, para un diagnóstico precoz.

- Detallar los métodos de prevención, para evitar posibles contagios.

3 Metodología

Para este proyecto se han utilizado palabras clave como: virus del papiloma humano, incidencia de enfermedades de transmisión sexual, incidencia del virus del papiloma humano en España. Se ha seleccionado la información más completa sobre dicho tema, realizando una búsqueda en fuentes como google académico. Se ha obtenido información de páginas web y artículos de revistas médicas.

4 Bibliografía

- Revista (Diestro Tejeda , M Serrano Velasco , F Gómez) Pastrana Nieto. Tejeda , D. , Serrano Velasco , M . y Gómez -Pastrana Nieto, F.(2007).
- Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus de papiloma humano (VPH). Oncología (Barcelona)30(2)14-31.
- Libro VPH-Prevención y tratamiento desde la ginecología integrativa-Doctora Manuela Cuevas (23 Julio 2019)
- Http: Mayoclinic.org
- Http: DiarioFarma.com
- Http:Gacetamédica.com
- Http:Cáncer.gov/papiloma
- Libro Virus de Papiloma Humano Edición y Farmacia SA de CV - José de Jesús Curiel Valdés. (Edición 2017)

Capítulo 397

APARATO GENITAL: REPRODUCCIÓN Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS

AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR

JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ

CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO

1 Introducción

Una de las principales características del ser humano es poder reproducirse y crear un nuevo ser. El óvulo, gameto femenino y el espermatozoide gameto masculino. Los caracteres sexuales son aquellos que identifican la diferencia entre un hombre y una mujer. La determinación sexual, está determinada genéticamente y se establece de forma irreversible. El mapa cromosómico consta de 44 autosomas y 2 cromosomas para determinar el sexo: 44 A +XX para la mujer y 44 A +XY para el hombre.

En la maduración de las células tiene lugar la reducción nuclear meiosis, en la cual un cromosoma de cada par pasa a la célula germinal madura que queda con la mitad del número de cromosomas, el óvulo en la mujer tendrá 22 A+ X y el espermatozoide en el varón 22A +Y o 22A +X.

2 Objetivos

Conocer la importancia de tratar la salud sexual.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultando diversas bases de datos. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave: reproducción, aparato genital.

4 Resultados

La salud sexual la entendemos como valor positivo que forma parte de la salud integral de cada ser humano e interviene en el proceso de realización personal hacia la plenitud. También incluye como parte fundamental las emociones, el afecto, el deseo y las vivencias. Las principales funciones del aparato genital femenino incluyen la preparación a la gestación y al parto. El resultado de poder engendrar vida y llevar a cabo la continuidad de una especie.

5 Discusión-Conclusión

Cada glándula sexual posee una doble función gametogénica, la capacidad para poder reproducir es el gameto masculino o femenino y también el hormonal, que son hormonas que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios.

6 Bibliografía

- <http://www.scielo.org.co>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Capítulo 398

LA ENFERMEDAD CELÍACA EN NIÑOS: SIGNOS Y SÍNTOMAS

CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO

JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ

AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR

1 Introducción

La enfermedad celíaca, consiste en una intolerancia a la proteína del gluten, esta atrofia las vellosidades del intestino delgado. Es una enfermedad crónica muy común en nuestro tiempo, la eliminación del gluten de la dieta produce la desaparición de los síntomas y produce la liberación funcional.

2 Objetivos

Conocer la importancia de reconocer los signos de esta enfermedad para un pronto diagnóstico y evitar males mayores.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultando diversas bases de datos. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave: gluten, celiacía, infancia.

4 Resultados

Las enfermeras pediátricas pueden identificar los síntomas y a los pacientes que puedan tener alto riesgo. Desempeñan un papel importante para detectar precozmente estos síntomas y estos signos y desde el primer momento se explica el porqué es necesario continuar con una dieta normal hasta que no se de un diagnóstico definitivo y luego posteriormente se garantiza una dieta sin gluten porque las exposiciones accidentales pueden llevar a síntomas y a dolor abdominal, así como daño en la mucosa y la mala absorción de los nutrientes. Durante este seguimiento se puede informar a los padres de la existencia de asociaciones de celíacos con el fin de recibir información para tratar la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Una tardanza en diagnosticar esta enfermedad produce y aumenta la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes. Puede llegar ha producirse algo maligno por la complicación principalmente grave y viene determinada por la presencia del gluten en las dietas, tanto un diagnóstico temprano como un seguimiento mantenido por parte del paciente celíaco puede eliminar estas consecuencias y vivir mucho mejor.

6 Bibliografía

- <http://www.scielo.org.co>
- <http://www.scielo.org.co>
- <https://www.medline.com>

Capítulo 399

LACTANCIA MATERNA O LACTANCIA ARTIFICIAL

VERONICA MENENDEZ BARROS

1 Introducción

La lactancia materna es una forma de alimentación que consiste en que un recién nacido se alimente a través de la leche de su progenitora, siendo única y exclusivamente el sustento para el bebe, sin incluir ningún líquido ni sólido durante los seis primeros meses de vida. Podemos decir que este tipo de fuente de sustento para el bebe es la mas antigua. Con el comienzo de la revolución industrial, se produce una gran decadencia de la lactancia materna debido a la introducción de la alimentación artificial,...

La lactancia artificial esta es considerada como un sustituto a la leche materna, es conocida también como lactancia con leche de formula la cual consiste en alimentar al bebe con un producto que se obtiene de la leche de vaca, la cual sufre diversas modificaciones para poder ser similar pero nunca igual a la leche materna.

2 Objetivos

Conocer los beneficios de la lactancia materna y los beneficios de la lactancia artificial.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica existente de la lactancia materna y de la lactancia artificial consultando diversas bases de datos como Scielo, Google y numerosas revistas sanitarias. Se utilizaron los siguientes descriptores: Lactancia materna, Lactancia artificial, Promoción de la salud, Leche

4 Resultados

En la lactancia materna podemos destacar numerosos beneficios:

Beneficios que produce en el recién nacido:

- Este tipo de sustento es una forma ideal de aportación de nutrientes en el recién nacido, los cuales son muy necesarios para obtener así un adecuado desarrollo y crecimiento.
- Esta leche que se le transmite al recién nacido le beneficia por poseer gran poder inmunológico, lo cual hace que este presente menores probabilidades a padecer ciertas enfermedades como pueden ser: diarreas, vómitos, gripes, infecciones de oído y de pecho entre otras.

Beneficios que produce en la madre:

- La madre tiene mayor libertad y puede ayudarle otra persona a darle el sustento al bebe.
- Al realizar la lactancia artificial puede recuperar sus hábitos anteriores con mayor rapidez, como el realizar ejercicio físico, la reincorporación laboral y si en su caso se da volver a retomar sus tratamientos o medicaciones que tomara.
- Reduce el riesgo a padecer depresión postparto, así como también de padecer anemias.
- Ayuda a recuperar la figura de la madre mas rápidamente.
- Facilita el vínculo con el bebe.
- Previene numerosas enfermedades a lo largo, como pueden ser el cáncer de mama y de ovario, así como el riesgo de padecer osteoporosis después de la menopausia.

En la lactancia artificial también podemos destacar sus beneficios:

- El sustento mediante el biberón es más rápido que cuando se da el pecho.
- Este tipo de leche produce mayor saciedad en el recién nacido ya que es mas costosa de digerir que la materna.

- Los recién nacidos que presenten alergias o intolerancias a la leche materna, podrán alimentarse ya que existen numerosas variedades de leche de fórmula en el mercado adaptadas a diversos problemas nutricionales que se puedan presentar.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber realizado la revisión bibliográfica, podemos decir que existen evidencias de que la lactancia materna es más beneficiosa que la lactancia artificial en cuanto se refiere a el recién nacido. Como pudimos comprobar la lactancia artificial nunca podrá ser igual a la leche materna ya que esta es mas natural y la otra es realizada a través de numerosas modificaciones en laboratorios para obtener una leche similar pero nunca igual a la materna ya que la genera el propio organismo de la madre.

6 Bibliografía

1. Figueredo Sonia Fontes, Mattar Maria Jose Guardia, Abrao Ana Cristina Freitas de Vilhena. Baby-Friendly Hospital: prevalence of exclusive breastfeeding at 6 months and intervening factors. Rev. esc. enferm. USP. 2013 Dec [cited 2017 May 02]; 47(6): 1291-1297. Available from: <http://www.scielo.br>.
2. Lopes Soraia da Silva, Laignier Mariana Rabello, Primo Cândida Caniçali, Leite Franciéle Marabotti C. Baby-Friendly Hospital Initiative: evaluation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Rev. paul. pediatr. 2013 Dec [cited 2017 May 02]; 31(4): 488-493. Available from: <http://www.scielo.br>.
3. Alves Cláudia Regina L., Santos Luana Caroline dos, Goulart Lúcia Maria H. de F., Castro Pollyana Ribeiro. Complementary feeding of children in the second year of life. Rev. paul. pediatr. 2012 Dec [cited 2017 May 02]; 30 (4): 499-506. Available from: <http://www.scielo.br>.
4. Dalmau Serra J, Moreno Villares JM. Leches de crecimiento en la alimentación infantil. Acta Pediatr Esp. 2011; 69: 373-8.
5. Agostoni C, Turck D. Is cow's milk harmful to a child's health? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011; 53: 594 -600.
6. Thorsdottir I, Thorisdottir AV. Whole cow's milk in early life. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program. 2011; 67: 29-40.

Capítulo 400

INCONTINENCIA URINARIA EN LA MENOPAUSIA

TAMARA GARCÍA IGLESIAS

YOLANDA GARCÍA DE ISLA

NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE

CRISTINA GUTIERREZ LARGO

1 Introducción

Empecemos por la definición de la menopausia, siendo ésta la etapa de la vida de la mujer caracterizada por el fin de la menstruación, se calcula aproximadamente que son un 90% de mujeres entre los 48 y 54 años las que pasan por esta etapa.

Existen varios síntomas característicos, considerando los más frecuentes:

- Tendencia al aumento de peso, lo que puede elevar el riesgo de diabetes y problemas cardiovasculares.
- Insomnio.
- Sofocos, acompañados de sudoración y palpitaciones.
- Osteoporosis (disminución de la densidad de masa ósea).
- Alteraciones del estado de ánimo, tales como astenia (debilidad), irritabilidad, depresión.
- Disminución de la libido (apetencia sexual) y sequedad vaginal.
- Incontinencia urinaria.

Los casos de incontinencia urinaria se ven aumentados por los cambios hormonales y el envejecimiento muscular que genera la menopausia, cuyo efecto y déficit de estrógenos hace que la vejiga disminuya su capacidad de almacenamiento de orina, dando lugar a unas ganas continuas de ir al baño durante el día e incluso durante la noche (nicturia).

En ocasiones, este aumento de la frecuencia de micciones (orinar) va acompañado de "urgencia", la vejiga no solo ve disminuida su capacidad de llenado, sino que despierta un deseo urgente y repentino de ir a orinar, lo que puede dar lugar a escapes de orina, este tipo de incontinencia urinaria de urgencia va asociada muchas veces a incontinencia de esfuerzo.

La menopausia es un factor de riesgo para padecer problemas de incontinencia de orina, pero no todas las mujeres que pasan por esta etapa la sufrirán.

La incontinencia urinaria es un problema que puede llegar a resultar embarazoso e incómodo para el desarrollo de una vida normal: puede afectar la relación de pareja, limitar la actividad social por miedo a que se produzca en un lugar público, de hecho muchas mujeres lo ocultan por sentirse avergonzadas.

Hay que ser consciente de que la incontinencia urinaria puede tener solución y para ello hay que acudir al médico que nos indicara el tratamiento adecuado.

Algunos aspectos a destacar para mejorar la calidad de vida de la mujer con menopausia son:

- Es importante que la mujer no se avergüence de un estado con los consiguientes síntomas, tan natural por el que tiene que pasar en un momento de su vida y que el resto de la sociedad lo trate con total normalidad.
- El conocimiento de nuestro cuerpo: los diferentes cambios que va experimentando, según crecemos, asociados a las necesidades que van apareciendo. Es una buena base para llegar a la edad adulta sin miedos ni tabues.
- Una buena higiene también es fundamental.
- Realizar más ejercicio físico, acorde con la edad.
- Está demostrado que una buena educación de temas considerados antes "prohibidos", tales como la menopausia, y en su defecto, la incontinencia urinaria hacen que cuando llegue el momento, lo tomemos y afrontemos con total naturalidad.
- Los ejercicios de kegel (contracción de los músculos del suelo pélvico) ayudan a fortalecer los músculos debajo del útero, vejiga e intestino grueso, con la consiguiente mejoría o desaparición de la incontinencia urinaria. Pueden realizarse

mientras se está comiendo, viendo la tele,... No van acompañados de un gran esfuerzo.

- Para las pérdidas de orina, se ha comprobado que el uso de compresas, toallitas húmedas, ... Mejoran la calidad de vida de la mujer menopáusica ya que están elaboradas con productos que inhiben el mal olor, la sensación de humedad y la aparición de infecciones.

2 Objetivos

Conocer e interpretar el estado menopáusico en la mujer y su correlación con la incontinencia urinaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- International Continent Society. Standardisation of terminology of lower urinary tractfunction. Urology 2007; 9:237.
- <https://cuidateplus.marca.com>
- www.centradaenti.es
- <https://abs.bimedia.com>
- <https://www.sanitas.es>
- <https://inforeuma.com>

Capítulo 401

RECOGIDA DE MUESTRA DE HECES

VANESA CAYARGA MARTÍNEZ

LORENA HEVIA GONZÁLEZ

MARÍA PÉREZ BARRIOS

MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS

1 Introducción

Se en tiende por muestras para diagnóstico clínico a cualquier material humano. Este procedimiento debe llevarse a cabo de un modo correcto ya que deben evitarse errores que puedan derivar en un diagnóstico erróneo del paciente.

Nosotros nos vamos a centrar en el estudio microbiológico de los de las heces, que se conocen con el nombre de coprocultivo. Las heces se suelen considerar con un producto de desecho, de lo que queremos deshacernos rápidamente, pero estas pueden proporcionar al facultativo una información muy valiosa sobre posibles problemas de estómago, intestino u otras partes del sistema digestivo. El motivo más común la solicita la recogida de heces es la de detectar la presencia de bacterias y parásitos en el tubo digestivo, aunque también se puede analizar la cantidad de grasa que contienen.

La muestra tiene que ser de heces recientes y la cantidad mínima necesaria tiene que ser de 1 a 2 gramos, en el caso de tratarse de heces formadas, y entre 5 y 10 ml en el caso de que se trate de heces líquidas. Para las muestras se escogerán aquellas partes que contengan sangre, moco o pus.

2 Objetivos

- Realizar un correcto diagnóstico del procedimiento.
- Realizar el seguimiento de una enfermedad ya instaurada.
- Descartar posibles patologías que se creían que pudiera sufrir el paciente.
- Realizar estudios de investigación clínica.
- Aportar herramientas al facultativo para poder diagnosticar y poder prescribir correctamente un fármaco.
- Realizar la recogida de la muestra siempre guardando la intimidad y respetando el pudor del paciente.
- Siempre guardando la mayor asepsia posible para que la muestra no se contamine en ningún momento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hay distintos tipos de envases que podemos utilizar para la recogida de las muestras como pueden ser:

- Frascos boca ancha, de plástico y con tapa de rosca: Estos nos permiten recogerlas sin manipular excesivamente y sin que haya riesgo de que la muestra se contamine. Estos frascos son estériles y ahí diferentes variaciones de frascos, pero los que más nos interesan en este momento son los de recogida de heces, las cuales vienen provistas de una cucharilla para la recogida de las muestras.
- Frascos de boca estrecha: son para muestras cuya recogida sea menos dificultosa reduciéndose la posibilidad de contaminación.
- Hisopo: Se utilizan para la recogida de muestras de orificios naturales, suelen ser transportadas en medios de cultivo, se suelen utilizar más a menudo para la extracción de muestras de heridas.

Otra parte muy importante a tener en cuenta es el transporte de las muestras, las alteraciones que se pueden producir en las muestras en el periodo de transporte y la manera de resolverla:

- Proliferación de la bacteria: a temperatura ambiente es muy rápida, por ello no admite demora, otras en cambio podríamos mantenerlas un tiempo más siempre y cuando las mantuviéramos en el frigorífico.
- Contaminación de la muestra: se puede producir por una mala calidad del envase o por una excesiva manipulación de la muestra, lo que puede acarrear muchos errores a la hora del diagnóstico.
- Pérdida de la actividad biológica del microorganismo: Muchos de estos microorganismos, al extraerla del organismo se mueren, por este motivo debemos evitarlo utilizando sustancias para el transporte que mantengan su viabilidad.
- Diseminación de microorganismos al exterior: Este suele producirse por una mala manipulación, ruptura, extravió etc., tratándose de un material peligroso, por tratarse en gran parte de las ocasiones de microorganismos con alto índice de virulencia. Es muy importante informar al personal que lo transporta, señalando el contenido de los recipientes.
- Transporte para el estudio de anaerobiosis “bacterias que crecen sin oxígeno”: en estos casos debe eliminarse el oxígeno, para lo que se recomienda un tubo que contiene dióxido de carbono. Si esta se obtiene mediante hisopo, el tubo debe estar en las condiciones adecuadas.

Antes de la recogida de una muestra debemos tener en cuenta una serie de cuestiones como pueden ser las siguientes: o Identificación y comprobación del usuario al que se la va a realizar la recogida de la muestra biológica. o El aspecto físico de la muestra que vamos a recoger. o De los impresos y protocolos de petición de la analítica pertinente. o De los materiales y medios que vamos a utilizar. o De los requerimientos y preparación previa del usuario a la recogida de la muestra. o Y de las condiciones especiales si las tuviese, la muestra solicitada. o Muy importante explicarle al paciente lo que se la va hacer y en función de la preparación que pueda requerir la misma, y siempre utilizaremos conceptos que él pueda entender sin dificultad. o Explicarle en qué forma se ha de colocar y que es muy importante su colaboración. o Proporcionar la información que precise respecto a lo que se va a realizar. o Proporcionar siempre al paciente la intimidad necesaria. o Descubrir la zona íntima que precisemos para realizar la recogida de la muestra, y cubriendo la zona restante, guardar siempre el máximo respeto y delicadeza con el paciente. o Ayudar al paciente a que adopte la mejor posición para realizar el procedimiento. o Y si la muestra biológica pudiera ser recogida por el paciente, explicar adecuadamente y proporcionar el material

necesario para ello.

Debemos preparar siempre el material y el equipo necesario para la obtención de las muestras, por lo tanto, debemos reunir todo el material necesario para la obtención de las muestras y comprobar que es adecuado para la muestra solicitada. Siempre debemos cerciorarnos de los materiales se conserven en condiciones de esterilización, antes y después de recoger las muestras, en aquellos casos así se exige. También debemos identificar muy bien los recipientes en los cuales vamos a recoger las muestras biológicas. Y siempre debemos comprobar que la petición de la analítica este bien cumplimentada y con letra legible.

Durante el procedimiento de la recogida de la muestra biológica debemos: o Tranquilizar al paciente si fuese necesario y ganarnos su confianza para obtener su colaboración. o Ayudar al paciente para que adopte la postura más adecuada para la obtención de la muestra. o Cerciorarnos de la posible obtención de la muestra, no precipitarnos si no estamos seguros de poder obtenerla. o Actuar con rapidez y confianza, pero siempre siendo amables con el paciente y mostrando una actitud empática. o Observar al paciente en todo momento durante la obtención de la muestra y actuar de forma adecuada si fuese necesario. o Guardar siempre la intimidad y respetar el pudor del paciente.

Después de la recogida de la muestra biológica, llevaremos las medidas acabo que sean necesarias para que no se produzca ningún riesgo y que el paciente tenga la máxima comodidad. Anotar la información que sean necesaria en el registro. Asegurar siempre el envío al laboratorio de las muestras biológicas en el menor tiempo posible, con los requerimientos indicados y los protocolos y procedimientos necesarios, así como toda la información complementaria.

Dentro de los objetivos perseguidos a la hora de la recogida de muestras de heces o coprocultivo son:

- Determinar sangre oculta en heces: es muy importante tener en cuenta a la hora de una correcta realización de las muestras las siguientes recomendaciones: o No debe comer tres días antes de realizar la recogida de las heces, y durante todo el tiempo que dure esta, los siguientes alimentos: embutidos, picante, frutas, rábanos y tampoco tomates. o Es recomendable tomar una dieta rica en residuos. o Tampoco debe tomar medicamentos que en cuya composición se incluya el ácido acetilsalicílico. o Tampoco debemos tomar vitamina C, ni cualquier alimento que lo contenga. o A la hora de recoger la muestra, se recogerán dos muestras en lugares distintos de las heces, está recogida se realizará en tres deposiciones consecutivas. o Cada muestra se depositará el recuadro de la cartulina

del té que nos ha facilitado anteriormente en el laboratorio. o La mujer durante el periodo menstrual no debe realizar la recogida de la muestra, es conveniente que espere tres días después de finalizar el periodo. o El método Hemocult, es el utilizado para la detección de sangre en las heces.

- Determinación de digestión de principios inmediatos en heces: para la obtención de esta muestra es necesario que el paciente realice la siguiente dieta o régimen alimenticio: o Tres días antes de la recogida de la muestra se deberá añadir a la alimentación normal del paciente, 150 g de carne a la plancha, 100g de mantequilla, 150g gramos de patatas. o Al cuarto día de esta dieta se procederá a la recogida de la muestra en un frasco que se enviará a laboratorio.

La entrega de las muestras se deberá realizar por las mañanas de lunes a viernes antes de la 10:30 y 11.

En el caso de que la recogida se efectúa en horario distinto al anterior se deberá conservar en frigorífico hasta que se envíe a laboratorio.

Debemos tener en cuenta a la hora de valorar o inspeccionar las heces:

- Color: se observa en el color de las heces, si son heces marrones, la situación es normal, si son heces blancas se sospecha de obstrucción biliar, si son heces negras se sospecha de sangre en el tracto superior gastrointestinal, heces rojas, sospechas de sangre en el tracto intestinal bajo, heces pálidas, dieta pobre en carne y por último las heces verdes, se sospecha de infección intestinal.
- Consistencia: en la consistencia de las heces se observa si son, heces formadas y blandas, semisólidas, se trata de heces normales. Si se trata de heces duras y secas se sospecha de deshidratación o falta de fibra en la dieta, si por el contrario se trata de heces líquidas nos encontramos con un cuadro de diarrea, aumento del peristaltismo intestinal.
- Olor: si el olor de las heces es muy fuerte, se sospecha de infección o sangre.

5 Discusión-Conclusión

La recogida de muestras de heces o coprocultivo, son muy importantes a la hora de poder dar un diagnóstico seguro por el facultativo y poder recetar el tratamiento adecuado.

A la hora de realizar la recogida de las muestras es muy importante guardar la privacidad del paciente y nunca producir mal estar a el mismo y se le explicara detenidamente el procedimiento, utilizando palabras que pueda entender.

Se debe recoger la muestra en las condiciones de asepsia adecuadas y siempre siguiendo los pasos necesarios a la hora de la recogida y a la hora de la preparación anterior la recogida prescritas por el facultativo en el volante o informe.

Enviar en el tiempo recomendado siempre bien identificado, con letra legible y si es necesario guardar en el frigorífico . Ayudaremos al paciente siempre que sea necesario a la recogida de la muestra y a obtener la postura indicada para ello.

6 Bibliografía

- www.quirosalud.es
- www.lgs-analisis.es
- www.Salud.mapfre.es
- www.chospab.es

Capítulo 402

EL PACIENTE TERMINAL Y LA IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR POR EL EQUIPO DE CUIDADOS.

MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN

ESTELA SOLEDAD GALÁN GRANDA

MARTA LOPEZ ALVAREZ

1 Introducción

La familia es parte esencial dentro de la medicina paliativa. Ésta contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucciones necesarias por parte del equipo de cuidados, para no influir negativamente en la evolución del paciente.

Para la medicina paliativa, la familia constituye un foco principal de atención, puesto que puede colaborar de forma activa y eficaz en el cuidado del paciente. Durante el periodo de agonía, la familia puede ser más vulnerable y el apoyo por parte del equipo multidisciplinar debe de ser muy significativo para así crear un clima de confianza que les ayude a sentirse confortados y consolados.

2 Objetivos

- Asegurar una clara y adecuada fluidez en la información.

- Reconocer los problemas emocionales , facilitando que sean expresados y compartidos.
- Ayudar a la familia del paciente terminal a actuar sobre lo que es más importante para ellos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos relacionados con ciencias de la salud, haciendo una revisión sistemática de diversas referencias bibliográficas, además de una búsqueda exhaustiva de publicaciones en revistas científicas junto a artículos en la web.

4 Resultados

En una situación límite como es la enfermedad terminal, es función del equipo evitar en todo lo posible las situaciones de tensión en el seno familiar y ayudar a su resolución en el caso de que dicha situación exista. La familia puede colaborar muy activamente en el control de los síntomas, de los cambios posturales, la higiene personal etc. La enfermedad terminal altera la unidad social y la unidad familiar, pudiendo aflorar conflictos internos preexistentes.

La información adecuada, la presencia más o menos explícita de la muerte y la idea de un sufrimiento inevitable, crean una intensa atmósfera de angustia. Las familias, además de cuidar al paciente tienen también la necesidad de ser cuidados y atendidas por el equipo terapéutico para que no claudiquen.

El soporte que el equipo de cuidados suministra a la familia implica el conocimiento e identificación de las múltiples necesidades que ésta puede tener a lo largo del proceso y así ayudar en los siguientes aspectos:

- Las familias saben que están haciendo algo por el paciente. Que no se les ha abandonado médica y psicológicamente, y que se les proporcionara una ayuda profesional para su alivio.
- Aumenta el contacto con el paciente tanto física como emocionalmente, aumentando el tiempo que permanecen con el ser querido.
- Con el apoyo del equipo de cuidados les será más fácil expresar sus sentimientos, tristezas, rabia y temores.
- Las familias tienen que saber que el equipo tiene disponibilidad, comprensión y apoyo . Todo esto tiene como resultado una mayor confianza que unida al

tratamiento terapéutico conseguirá una mejor comprensión en la etapa del duelo.

5 Discusión-Conclusión

Por parte de la familia es difícil de asimilar que el ser querido no pueda beneficiarse de los avances de la medicina y es labor del equipo que atiende al enfermo terminal consolar, promover una buena comunicación y aliviar la ansiedad. Es primordial mantener una comunicación abierta con los familiares, acerca de las alteraciones que puedan ocurrir durante el proceso y responder a las cuestiones y dudas de forma sincera, además de hacerles entender que todas las medidas utilizadas durante el proceso van encaminadas a aumentar el confort del enfermo. Todo ello les ayudara a aliviar su sufrimiento, ademas de conseguir una mayor aceptación de la muerte.

6 Bibliografía

- www.secpal.com https
- <http://scielo.isciii.es>.
- <https://www.economiadehoy.es>
- <https://www.saludcastillayleon.es>
- <https://www.elsevier.es>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com>

Capítulo 403

REHABILITACIÓN EN ESPONDILODISCARTROSIS LUMBAR

MARTA GONZALEZ RUBIO

1 Introducción

Mujer de 63 años que acude a la consulta de rehabilitación, desde la consulta de traumatología, derivada por su médico de cabecera por dolor lumbar de 1 año de evolución, que aparece de forma espontánea y se mantiene en el tiempo.

2 Objetivos

Mostrar como el tratamiento con la rehabilitación física, unido a una buena higiene postural y farmacología en momentos puntuales, pueden mejorar y relanzar los efectos en un diagnóstico tan común.

3 Caso clínico

Mujer de 63 años de edad, que vive en Asturias, es ama de casa y agricultora. Es derivada a la consulta de traumatología desde su médico de cabecera y más tarde a la consulta de rehabilitación, por dolor lumbar de un año de evolución, de aparición espontánea y continuo, que aumenta con la sedestación prolongada, irradiando a miembro inferior izquierdo hasta la rodilla, pantorrilla, talón y dedos, con parestesias en mismo territorio y en ocasiones clínica de claudicación intermitente.

Tras exploración física: obesidad con 103 kg de peso, talla 166, buen equilibrio de hombro y escápula, no báscula pélvica clínica, no retracción de isquiotibiales, dinámica vertebral molesta con inclinación lateral derecha, no disimetría de MII, marcha normal, dificultad de puntillas por dolor y talón normal.

Exploraciones complementarias: HLA B27 negativo, FR25, VSG normal, úrico normal, RX para lesiones óseas, resonancia magnética para examinar nervios y discos y tomografía computarizada para examinar el conducto vertebral.

4 Resultados

Los resultados y la visita a los especialistas diagnostican lumbalgia crónica y espondilodiscartrosis lumbar, cuyo tratamiento se basa en pérdida de peso, adecuada higiene corporal, evitar esfuerzos y sobrecargas, ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad y medicación si precisa.

5 Discusión-Conclusión

La espondiloartrosis es un tipo de artrosis que afecta a la columna vertebral, en la que discos y cartílagos se deterioran, quedando desprotegidos y haciendo que el roce produzca dolor y rigidez.

6 Bibliografía

- <http://www.scielo.org.co>
- <https://www.medline.com>
- Google Académico

Capítulo 404

IMPORTANCIA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD (AP O APS) PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y social mente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación , en todas y cada una de las etapas del desarrollo.

2 Objetivos

Organizar los sistemas sanitarios entorno a un sistema fuerte y centrado en el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Existen dos tipos de asistencia sanitaria:

- Atención primaria
- Atención especializada u hospitalaria, que se incluyen consultas externas.

Una AP polivalente y resolutive puede dar respuesta a pacientes complejos y así considerar la salud un conjunto en el que cooperan con otros servicios socio sanitarios y extra sanitarios.

La Atención Primaria es el mecanismo mediante el cual los países proveen la mejor salud a las poblaciones y personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales y con menores costes.

La AP enmarca una serie de acciones de la salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación o rehabilitación, que deben realizarse desde el nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además debe ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

5 Discusión-Conclusión

La AP, debe ofrecer servicio según las necesidades y dar respuesta en su nivel a la mayoría de la población.

6 Bibliografía

- Gervas JJ Perez Fdez. M M Garcia sagreso P.
- Starfield B. Primary care concept and evolution.

Capítulo 405

PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

FATIMA GAYOL

NATALIA CUERVO CUERVO

SORAYA MORENO CORREA

MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria, cuando las células saludables de la mama empiezan a cambiar y proliferar sin control y tienen la capacidad de invadir tejidos y órganos sanos. Es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, aumentando su incidencia a partir de los 50 años, con un dato realmente preocupante, como es que, 1 de cada 8 mujeres desarrollará cáncer de mama a lo largo de su vida.

El cáncer de mama es una enfermedad biológicamente compleja y con diferentes formas de evolución, viéndose implicados diversos factores de riesgo. Esos factores de riesgo podemos agruparlos en dos grupos: aquellos que no se pueden modificar y aquellos sobre los que sí podemos influir.

Los factores que no podemos cambiar son los aspectos no modificables de una persona como el sexo, la edad, la raza, antecedentes familiares o genéticos, factores hormonales endógenos o enfermedades previas sobre la mama. El ser mujer

es el factor de riesgo más importante ya que tienen una glándula mamaria más desarrollada que los hombres, viéndose incrementado este riesgo para las mujeres de raza blanca. Con la edad el riesgo de padecer cáncer aumenta, diagnosticando un 18% de los cánceres de mama en la década de los 40 y un 77% por encima de los 50 años, disminuyendo levemente a partir de los 75. La exposición prolongada a altas concentraciones de estrógenos también incrementa el riesgo, aumentando con la primera regla antes de los 12 años y con la menopausia después de los 55; se estima que con la extirpación de ambos ovarios antes de los 40 años, se reduciría el riesgo de padecer cáncer de mama en un 50 %. Los factores hereditarios se identifican por la historia familiar, considerándose de riesgo cuando se tienen dos o más familiares de primer grado o de segundo grado en línea materna con cáncer de mama o de ovario; si se tienen familiares con cáncer de mama y ovario simultáneamente; cuando hay familiares varones con cáncer de mama o cuando ese familiar lo desarrolla a una edad anterior a los 50 años. Entre un 5 y un 10% de los cánceres son hereditarios consecuencia de alteraciones genéticas, los más conocidos son el BRC1 y BRC2, siendo de un 80% las posibilidades de desarrollar cáncer de mama en aquellas mujeres que sufran mutaciones en dichos genes. También las mujeres que hayan tenido un cáncer de mama con anterioridad, tienen más riesgo de padecer un cáncer de mama contralateral.

Pero existe otro grupo de factores de riesgo que si podemos modificar y por lo tanto reducir el riesgo de padecer un cáncer de mama. Son aquellos relacionados con la dieta, el ejercicio físico, la descendencia o factores hormonales exógenos. Una dieta rica en fruta, vegetales y aceites de oliva y soja, disminuyen el riesgo, mientras que el consumo de alcohol lo aumenta de forma proporcional a su ingesta. La obesidad y el sobrepeso incrementa el riesgo, especialmente en mujeres posmenopáusicas, mientras que el ejercicio físico regular lo reduce. Fumar antes de tener hijos, especialmente en la adolescencia, incrementa el riesgo ya que sus agentes cancerígenos actúan directamente sobre las células mamarias que todavía no han alcanzado la madurez que llega con los embarazos. Aunque no todos los tratamientos tienen riesgo, la terapia hormonal para los síntomas de la menopausia aumenta el riesgo, sobre todo en tratamientos prolongados. En cuanto a la descendencia, las mujeres que no tienen hijos tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de mama, disminuyendo en aquellas mujeres con múltiples embarazos, siendo beneficiosa la lactancia materna cuando se realiza de forma prolongada durante 1,5 a 2 años. La edad del primer embarazo también influye, disminuyendo el riesgo cuanto más temprano se produzca.

La prevención se debe dirigir a luchar contra las causas del cáncer de mama con

el objetivo de reducir su incidencia, siendo la detección precoz la piedra angular de este tipo de cáncer, a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia, ya que desde que se inicia el desarrollo del cáncer de mama hasta que este es detectable pasan varios años.

La quimioprevención se puede definir como la intervención mediante agentes químicos, antes de la presentación de un tumor, con el objeto de evitar o detener la carcinogénesis, previniendo el daño en el ADN. Debe dirigirse a poblaciones diana que agrupan a mujeres con riesgo incrementado. El tratamiento estándar es el Tamoxifeno, siendo muy importante que los riesgos y los efectos secundarios sean considerados de forma individualizada, presentando los modelos de riesgo a los pacientes. El modelo predictivo de riesgo más utilizado es el de Gail, que determina el riesgo de desarrollar cáncer invasivo de mama a 5 años y que utiliza 5 factores: edad actual, edad de la menarquía, biopsias previas en la mama, edad del primer parto de hijo vivo e historia familiar de cáncer de mama en parientes de primer grado. Un resultado de riesgo de 1,66 % o superior, se relaciona con riesgo elevado de cáncer de mama y es de considerar para realizar estrategias de quimioprevención.

La autoexploración mamaria no es un método de cribado eficaz, si bien entendido como un hábito higiénico rutinario, puede ser recomendado una vez al mes, especialmente adecuada para el grupo de mujeres asintomáticas, a quienes tal práctica no le suponga una sobrecarga emocional. La exploración de la mama realizada por un profesional, se realizará de forma minuciosa, entre 5 y 15 minutos, se considera una técnica complementaria de la mamografía, siendo recomendable su práctica anual para toda mujer asintomática a partir de los 35 años, incrementando su frecuencia en las mujeres de alto riesgo.

Pero la técnica más eficaz para detectar precozmente el cáncer de mama es la mamografía, la cual consiste en realizar una radiografía de las mamas capaz de detectar lesiones en estadios muy incipientes de la enfermedad, hasta dos años antes de que sean palpables, permitiendo detectar el 90 % de los tumores. Una mamografía puede utilizarse con fines de detección o de diagnóstico en la evaluación de un bulto en una mama. La mamografía de detección se utiliza para detectar cambios en las mamas de mujeres asintomáticas. La recomendación más generalizada es la mamografía de cribado para las mujeres de 50 a 69 años, con una frecuencia de 2 años.

En mujeres entre los 40 y 45 años sería aconsejable sólo en el caso de existencia de factores de riesgo elevado como el genético. Ya que la mamografía es menos sensible en las mujeres con mamas densas, como es el caso de las mujeres jóvenes.

Las mamografías de diagnóstico, se utilizan para investigar cambios sospechosos en las mamas, un nuevo bulto, dolor, aspecto inusual de la piel, secreción por el pezón, o para evaluar hallazgos anormales en una mamografía de detección, ya que consta de imágenes de mamografía adicionales.

2 Objetivos

- Establecer como objetivo prioritario el diagnóstico precoz, tanto en el ámbito individual como poblacional.
- Promover unos hábitos de vida saludable.
- Concienciar sobre la importancia del examen de las mamas en la prevención del cáncer de mama.
- Educar a la población sobre los principales factores de riesgo para el cáncer de mama.

3 Metodología

Se establece una revisión bibliográfica en Google Académico utilizando para ello las palabras clave “cáncer de mama”, “prevención”, “detección precoz”; recopilando información de diferentes páginas web y publicaciones científicas tanto nacionales como internacionales, desechando aquellos artículos que no tenían acceso libre al texto completo y aquellos que estaban en otro idioma distinto al español.

4 Bibliografía

- <http://www.cancer.gov/español/tipos/seno/pro/prevención-seno-pdq>
- <https://www.cancer.gov/español/tipos/seno/paciente/deteccion-seno-pdq>
- <https://pixabay.com/>
- <https://www.aecc.es/>
- <https://mejorsincancer.org>
- J.F. Carmeselle Teijeiro, M.E. Cortizo Torres, A. López Tousa, M. Gómez Cuñaro, L. Pousa Estévez y A. Senra Varela. Prevención del cáncer de mama en atención primaria. Atención primaria, Vol.26. Num 6, 15 de octubre 2000.
- Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones de prevención del cáncer. Aten. Primaria. 2014; (supl 4):24-41.

- M. Marzo-Castillejo, P. Alonso-Coello y M.A. Nuin-Villanueva. Evidencia en medicina de familia. ¿Cuándo comenzar el cuidado del cáncer de mama? Localizador web, artículo 61.817.

Capítulo 406

CALIDAD DE VIDA EN LA MENOPAUSIA

MARTA LOPEZ ALVAREZ

MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN

ESTELA SOLEDAD GALÁN GRANDA

1 Introducción

La menopausia es una etapa de la vida significativa en la mujer. La calidad de vida en este periodo representa un desafío para la mujer, los instrumentos para su valoración complementan de forma necesaria la evaluación médica.

Una alimentación sana y equilibrada es determinante durante la menopausia, resulta fundamental concienciar a las mujeres de la importancia de su alimentación y estilo de vida en esta etapa. La menopausia se considera como el periodo establecido posterior a 12 meses consecutivos de amenorrea, donde el ovario deja de producir hormonas.

Durante esta época se llega al cese definitivo de reproducción de la mujer y secundario a la disminución de la secreción hormonal por pérdida de la función folicular, que se encuentra asociado a un conjunto de cambios físicos y emocionales.

Esta etapa se caracteriza por gran variedad de manifestaciones clínicas que se pueden manifestar como:

- Atrofia uro-genital.

- Síntomas vasomotores.
- Cambios en el estado de ánimo y un mayor riesgo de enfermedad de Alzheimer, que puede afectar significativamente al desempeño laboral, a la estabilidad emocional de la mujer por lo que repercute en la calidad de vida.

La mujer pasa por tres fases:

1. Premenopausia: Periodo reproductivo anterior a la menopausia.
2. Perimenopausia: Etapa en la que comienza a producirse los efectos biológicos, clínicos y endocrinológicos que se acercan a la menopausia. Comprende hasta el primer año posterior a que haya comenzado la menopausia.
3. Posmenopausia: Periodo que comienza desde la última menstruación hacia adelante.

El estilo de vida repercute, por lo que debemos procurar:

Evitar el sedentarismo, promover la actividad física, si la mujer mantiene una vida activa y realiza deporte varias veces a la semana, obtiene unos beneficios como prevenir la osteoporosis, la diabetes y disminuir el riesgo cardiovascular. Es beneficioso caminar, nadar, hacer ciclismo.

Evitar el consumo de tabaco, puesto que está relacionado con la disminución de estrógenos. Una mujer fumadora puede adelantar la menopausia hasta en tres años respecto a las no fumadoras, además de empeorar la osteoporosis y aumentar riesgo de fracturas óseas.

Mantener una dieta rica en calcio y sus derivados. Tener una dieta rica en fibras, frutas, vegetales y pescados para prevenir enfermedades digestivas y cardiovasculares. Ingerir 2,5 litros de líquidos al día, para hidratar la piel y mejorar el funcionamiento renal. Moderar el consumo de alcohol, café, exposiciones al sol. No automedicarse hormonas, informarse con un profesional, buscar siempre el consejo y orientación del médico.

Los principales síntomas que experimenta la mujer son:

- Cambios en la figura corporal, incremento de grasa corporal, aumento de peso. Estos cambios pueden llegar a producir Diabetes.
- Insomnio y sofocos, son los principales síntomas y que pueden alargarse varios años. La mujer empieza a tener calor y ansiedad acompañados de sudoración y palpitaciones. El insomnio está relacionado con los sofocos.
- Ciclos irregulares en la etapa previa a la menopausia, el último aviso para la mujer de la llegada a esta etapa de la vida.
- Osteoporosis, la descalcificación de los huesos, pérdida de masa ósea.

- Alteraciones en el estado de ánimo, cansancio, falta de concentración y energía, irritabilidad, ansiedad.
- Sequedad vaginal, disminuyen los estrógenos, lo que hace que disminuya la secreción vaginal, lo que puede provocar coitos dolorosos.

2 Objetivos

Conocer los aspectos relacionados con la calidad de vida de la mujer menopausica.

3 Metodología

Búsqueda de artículos de investigación, con el uso y combinación de palabras clave, como Salud en la mujer, menopausia, calidad de vida.

Revisión sistemática de diversos referencias bibliográficas y búsqueda de revistas científicas y publicaciones en la web.

4 Resultados

Tener hábitos saludables durante la perimenopausia y la menopausia no solo mejoran la calidad de vida en ésta etapa, sino que influye positivamente sobre la salud de la mujer el resto de su vida.

La mujer en esta etapa experimenta muchos cambios. A veces suelen controlarse con una buena calidad de vida, buenos hábitos alimenticios, ejercicio, etc., cuando esto no resulta suficiente se puede recurrir a tratamientos hormonales, pero siempre controlados por un médico

5 Discusión-Conclusión

La menopausia constituye una etapa fisiológica de transición a una nueva situación biológica. La edad de aparición de la menopausia ronda los 49,3 años. Los tratamientos hormonales debe de utilizarse solo cuando exista una indicación clara para su uso. La indicación de un tratamiento prolongado debe ser revisado anualmente y requiere de una vigilancia de la paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es>
- <https://scielo.conicyt.cl>
- <https://www.portalfarma.com/>

Capítulo 407

EL ENVEJECIMIENTO HUMANO ACTIVO Y SALUDABLE

MARÍA VANESA DÍAZ GONZÁLEZ

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

1 Introducción

El envejecimiento no es una enfermedad; es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos, en interacción continua con la vida social, económica y cultural con el transcurso del tiempo, que normalmente provoca una disminución de la autonomía personal.

2 Objetivos

- Evaluar en contexto sociodemográfico global en referente al envejecimiento poblacional activo y saludable.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos (Cuiden y Pubmed), empleando como descriptores las palabras claves mencionadas con anterioridad. No obstante, también se ha buscado información en otras fuentes, como libros, revistas científicas, páginas web, etc.

4 Resultados

- Se prevé que el envejecimiento sucesivo de la de la población mundial mayor de 65 años alcanzará en el año 2040 los 1300 millones, se evidencia que será 14% de la población total. Se predice que las personas con 65 o más años superarán pronto a los niños menores de cinco años. Lo que preocupa no es el exceso de población mundial sino la gran cantidad de población envejecida. Las personas mayores con 80 o más años, son los que más están aumentando y con ello el aumento de la esperanza de vida. Conjuntamente, esta población podría aumentar un 233% entre 2008 y 2040, es por ello importante establecer medidas que favorezcan el envejecimiento saludables.

5 Discusión-Conclusión

Se establece un desafío para los países involucrados, ya que con el aumento mundial actual de las personas mayores se observan alteraciones de la pirámide poblacional además de la repercusión en el impacto social y económico. Es necesario conocer de forma global y completa la evolución del envejecimiento en su verdadera magnitud. Porque gracias a este entendimiento, será posible implementar medidas más acordes a las necesidades, y de este modo se consiga una favorable solución en los aspectos personales, sociales y de salud, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez.

6 Bibliografía

- OPS. El envejecimiento saludable y activo y los derechos humanos de las personas mayores. Disponible en: <http://www.vejezyvida.com>
- Recuperado: <http://scielo.sld.cu>

Capítulo 408

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

SILVIA MEANA GOMEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS

1 Introducción

El TCAE tiene como objetivo proporcionar una atención óptima a los pacientes pediátricos y satisfacer sus necesidades y expectativas mediante la prestación de unos cuidados de enfermería especializados, con la máxima calidad y seguridad basados en el modelo de Virginia Henderson: una atención integral, a través de acciones de apoyo en la enfermedad y la muerte, de protección y fomento de la salud, y ayuda en la reincorporación del individuo a la sociedad.

2 Objetivos

- Identificar y explicar las funciones del TCAE en el área de pediatría, distinguiendo actividades asistenciales, de apoyo y de relación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las actividades llevadas a cabo por los TCAE se dividen en 3 grupos: asistenciales, de apoyo y de relación:

1. Actividades asistenciales:

- Llevar a cabo el protocolo de ingreso.
- Realizar todas actividades encaminadas a la satisfacción de las necesidades de nutrición.
- Realizar todas las actividades encaminadas a satisfacer todas necesidades de higiene y confort.
- Peso diario en lactantes menores de un año o por prescripción médica, antes del desayuno.
- Hacer la cama del paciente, de forma adecuada, a fin de evitar pliegues o maceramientos en la piel y promoviendo el confort del mismo.
- Limpieza diaria de cunas de lactantes y aparatos.
- Cambio de tubuladuras de nebulizadores, limpieza diaria de caudalímetros de oxígeno.
- Colaborar en la preparación de pacientes para quirófano u otras exploraciones.
- ☒
- Realizar todas aquellas tareas encaminadas a satisfacer las necesidades de seguridad física: dotar y/o poner barandillas para camas a los pacientes si precisan. En ausencia de los familiares del paciente pediátrico, vigilar la seguridad e integridad física, alimentación.
- Colaborar en la movilización funcional de los pacientes.
- Colaborar en la medida de lo necesario con la enfermera.
- Realizar todas aquellas actividades encaminadas a satisfacer las necesidades psicológicas del paciente y su familia.
- Ayudar a bien morir, colaborando en la creación de la atmósfera necesaria para su tranquilidad y mantenimiento de dignidad.

- Colaborar en los cuidados post-mortem.

2. Actividades de apoyo:

- Realizar actividades encaminadas a la asistencia indirecta del paciente: recoger y colocar el pedido de lencería, reparación de los carros y material necesario, retirada y entrega de ropa sucia, recibir y colocar el pedido de farmacia; entregar, recoger y ordenar el material de esterilización, mantener/colaborar en la conservación de los utensilios y aparataje.
- Realizar actividades de limpieza, mantenimiento y conservación: limpieza y ordenación del material y utensilios de farmacia, biberones, material clínico, utensilios de eliminación o drenaje, limpieza y ordenación de cuartos de curas y cuartos sucios, así como su reposición.
- Realizar todos los trámites clínicos, burocráticos o administrativos encaminados a apoyar la asistencia directa o indirecta del paciente.

3. Actividades de relación:

- Acoger al paciente a su ingreso y dotarlo de los enseres necesarios.
- Colaborar en la satisfacción del ocio del paciente, a fin de crear un clima humano y agradable.
- Comunicar a la enfermera o supervisora todos aquellos signos o datos observados, o comunicados por el paciente.
- Recibir información de la enfermera respecto al plan de cuidados.

5 Discusión-Conclusión

Las diversas funciones que tiene el TCAE son amplias y de mucha importancia para que el servicio sanitario al paciente pediátrico sea posible. Además, para cumplir sus funciones, debe de contar con un buen grado de amabilidad y empatía, especialmente al tratar con niños, así como tacto y delicadeza. Es importante que los profesionales tengan vocación ya que tratan con personas que necesitan su ayuda tanto física como psicológicamente.

6 Bibliografía

- Opolanco [Internet. Presentación de la unidad de enfermería de Pediatría. Hospital Obispo Blanco. Teruel. [citado 29 de Diciembre 2019].
- Cfireinaisabel.com [Internet]. Importancia del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Granada. 2018. [citado 29 de Diciembre 2019].

Capítulo 409

CUIDADOS POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA A LAS PERSONAS CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

1 Introducción

Las úlceras por presión es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a la zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos.

Éste tipo de lesiones aparecen principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tienen una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, el aumento de días hospi-

talizados lo que lleva asociado aumento de gasto de material y aumento en los cuidados por parte del personal de enfermería.

¿Por qué se producen?:

- Por presión: El peso del cuerpo aprieta los tejidos entre la cama y el hueso. La presión ejercida de forma perpendicular, entre la piel y las prominencia óseas.
- Fricción: Al subir al paciente hacia la cabecera arrastrándolo. Presión ejercida paralelamente al paciente sobre un plano duro o semiduro. Ocasionando erosiones por el movimiento o arrastre del paciente.
- Deslizamiento: Cuando el paciente está sentado y el paciente se va resbalado poco a poco.

Planos donde aparecen las úlceras por presión:

- Decúbito dorsal: talones, sacro, codos, omóplato, cabeza
- Decúbito lateral: maleolo, cóndilo, trocanter, costillas, acromion
- Decúbito prono: dedos de los pies, rodillas, genitales hombres, mamas mujeres, acromion, mejillas.

2 Objetivos

Los objetivos a conseguir son los siguientes:

- Mantener la piel limpia y seca
- Utilizar jabones neutros o sustancias limpiadoras con potencial bajo irritante.
- Cambiar de posición cada dos horas.
- Utilice almohada y productos que alivien la presión.
- Examinar a diario el estado de la piel (durante el aseo, cambios posturales, etc) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o indicaciones.
- Registrar el estado de la piel (el estado de hidratación, eritema, maceraciones fragilidad, calor, lesiones)
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de Romero, tanino, colonias, etc)
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (corpitol, linovera o mepentol) o emulsión cutánea suavizante (epaderm) procurando su completa absorción con un masaje suave.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencia óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión las zonas más susceptibles de ulceración son el sacro, los talones, los codos y los trocanter, proteger

las prominencia óseas aplicando un apósito hidrocoloide, productos barrera o espumas de poliuretano y o taloneras con velcro.

3 Metodología

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de material publicado entre los años 2010 a 2019 incluidas en las bases de datos, revistas médicas, etc, teniendo en cuenta para ello los siguientes parámetros:

- Descriptores y palabras clave: úlceras por presión, cambios posturales, paciente encaminado, cizallamiento.
- Criterios de inclusión: artículos con texto completo en español.
- Criterios de exclusión: artículos anteriores de 2010.
- Operadores boléanos: AND Y OR.

4 Resultados

Dado que las úlceras por presión son un problema de salud pública, sería muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las upp. La gran mayoría de ellas podrían ser evitadas con la aplicación de un protocolo de prevención, por eso, cada vez más las upp están teniendo consecuencias legales, ya que el hecho de que un paciente entre por una patología determinada en el hospital y deba prolongar su estancia debido a la aparición de una lesión de este tipo lleva cada vez más a los familiares a denunciar la falta de cuidados adecuados para prevenir las úlceras por presión.

Es importante tener en cuenta que la prevención no es sólo el a nivel hospitalario sino también es necesario implantarlo en el propio domicilio del paciente cuando sus condiciones así lo precisen.

Cuando se han desarrollado éstas lesiones es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que sigan apareciendo.

Las lesiones se clasifican en grados. Hay cuatro grados y son:

- Grado 1: la piel no está dañada, pero el enrojecimiento no se torna blanco al tocarlo.
- Grado 2: el daño afecta a la epidermis, la dermis, o a ambas. Clínicamente el daño aparece como una abrasión o ampolla. La piel circundante puede estar enrojecida.

- Grado 3: el daño se extiende por todas las capas superficiales de la piel, del tejido graso, hacia el músculo e incluyendo a éste. La úlcera aparece como un cráter profundo.
- Grado 4: el daño incluye la destrucción de todas las estructuras de tejido blando y de las estructuras óseas o articulares.

Cualquiera puede desarrollar una upp pero las personas mayores, los confinados en la cama, las paralizadas y las mal alimentadas tienen mayor riesgo. Una herramienta utilizada para determinar quién es más propenso es la escala BRANDEN. Ésta puntúa 6 subescalas que evalúan:

- Percepción sensorial
- Humedad
- Actividad física
- Movilidad
- Alimentación
- ricción y cizallamiento

5 Discusión-Conclusión

En España la prevalencia de las úlceras por presión en la población hospitalaria es de 8,24%. Se estima que el 95% de las úlceras por presión son evitables, por lo tanto el esfuerzo debe ir encaminado a la puesta en práctica de medidas de prevención. No obstante también es necesario aumentar el conocimiento en el tratamiento de las upp para abarcar aquellos casos en los que la úlcera ya se está desarrollando.

Dada la complejidad en la prevención y tratamiento es necesario la colaboración de todas las personas que velan por la salud del paciente: personal sanitario, docentes, investigadores, gestores, empresas farmacéuticas, así como la implicación del paciente y familia. De todo ello cabe destacar el papel del personal de enfermería tanto en el tratamiento como en la prevención.

6 Bibliografía

- wwwelsevier.es ulcerasporpresion
- www.guía.de.practica.clínica para la prevención y el tratamiento de úlceras por presión del servicio andaluz de salud
- wwwbraun.es úlceras por presión

- www.medicinplus

Capítulo 410

CUIDADOS DEL TCAE EN LAS ENFERMEDADES MENTALES ACTUALES

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

1 Introducción

Existen una gran variedad de trastornos mentales cada un de ellas con manifestaciones distintas. Normalmente se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con nuestro entorno. Una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida, siendo en la actualidad la causa del 40% de las patologías crónicas y del 30% de discapacidad que se produce en España. Esto supone un gran impacto desde el punto de vista asistencial como humano. Aunque se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria de las enfermedades mentales, es importante conocer las actuaciones, procedimientos y asistencia del personal sanitario que atiende estos pacientes para mejorar la eficacia que contribuirá a mejorar la salud y la calidad de vida de los enfermos.

2 Objetivos

Explicar los programas de actuación del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería integrado en los servicios de Salud Mental, aplicando los cuidados según las necesidades del paciente con trastornos psíquicos. Actuación Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería en urgencias psiquiátricas que incluyen:

- Cuadros de agitación psicomotriz.
- Cuadros delirantes con afectación de la realidad.
- Cuadros depresivos con un componente de ideación suicida.
- Episodios confusionales con desorientación temporoespacial, pérdida del contacto de la realidad y alucinaciones.

3 Metodología

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de material publicado por la Organización Mundial de la Salud, revistas médicas e informes médicos-científicos teniendo en cuenta los siguientes parámetros: Síndrome confusional, depresión, enfermedad mental, alteración de conciencia, urgencias y terapia conductual. Criterios de inclusión. Artículos con texto completo en español e inglés.

4 Resultados

La agitación psicomotriz se define como un estado de marcada excitación mental acompañada de un aumento inadecuado de la actividad motora en grado variable, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado, en ocasiones es manifestación de una enfermedad médica y en otros es signo de ansiedad extrema y en otra expresión de un trastorno mental subyacente.

Ante un paciente con agitación psicomotriz el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá efectuar una serie de medidas para evitar lesiones en el paciente hasta que esté sedado, colaborando con el personal de enfermería, siguiendo las indicaciones médicas.

Deberá informar de las medidas a tomar y explicar la finalidad a fin de evitar lesiones. Aplicará la sujeción mecánica si se precisa siempre en ambas manos y pies, no dejando las extremidades libres hasta su sedación. Colaborará con la enfermera en la aplicación del tratamiento prescrito. Informará a los servicios auxiliares del nuevo ingreso. Proporcionará alimento al paciente y garantizará

su seguridad, teniendo un control permanente durante el cuadro esencial de agitación, así como detectar signos o síntomas que puedan surgir (convulsiones, cianosis, fiebres altas, contenidos delirantes y dolor). Es importante registrar y comunicar la información obtenida de la observación del paciente al enfermero y al médico.

Cuadros delirantes:

- Agitación psicomotriz acompañada con alteración a nivel de conciencia. Es un proceso psicótico donde el paciente “vive una realidad distinta a la nuestra” pudiendo tener reacciones bruscas, violentas o inesperadas.
- Ante esta situación es importante no debatir ni discutir sobre su delirio porque los razonamientos sobre él no sirven para nada. Por el contrario, centrar y ubicar al paciente en quién es, dónde está; conocernos por el nombre y conocer el servicio dónde está ingresado es beneficioso.
- Evitar las situaciones de riesgo al suministrar cubiertos potencialmente peligrosos.
- Es importante ocupar el tiempo del ingreso del paciente en actividades sobre todo de tipo manual o físico y en menor medida en actividades intelectuales.

Cuadros depresivos.

La depresión es una enfermedad frecuente, se distingue por las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades escolares, laborales y familiares.

Un paciente que presenta un cuadro depresivo pasa por una etapa de dolor y desesperanza ante la vida que en muchos casos le lleva a pensar en el suicidio como única salida a la situación.

La depresión reactiva o exógena está ligado a una serie de hechos frustrantes que le han ocurrido al paciente en su vida.

En la depresión endógena, el cuadro depresivo va unido a una nula autoestima, una negación total hacia todo, donde los razonamientos sirven de poco.

Los pacientes depresivos suelen hablar poco, pero aún así es importante que se sientan escuchados. La labor del Auxiliar de Enfermería no debe incluir la investigación del caso ni realizar preguntas relacionadas con el tema. La prevención de lesiones es una de la función principal más importante, controlando todo lo que

pueda ser nocivo (objetos cortantes, cubiertos, cristales de gafas, lejías, jabones, antisépticos, ventanas, tomas de corriente, cinturones, etc.).

El paciente debe entender nuestro respeto por su estado, pero también por su vida y que estas medidas están destinadas a preservarla. Hay muchas más formas de suicidio que medidas podamos tomar, por lo que la medida más eficaz es nuestra presencia a su lado. Es importante potenciar los pequeños logros del paciente haciéndole darse cuenta de sus promesas.

Episodios confusionales

Son de carácter orgánico, dándose en demencias de abusos de tóxicos, afectaciones neurológicas graves. El paciente no sabe dónde se encuentra, tanto en espacio como en tiempo, pueden existir pérdidas de memoria o cierta obnubilación en la conciencia, falsos reconocimientos de la persona e incluso alucinaciones. En estados confusionales graves, en estados agudos, a veces es necesario recurrir a la sujeción mecánica hasta que el paciente se tranquilice.

En casos más leves que el paciente pueda deambular por el servicio tendremos cuidado de quitar los obstáculos y ejercer un cierto control de las duchas por el riesgo de caídas. Es esencial el control de las constantes, la ingestión sobre todo de líquidos, las eliminaciones y observar los cuidados de hábitos alimenticios e higiénicos. Fomentar el contacto con sus familiares y amigos de forma que le sea más fácil recordar.

Es importante detectar cualquier síntoma, ya que los cuadros confusionales pueden ir ligados a diversos cuadros orgánicos y ponerlo en conocimiento de la enfermera y el médico. El objetivo de las terapias conductuales es la extinción o reducción de una conducta inapropiada que perjudica al sujeto o bien la implantación de una conducta deseable que no estaba presente en su comportamiento anterior.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos mentales en el mundo está en aumento, entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentra el personal sanitario capacitado, la evaluación clínica inexacta u erróneo no siendo diagnosticada correctamente.

Aunque existen tratamientos eficaces para las enfermedades mentales se necesita una respuesta integral coordinada para que los profesionales sanitarios puedan

ofrecer tratamientos psicológicos, farmacológicos, incluyendo las terapias conductuales. De esta manera, permitirían aliviar el sufrimiento que causan en la actividad, mejorando así la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.who.int/topics/mental>.
- Trastornos mentales Organización Mundial de la Salud 2019
- Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes 2009.
- INESME – Instituto de Estudios Médicos Científicos
- <https://consaludmental.org>
- Manejo inicial del paciente agitado. emergencias.portalsemes.org. Emergencias 2009, 21 ; 121-132.
- Atención del Auxiliar de Enfermería al paciente de Salud Mental 2007.

Capítulo 411

CUIDADOS ESPECÍFICOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON ÚLCERAS DE PRESIÓN

NATALIA NORIEGA LOREDO

ESMERALDA MEANA PIÑERA

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión se definen como toda lesión en la piel producida cuando se ejerce una presión, fricción o cizallamiento sobre un plano duro o prominencia ósea provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel, lo que nos produce una degeneración rápida de los tejidos, porque cuando las células están privadas de oxígeno y nutrientes se mueren. Es decir la úlcera o escara es la herida en forma de costra negruzca parda, producida por la mortificación y necrosis de los tejidos.

La aparición de úlceras por presión es muy frecuente en pacientes encamados y constituye uno de los problemas que con frecuencia se observa en pacientes y

personas malnutridas como resultado de la inmovilización.

Están producidas por la presión continua del tejido sobre planos duros que conllevan a una muerte celular por necrosis.

Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, como puede ser el nivel de salud de quien las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores y la dificultad de su recuperación.

Son un problema real que afecta a miles de personas en el mundo. Clasificación de grados de úlceras por presión:

- Estadio I: presenta un eritema o piel rosada, con piel íntegra que no desaparece al retirar la presión y nos anuncia el principio de la úlcera.
- Estadio II: en esta fase afecta epidermis o dermis o a ambas, hay una disminución del tejido cutáneo, en ella aparece flictena, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III: afecta a la dermis, epidermis y tejido subcutáneo, pérdida total del grosor de la piel acompañado de lesión o necrosis del tejido subcutáneo, en este momento aparece la escara.
- Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido, o lesión en músculo, huesos, tendón, nervios pueden complicarse con graves infecciones y aparición de grandes cavernas.

2 Objetivos

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería como objetivos debemos de tener:

- Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión.
- Mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a pacientes con úlceras de presión o con situación de riesgo a desarrollarlas.
- Proporcionar conocimientos para colaborar y mantener un buen estado de la piel, ayudando a eliminar o disminuir la presión y vigilando el estado nutricional del paciente.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se ha llevado a cabo un búsqueda en distintas páginas webs y artículos científicos.

4 Resultados

Es importante establecer un buen plan de cuidados y tener en cuenta factores de riesgo que favorecen la aparición de las úlceras por presión siendo los más importantes:

- La inmovilidad
- La incontinencia
- Déficit nutricional
- Bajo aporte hídrico
- Deterioro cognitivo

Factores de riesgo asistenciales:

- Ausencia de recursos
- Protocolos de actuación
- De formación de profesionales
- Educación de pacientes y familiares

Debemos de saber que presión más tiempo siempre es igual a úlcera. Fuerzas responsables de la aparición de úlceras por presión:

- Presión: fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo, (prominencias óseas) y el plano externo (sillón, cama...)
- Fricción: fuerza tangencial, que actúa paralelamente a la piel, produciendo roce por movimiento, tracción o arrastre. En el paciente sentado o encamado el roce con las sábanas o superficies rugosas producen fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones a la hora de arrastrar al paciente.
- Cizallamiento: combina los efectos de fricción y presión. La posición de Fowler puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

Procesos de formación de las úlceras por presión:

- Fase eritematosa: la piel aparece blanda y enrojecida, sintiéndose escozor en la zona.
- Fase escoriativa: aparición de erosión y/o flictena.
- Fase necrótica: en este estado la necrosis va profundizando, afectando al tejido conjuntivo, muscular y más tarde al óseo.

Localización más frecuente según las zonas de apoyo:

- En decúbito supino o dorsal: talón, sacro, región glútea, espina dorsal, omoplatos, codo, cabeza y nuca. El sacro soporta la presión máxima.

- En decúbito lateral: borde externo del pie, maléolos, cóndilos, trocánter, hombros, acromion y orejas.
- En decúbito prono: desde los pies, rodilla, espina ilíacas, genitales en hombros y mamas en mujeres, costillas, acromion, mejillas, orejas y codos.
- En posición sentado: omóplatos, sacro, isquion, zona poplíteica y pies.
- En posición Fowler
- En posición Fowler: talón, sacro, tuberosidad isquiática y codos.
- Úlceras yatrogénicas: boca por tubos endotraqueales, nariz por mascarillas de oxígeno, meato urinario por sondas vesicales...

Medidas preventivas que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería debemos de llevar a cabo para la prevención de las úlceras por presión:

- Lesión por presión: colocación de colchón de aire alternante para pacientes con riesgo moderado o alto. Empleo de ácidos grasos hiperoxigenados en prominencias óseas y puntos de apoyo cada 8/12 horas. Cambios posturales cada 4 horas si alto riesgo y cada 6 horas si riesgo moderado. Utilización de espumas locales confortables en talones y codos. Alivio de presión con almohadas y cojines.
- Por dermatitis asociadas a la incontinencia: cambio de dispositivo cada vez que haya humedad. Empleo de películas barrera no irritantes. Empleo de cremas barrera de óxido de zinc.
- Lesiones por fricción o cizalla: utilización de apósitos hidrocoloides extrafinos para limitar fricciones. Correcta movilización y cambios posturales. Cuidados específicos a pacientes con úlceras por presión por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería: en las unidades de hospitalización, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería junto con las enfermeras con el colectivo sanitario que tienen un trato más directo con el paciente, siendo los que más tiempo pasan con el paciente dependiente cubriendo las necesidades terapéuticas, preventivas y de educación sanitaria. Por eso los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería deben brindar unos cuidados específicos como:
 - Examinar la piel del paciente mínimo una vez al día haciendo hincapié en prominencias óseas y zonas expuestas a humedad.
 - la piel debe de estar siempre limpia y seca, usando jabones neutros.
 - Evitando la fricción cuando se realice el secado.
 - No usar alcoholes sobre la piel porque la reseca y disminuye la microcirculación.
 - Aconseja usar ácidos grasos en puntos de apoyo donde hay más riesgo de úlceras.
 - Usar colchones alternantes
 - Usar cojines viscoelásticos y almohadas
 - Uso de camas bariátricas

- Cambios posturales cada 2/3 horas y si el paciente puede moverse debería de cambiar de postura cada 15 minutos
- Una buena alimentación, ajustando la dieta a sus necesidades e incluso incluyendo suplementos nutricionales si lo precisara.

En los últimos 50 años la investigación sobre cicatrización (Winter 1962, Haibach 1963) propinó el nacimiento de la “cura en ambiente húmedo” que está basada en el uso de productos que generan y mantienen el lecho de la herida un ambiente húmedo que fundamentalmente facilita la migración epitelial, aumento del aporte de oxígeno y nutrientes, fase inflamatoria menos intensa y prolongada, disminución de las curas locales... Las medidas de prevención deberían de ser prioritarias en las actuaciones de salud.

5 Discusión-Conclusión

El creciente nivel de conocimientos y competencia con el paso de los años, unidos a su histórico nivel de compromiso profesional ha desembocado en que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son piezas fundamentales en la toma de decisiones compartidas en el equipo de salud como son la prevención y el tratamiento de algunas lesiones relacionadas con la dependencia, como son las úlceras por presión.

Desde los años 60 hasta el día de hoy en nuestro país se ha producido un cambio significativo de mentalidad respecto a la concepción de la actividad sanitaria. La sociedad entendía las úlceras por presión como algo inherente a la edad avanzada, situación de fase terminal o inmovilidad del paciente, empezando a despertar reacciones, reclamaciones y denuncias por parte de los pacientes y familiares al cerciorarse de la aparición de una úlcera por presión que se puede evitar el 95% de los casos con una prevención adecuada, unas fáciles pautas profilácticas y con el uso adecuado. El mejor tratamiento es la prevención.

6 Bibliografía

- www.humv.es
- www.codem.es
- <https://recien.ua.es>
- <https://www.ulceras.net>

Capítulo 412

LA BULIMIA

NATALIA CUERVO CUERVO

SORAYA MORENO CORREA

MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS

JESSICA GRANDA PELAEZ

LAURA HERES GARCIA

1 Introducción

La bulimia es un trastorno grave de la conducta alimenticia. Las personas que la padecen suelen darse atracones de comida para posteriormente llevar a cabo conductas inapropiadas con el objetivo de deshacerse de las calorías adicionales consumidas y así evitar un aumento de peso. Estas conductas pueden ser desde usar laxantes y edemas, a realizar ejercicio físico de una manera excesiva e incluso provocar el vómito con regularidad.

2 Objetivos

- Incentivar unos hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico.
- Mostrar las causas y consecuencias de este trastorno alimenticio.
- Visualizar los síntomas que se pueden asociar a factores de riesgo de trastornos de comportamiento alimenticio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La bulimia no es fácil de detectar puesto que en las personas que la sufren no se aprecia un cambio físico llamativo. Es por ello por lo que es muy importante estar atentos a los signos y síntomas más comunes de la misma para que, o bien la persona que la sufre sea consciente de que puede tener un problema y acuda a su médico, o bien sean conscientes las personas de su entorno y le hagan ver que padece un trastorno alimentario.

Entre los signos y síntomas más comunes destaca la preocupación excesiva por el cuerpo y el peso, suelen manifestar una percepción corporal distorsionada y excesivamente negativa. El miedo a aumentar de peso. La pérdida de control sobre la alimentación, la persona que sufre bulimia no es capaz de dejar de comer, se pega unos atracones enormes que pueden llegar a hacerle sentir malestar físico. Forzar el vómito o hacer demasiado ejercicio físico después de un atracón. El uso de laxantes o enemas después de comer. La presencia de llagas o callos en los nudillos o manos a causa de insertarlos en la garganta para inducir el vómito. Daños en los dientes y encías, el esmalte de los dientes se llega a desgastar debido a los ácidos estomacales.

Se desconoce la causa exacta de la bulimia, si bien está comprobado que las niñas y las mujeres son más propensas a tener bulimia que los niños y los hombres y que, por lo general, este trastorno comienza durante los últimos años de la adolescencia. Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer la bulimia están los problemas psicológicos y emocionales, problemas como la depresión y trastornos de ansiedad están estrechamente relacionados con el padecer algún tipo de trastorno alimentario. Las personas que siguen dietas tienen también un mayor riesgo de desarrollar este tipo de trastornos. Se cree que puede haber un vínculo genético y que por tanto la personas con familiares de 1º grado que hayan sufrido un trastorno alimentario pueden ser más propensas a desarrollarlo.

A la hora de hablar sobre las complicaciones y secuelas que se producen como consecuencia de sufrir bulimia, debemos de tener en cuenta que éstas varían en función de la gravedad y del tiempo de la enfermedad. Las más comunes son problemas cardiacos (arritmias, baja presión cardiaca), deshidratación que puede provocar insuficiencia renal, caries severa y enfermedad en las encías, problemas endocrinos (ovarios poliquísticos, osteoporosis, mal funcionamiento de las hormonas tiroides), problemas digestivos (diarreas o estreñimiento, gastritis, gastroenteritis), problemas hematológicos (anemia, déficit de glóbulos rojos) y ansiedad, depresión, trastorno bipolar.

El tratamiento para esta enfermedad debe de ser multidisciplinar, debe de ir fundamentalmente orientado a la mejora de la autoestima de la persona. Para el tratamiento de la bulimia tenemos medicamentos como los antidepresivos que son muy utilizados para tratar a estos pacientes combinados con psicoterapia. Con ello se busca mejorar la ansiedad, la depresión y el deterioro global. La psicoterapia, que juega un papel muy importante en el tratamiento contra la bulimia. A través de ella se intenta no solo mejorar la autoestima del paciente sino también cambiar los pensamientos negativos que se tienen hacia los alimentos y reemplazarlos por otros más saludables. Los especialistas realizarán un plan nutricional adecuado a cada paciente. Hay casos en que es necesaria la hospitalización para llevar a cabo un tratamiento con el fin de lograr que la persona alcance un peso corporal adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Es importante reseñar que cuando una persona ha padecido bulimia sigue en peligro de recaída incluso transcurridos cinco años desde su primer diagnóstico. Por ello es fundamental mantener un seguimiento médico y psicológico durante un periodo prolongado en el tiempo para evitar recaer.

6 Bibliografía

- <https://www.webconsultas.com/bulimia/bulimia-27>
- <https://bioenciclopedia.com/bulimia> <https://síntomas.com.es/bulimia>
- “La delgadez imposible” Isaac Amigo. 2003
- Guías Prácticas “De la anorexia a la Bulimia” Elena F.L. Ochoa
- “Anorexia y Bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria” Gloria Serrato Azat. 2000

Capítulo 413

LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y LA INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN

VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ

ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ

VERONICA PEREIRA CUERVO

GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO

1 Introducción

Los trastornos de la alimentación son enfermedades graves que están relacionadas con los hábitos alimentarios y que hacen que empeore nuestra salud, nuestras emociones y la capacidad de desempeñar las tareas cotidianas e importantes de la vida.

Los trastornos más frecuentes y conocidos son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario compulsivo (TCA), conocido comúnmente como atracones de comida.

La mayoría de estos trastornos se caracterizan por una excesiva preocupación por el peso, la figura corporal y la comida. Los TCA pueden causar daños en el corazón, el aparato digestivo, los huesos, los dientes y boca y otras enfermedades. Pueden aparecer a cualquier edad pero suelen ser más frecuentes en adolescentes y en los comienzos de la edad adulta y más en mujeres que en hombres.

2 Objetivos

- Definir los tipos de trastornos de la conducta alimentaria.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión científica bibliografía actualizada sobre los trastornos alimenticios, analizando sus características y el manejo terapéutico. Para ello he usado búsquedas en bases de datos medicas disponibles como Elsevier, Pubmed, Scielo, teniendo acceso a varios artículos referentes al tema de estudio, además de motores de búsqueda como Google Acholar, adaptándose la búsqueda de una manera especifica a cada una de las bases de datos y motores de búsqueda citados con anterioridad.

Se utilizaron los siguientes descriptores: “Trastorno, alimentación, problemas alimentarios, comida”. Se incluyeron artículos de investigación, capítulos de libro, guías hospitalarias y protocolos de actuación, que incluían las palabras citadas anteriormente así como publicaciones desde el año 2006 hasta ahora y se excluyeron los documentos que no estaban relacionadas directamente con el tema.

4 Resultados

- Anorexia nerviosa.

La anorexia nerviosa es un trastorno que puede ser mortal y que se caracteriza por un peso bajo, miedo a subir de peso y una distorsión del peso real y de la figura real. Suelen limitar las calorías consumidas, hacer ejercicio de manera exagerada, tomar laxantes o vomitar después de comer. Aunque su imagen real sea de extrema delgadez, creen tener obesidad.

- Bulimia nerviosa.

También es un trastorno grave y mortal. Como en la anorexia tanto los atracones y las purgas son habituales. En poco tiempo ingieren mucha cantidad de comida para después vomitarla, consumirla con el ejercicio o usando laxantes o diuréticos. Suele ser más habitual durante la tarde/noche. Estas personas se sienten culpables por los atracones, sienten vergüenza y son muy críticos consigo mismos y duros por su aspecto, tienen depresión, ansiedad y culpabilidad por no tener autocontrol. Las personas con bulimia suelen tener un peso normal e incluso sobrepeso por lo que es más difícil detectarlo que la anorexia.

- Trastorno por atracón.

Afecta igual a hombres que a mujeres. Comen compulsivamente pero no tratan de deshacerse de la comida inmediatamente como en la bulimia. Comen mucho aunque no tengan hambre por lo que la gran mayoría tienen sobrepeso. La manera de comer es más rápido de lo habitual y después de hacerlo sienten culpa, ira o vergüenza por lo que han hecho. Intentan ocultar la cantidad de comida que ingieren por lo que suelen ocultarse o comer a solas. Padecen depresión y ansiedad.

- Trastorno por evitación.

Este tipo de personas evitan la comida o no tienen interés en ella. No tienen miedo a engordar ya que ven su imagen tal y como es. Suelen evitar la comida porque no les gusta el olor, el sabor, el color, la imagen o la textura. Tienen miedo a atragantarse o asfixiarse con la comida o a vomitar. Pueden tener problemas de salud ya que no suelen alcanzar los valores nutricionales indispensables.

- Trastorno por rumiación.

Se da cuando la comida vuelve a la boca por regurgitación repetida y continuada después de comer y que no se caracteriza con ninguna enfermedad. Esa comida puede ser escupida por lo que pueden padecer desnutrición. Es frecuente en niños o en personas con discapacidad intelectual.

- Vigorexia.

Es la preocupación excesiva del físico y una distorsión de la imagen (dismorfobia) que puede desembocar en hacer mucho deporte para adelgazar o comer mucho por creer estar muy delgado. Afecta más a hombres que a mujeres.

- Megarexia.

Son personas obesas que no perciben su obesidad, se sienten sanos y tienen distorsionada su imagen por lo que se ven delgados.

- Permarexia.

Son personas que pasan casi toda su vida a dieta. No comen productos saludables sino que viven preocupados por la ingesta de calorías.

- Ebriorexia.

Las personas que la padecen dejan de comer para compensar con el abuso de bebidas alcohólicas. Realizan atracones y se producen el vómito.

Estos trastornos no tienen una causa sola, pero se puede afirmar que hay difer-

entes factores biológicos) en la adolescencia se suelen padecer mas), psicológicos (el perfeccionismo, necesidad de aprobación, miedo a las críticas, baja autoestima, depresión y/o ansiedad), culturales y sociales, tener un familiar con alguno de estos trastornos o padecer algún problema de salud mental. Los adolescentes y las mujeres jóvenes son más propensos a tener anorexia o bulimia. Los trastornos de la alimentación pueden causar muchas complicaciones y alguna de ellas puede ser mortal. Los resultados obtenidos de todos los estudios realizados demuestran que cada vez aumentan más los casos de trastornos de alimentación sobre todo en la población más joven. Se debe de aumentar la vigilancia en los cambios de comportamiento y de apariencia.

5 Discusión-Conclusión

En la era en la que vivimos tenemos el concepto de que tenemos que ser perfectos. Esta idea de alcanzar esta perfección es por seguir unos cánones de belleza donde predomina la extrema delgadez en las mujeres y la musculación en los hombres.

La influencia de los factores socioculturales es un factor determinante para dichos trastornos. La presión por la que nos vemos sometidos por los medios de comunicación y la sociedad como símbolo de éxito y belleza contribuye a que estos trastornos sean algo común en la población.

La baja autoestima que nace de juzgarse así mismo desde las apariencias, lo que los demás consideran que es valioso de nosotros mismos, hacen que nuestra figura cobre más importancia. Deberíamos inculcar a las personas desde la infancia que la apariencia no es lo más importante y que debemos darle más importancia a otros valores.

6 Bibliografía

- Álvarez Rosario J, Castaño Castrillón J, Marín Viatela J, Navas Galvis C, Noreña Vidal P, Ovalle Arciniegas H, et al. Estilos de vida en estudiantes de la universidad de Manizales 2006. Arch Med Manizales. 2007; 7:46-56.
- Sanabria P, González L, Urrego D. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos estudio exploratorio. Revista Médica. 2007; 15:207-17.
- Ibáñez E, Thomas Y, Bicity A, Barrera J. Cambios de hábitos alimentarios de los estudiantes de odontología de la Fundación Universitaria San Martín de Bogotá. Ciencias Biomédicas. 2008; 6:101-212.

- Tobar Vargas L, Vásquez Cardoso S, Bautistas Muñoz L. Descripción de hábitos y comportamientos alimentarios de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Pontificia Universidad Javeriana, 2005. Universitas Scientiarum. 2008; 13:55-63.
- Casanueva E, Kaufer HM, Pérez LA, Arroyo P. Nutriología medica. 3ª ed. México: Panamericana, 2008;130.
- Escott-Stump S. Nutrición, diagnóstico y tratamiento. 5ª ed. México: McGraw-Hill, 2010;247.
- Servicio Murciano de Salud. Guía Práctica clínica de los trastornos de la conducta alimentaria. Subdirección General de Salud Mental. Murcia: Servicio de Programas Asistenciales, 2005; 21. 20.
- García PM, Bascarán MT. Banco de Instrumentos Básicos de Psiquiatría. 5ª ED. Barcelona: Ars Medica, 2009; 132- 133,136.
- Peña XG. Anorexia y bulimia: Sí te puedes recuperar.
- Escott-Stump S. Nutrición, diagnóstico y tratamiento. 5ª ED. México: McGraw-Hill, 2010;247

Capítulo 414

ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

LORENA HEVIA GONZÁLEZ

MARÍA PÉREZ BARRIOS

MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS

YLENIA EXTREMERA JAMBRINA

1 Introducción

Un enema es una solución acuosa que se introduce en el recto o en la parte inferior del colon con distintos propósitos preventivos o terapéuticos. No es inocuo por lo que solo se debe administrar bajo prescripción médica.

2 Objetivos

Exponer la técnica, indicaciones y aspectos más importantes relacionados con la aplicación de un enema por parte del auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE debe tener en cuenta una serie de consideraciones generales a la hora de administrar un enema:

- POSICIÓN del enfermo: colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas (Posición de Sims). Le podemos dejar una almohada debajo de la cabeza para que esté más cómodo.
- TEMPERATURA del líquido: cuando se introduzca el enema debe estar entre 37° y 40° C. de temperatura, nunca por encima de los 41° c., para evitar lesiones de la mucosa intestinal.
- CANTIDAD y composición del líquido: Según el tipo de enema de que se trate porque cada uno tiene una finalidad diferente.
- PRESIÓN: viene determinada por la altura a la que se coloca el irrigador con relación al nivel en que está el recto. Cuanto más alto esté, mayor será la presión con que el líquido penetra en el intestino; es conveniente que el líquido penetre lentamente, para lo cual, la altura no debe ser superior a los 35 – 45 cm.
- FORMAS de administración: mediante Pera de agua, preparados comerciales e Irrigador.

Técnica

- El primer paso en la administración de un Enema por el TCAE es preparar el material necesario que consiste en: sonda rectal, solución de irrigación, sistema irrigador (recipiente y tubo con llave y cánula), guantes, cuña, protector, gasas, papel higiénico, material de aseo, palo gotero, lubricante hidrosoluble y termómetro de agua.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Prepararemos la solución prescrita a la temperatura adecuada (entre 37° y 40° °C).
- Explicar al paciente lo que se le va a hacer, la finalidad e intentar que colabore en la medida de lo posible.
- Realizar, si es necesario, la higiene de los genitales y la zona anal.
- Si el paciente puede levantarse, administraremos el enema de pie con el tronco ligeramente flexionado.

- Si el paciente está encamado, colocar un protector para la cama y colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, flexionándole la pierna derecha
- El soporte del sistema del enema deberá estar colocado a una altura de 40 cm. Aproximadamente por encima del ano.
- Conectamos la sonda rectal al sistema de irrigación.
- Purgar el aire del tubo del sistema hasta que salga líquido y pinzarlo.
- Realizar la técnica del sondaje rectal. La longitud de la sonda a introducir será de 7,5 a 10 cm. En adultos, de 5 a 7,5 cm. En niños y de 2,5 a 3,75 cm. En lactantes. Lubricar la punta de la sonda e insertar suavemente el catéter en el recto en dirección hacia arriba y atrás. Nunca forzar la inserción de la sonda.
- Despinzar el sistema y administrar la solución.
- Si el paciente se queja de dolor o de incapacidad para mantener el enema detener el flujo del líquido y darle instrucciones para que respire profundamente, luego comenzar de nuevo lentamente.
- Una vez administrado, cerrar la llave para que no entre aire y retirar suavemente la sonda.
- El paciente deberá retener la irrigación durante 5 o 10 minutos en enemas de limpieza o durante el tiempo prescrito en enemas de retención.
- Si el paciente lo necesita facilitarle la cuña, o en el caso que esté de pie ayudarle a ir al baño.
- Observaremos el estado de las heces para informar a la enfermera
- Si fuera necesario, realizaremos el aseo de la zona anal del paciente.
- Dejar colocado al paciente en una posición cómoda y adecuada.
- Recoger todo el material, quitarse los guantes, lavarse las manos y anotar y comunicar incidencias, efectividad...

Los preparados comerciales, como el Micralax o el Enema Casen, se administran directamente lubricando la cánula, simplemente comprimiendo el envase.

Podemos distinguir varios tipos de enemas según la finalidad que se trata de conseguir:

- Enemas evacuadores o de limpieza: son los más comunes. Son enemas evacuadores sin retención, con los que se pretende favorecer el peristaltismo intestinal, para provocar una evacuación rápida de las heces, los gases y otras sustancias.
- Enemas de retención. Tanto la técnica de administración como las precauciones son las mismas que en la administración del enema de limpieza, pero en este caso el paciente debe tratar de retener la sustancia o solución al menos 30 minutos ya que contiene medicamentos, contrastes radiológicos, aceites de retención...

Sus tipos son:

- Enema Medicamentoso: Sirve para administrar ciertos fármacos. Puede ser Sedante, Estimulante, Anestésico, Laxante, Antiséptico y Antihelmíntico.
- Enema Alimenticio: Sirve para administrar nutrientes. Antes se debe administrar un enema de limpieza.
- Enema de Contraste: También llamado enema OPACO o BARITADO. Se usa habitualmente para exámenes radiológicos del intestino de mayor precisión.
- Enema Oleoso: Tiene como objetivo ablandar las heces y facilitar la deposición.
- Enema Sedante: Sirve para sedar y relajar.
- Enema Emoliente: Su finalidad es lubricar y proteger la mucosa intestinal.
- Enema Carminativo: Se usa para facilitar la expulsión de gases intestinales. Se conoce también como LAVATIVA DE HARRIS.
- Enema Astringente: Se utiliza para tratar las hemorragias. También llamado Enema VASOCONSTRICTOR.
- Enema Antihelmíntico: Es utilizado para eliminar parásitos intestinales.
- Enema Antiséptico: Contiene principios activos que destruyen germen y bacterias
- Enema Gota a Gota de Murphy o Proctolisis: Sirve para introducir gran cantidad de líquido.

La composición de los enemas depende de la finalidad que tratamos de conseguir:

- Los Enemas de Limpieza se realizan con agua, solución salina, soluciones jabonosas, emulsiones con aceite o glicerina, soluciones hipertónicas y existen también preparados comerciales.
- Los Enemas de Retención se hacen con aceite de oliva, medicamentos diversos como antihelmínticos o laxantes y antisépticos, sulfato de bario y líquidos con nutrientes en el caso del Enema Alimenticio, así como líquidos para hidratación.

Los Enemas están contraindicados en las siguientes situaciones:

- Apendicitis
- Traumatismo abdominal
- Peritonitis
- Tras cirugía abdominal reciente
- Sangrado intestinales
- Irritación intestinal o colitis
- Deshidratación

El TCAE debe prestar atención a cualquiera de sus complicaciones que pueden ser:

- Nauseas
- Dolor abdominal
- Mareos, debilidad
- Trastornos hidroelectrolíticos
- Proctitis
- Fallo cardíaco
- Traumatismos
- Irritación de la mucosa
- Necrosis rectal

5 Discusión-Conclusión

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería contribuyen ejecutivamente en la preparación y administración de los enemas, colaborando con el conocimiento científico y práctico en la aplicación de la técnica correcta. Por ello, tienen que actualizarse constantemente en la metodología de administración de enemas, puesto que usar un procedimiento correcto con el paciente hace que se obtenga un resultado satisfactorio.

Se le debe explicar siempre al paciente la técnica que se le va a realizar ya que puede ser un procedimiento incómodo para él. No es recomendable el uso frecuente de enemas para el tratamiento del estreñimiento, ya que puede llevar a la sobrecarga de líquidos, irritación y pérdida del tono muscular del intestino y esfínter anal.

No hay que olvidar que se pueden producir lesiones rectales provocadas por la administración de un enema, siendo de tipo mecánico, químico o ambos. Es por eso que el TCAE debe estar perfectamente formado y preparado para llevar a cabo la administración de enemas, conociendo las ventajas y problemas que pueden desencadenarse de su uso. Es muy importante realizar siempre una higiene de manos correcta antes y después de quitarse los guantes como prevención de infecciones.

6 Bibliografía

- www.revistamédica.com
- www.enfermera.io > enema
- www.blog.opositores.com

- www.auxiliarenfermeriasgc.blogspot.

Capítulo 415

LA ENDOMETRIOSIS OVARICA Y LOS EFECTOS SOBRE LA MUJER

ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ

VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ

VERONICA PEREIRA CUERVO

GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO

1 Introducción

La endometriosis ovárica es una enfermedad que la padecen muchas mujeres y en la que en muchos casos no esta diagnosticada.

El endometrio es el tejido que recubre el interior del útero y que acoge al embrión después de la fecundación. Durante el ciclo menstrual sufre cambios debido a las hormonas y de forma natural se desprende durante la menstruación. En la endometriosis el tejido que recubre el interior del útero crece fuera del útero y produce sangrados en la cavidad pélvica, las trompas uterinas o los ovarios por lo que produce dolores que pueden ser muy intensos, sobretodo en los periodos menstruales, e inflamación. También puede producir problemas de infertilidad. Afecta normalmente a los ovarios, las trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis, detrás del útero, en los intestinos o la vejiga. Si afecta a los ovarios se pueden formar quistes que se llaman endiometriomas.

2 Objetivos

- Analizar los hallazgos de la endometriosis ovárica, sus síntomas, causa y factores de riesgo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos como: Medline, Pubmed, Cuiden, Scielo, Google académico, teniendo acceso a varios artículos referentes al tema, además de motores de búsqueda como Google Acholar, adaptándose la búsqueda de manera específica a cada una de las bases de datos.

Se utilizaron los siguientes descriptores: “ endometriosis”, “endometriosis pélvica”, “infertilidad”, “laparoscopia”. Fueron incluidos artículos de investigación, capítulos de libro y guías hospitalarias y protocolos de actuación en castellano y en inglés, publicados entre los años 2004-2018. Los criterios de inclusión fueron todos aquellos documentos comprendidos entre el espacio de tiempo citado y que incluyeran el tema a tratar, y los criterios de exclusión fueron todos los documentos que no tuvieran relación con los contenidos o estuvieran fuera del tiempo.

4 Resultados

Los síntomas más característicos son:

- Dolor pélvico: Afecta al 75% a menudo en los periodos menstruales, (dismenorrea). También el dolor se puede sentir en la parte baja de la espalda y en el abdomen.
- Dolor al mantener relaciones sexuales: Puede ser durante o después de mantener estas relaciones, síntoma bastante común.
- Dolor al defecar o al orinar: Sobre todo en periodo menstrual.
- Sangrado excesivo: Los periodos menstruales pueden ser abundantes en algunas ocasiones o se puede presentar sangrado ínter menstrual.
- Esterilidad.
- Infertilidad: Afecta a la mitad de las mujeres que tienen endometriosis.
- Calambres menstruales dolorosos que pueden empeorar con el tiempo.
- Dolor en los intestinos.
- Periodos con flujo intenso.
- Síntomas gastrointestinales o digestivos.

- Fatiga o falta de energía.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Hinchazón o náuseas.

La intensidad del dolor no es un indicador de la afección. Se puede tener dolor intenso con una endometriosis leve o no padecer dolor con una endometriosis avanzada. La endometriosis a veces se puede confundir con otras enfermedades como: la enfermedad inflamatoria pélvica, quistes ováricos, síndrome de intestino irritable. Se diagnostica la enfermedad por ecografía, laparoscopia con o sin biopsia, endoscopia o colonoscopia.

La causa exacta no está clara pero algunos probables pueden ser:

- Menstruación retrograda: en lugar de salir del cuerpo, la sangre menstrual vuelve a través de las trompas de Falopio hasta la cavidad pélvica.
- Transformación de células peritoneales: Las hormonas transforman las células peritoneales en endometriales.
- Transformación de células embrionarias en células endometriales.
- Implantación por cicatrices quirúrgicas.
- Transporte de células endometriales.
- Trastorno del sistema inmunitario.

Algunos de los factores de riesgo que nos podemos encontrar son:

- No haber dado a luz.
- Menarquia temprana.
- Menopausia a edad avanzada.
- Ciclos menstruales cortos.
- Periodos menstruales intensos y largos.
- Niveles altos de estrógenos.
- Bajo índice de masa corporal.
- Antecedentes familiares de endometriosis.
- Anomalías del aparato reproductor.
- Afección médica que impida la salida normal del flujo.

Existen una gran variedad de tratamientos que deben de emplearse de manera individualizada. Para el dolor se emplean analgésicos e antiinflamatorios no esteroides como el ibuprofeno. Anticonceptivos que ayudan a controlar el crecimiento de la endometriosis, una combinación de analgésicos con anticonceptivos y tratamientos quirúrgicos. Normalmente esta enfermedad se desarrolla después de varios años del inicio de la menarquia. Los signos y síntomas pueden

mejorar durante el embarazo y llegar a desaparecer por completo con la menopausia, en caso que no se tome estrógeno.

La principal complicación es la infertilidad. Aproximadamente entre el 30 y el 50% de las mujeres que padecen esta enfermedad tienen problemas para quedarse embarazadas, aun así muchas de ellas logran quedarse embarazadas y llevarlo a término. El cáncer de ovarios también es un problema.

5 Discusión-Conclusión

Es una enfermedad que la padecen muchas mujeres pero que por sus síntomas puede confundirse con los síntomas de la menstruación. Está causada por muchos factores que se deberían tener en cuenta a la hora de decidir el tratamiento, ya que es muy importante realizarlo de manera individualizada para cada mujer porque las complicaciones que pueden derivar son muy graves. A esta enfermedad debería de darse mas importancia y mas información.

6 Bibliografía

- Asociación afectadas endometriosis estatal. Recuperado de <https://adaec.org>
- Revista sage Journals, recuperado de <https://journals.sagepub.com>
- Sielgeman.E.S. y Oliver E.R. mr imaging of endometriosis. ten imaging pearls. Radiographics. 2012, 32(6),1675-1691
- Woodward P.J. Sohaey. R y Mezzetti, T.P.Jr. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. Radiographics, .2001, 21(1) 193-216
- Luciano. D.E y Luciano. A.A .. Management of endometriosis related pain: an update. Women's Health, 2011 7(5),585-590
- Hasegawa A, Osuga Y, Hirota Y, Hamasaki K, Kodama A, Harada M, et al. Tunicamycin Enhances the Apoptosis induced by Tumour Necrosis Factor-related Apoptosis-inducing Ligand in Endometriotic Stromal Cells. Human Reproduction. 2009; 24(2):408-14.
- Liu X, Yuan L, Shen F. Patterns of and risk factors for recurrence in women with ovarian endometriomas. Obstet Gynecol. 2007; 109:1411-20. 98.
- Rueda R, Garzón L, Bonilla L. Endometriosis; Practica Clínica Basada en la Evidencia. Controversias en Gin Obstet. 2006; 16 (94): 2732-3734.

Capítulo 416

FACTORES DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.

GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO

VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ

VERONICA PEREIRA CUERVO

ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

El nombre de esta enfermedad se debe al apellido del médico que la descubrió en 1932. Es una enfermedad intestinal inflamatoria crónica que provoca inflamación del tubo digestivo desde la boca hasta el ano y afecta a todo el espesor de la pared intestinal. Lo más habitual es que afecte al íleon o colon y al recto.

Se desconoce la causa exacta pero es probable que factores como hereditarios, disfunción del sistema inmunitario o causa bacteriana puedan ayudar en su aparición. Inicialmente se trata con medicamentos que alivian los síntomas, normalmente corticosteroides o antiinflamatorios, aunque en el 75 % de los casos que se presentan requieren de cirugía. No es una enfermedad contagiosa.

Los síntomas más comunes son:

- Cólicos.
- Dolor abdominal.
- Diarrea con o sin moco y sangre.
- En ocasiones, estreñimiento.

- Dolor y secreción anal.
- Malestar general y debilidad.
- Fiebre.
- Pérdida de peso.
- Hinchazón.
- Fatiga y cansancio.
- Adelgazamiento y desnutrición

Otros posibles síntomas:

- Dolor anal.
- Lesiones en la piel.
- Abscesos rectales.
- Fístulas.
- Artritis.
- Inflamación de la piel, los ojos y las articulaciones.
- Inflamación del hígado o de las vías biliares.
- Rectorragia.
- Enfermedad perianal.
- Aftas bucales.
- Signos de malabsorción.
- En niños, retraso en el crecimiento y/o en el desarrollo sexual.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo están relacionados con:

- Edad: Esta enfermedad afecta igual a hombres que a mujeres. El rango de edad más habitual está entre los 16 y los 40 años.
- Antecedentes familiares: Un 20 % de las personas que lo padecen tienen un pariente cercano que también lo padece.
- Origen étnico: Se presenta con mayor frecuencia en personas de raza blanca que vive en los climas septentrionales aunque cada vez se presentan más casos de personas de raza negra de América.
- Tabaquismo.
- Medicamentos: Los AINES como el ibuprofeno, naproxeno y voltaren, pueden agudizarla.
- Lugar de residencia: Indicadores sugieren que una dieta con mucho contenido en grasas y alimentos refinados están vinculados en la enfermedad de Crohn.

COMPLICACIONES

Algunas complicaciones que pueden aparecer son:

- Obstrucción intestinal: Afecta al espesor de la pared intestinal por lo que puede obstruir el paso del contenido digestivo.
- Úlceras: Pueden provocar úlceras en cualquier parte del tubo digestivo, en la boca, el ano o el perineo.
- Fístulas: Las más frecuentes están cerca o alrededor del perianal.
- Fístula anal.
- Desnutrición: La diarrea, el dolor abdominal y los cólicos pueden dificultar la alimentación o la capacidad de absorber los nutrientes necesarios, hasta el punto de tener anemia.
- Cáncer de colon: La afectación del colon aumenta el riesgo de aparición de un tumor maligno.
- Problemas con los medicamentos: Algunos de los medicamentos para tratar esta enfermedad pueden presentar un pequeño riesgo de padecer cáncer, linfomas y aumentar las infecciones.
- Otros problemas: Anemia, trastornos de la piel, osteoporosis, artritis, problemas hepáticos o de la vesícula.

2 Objetivos

- Describir la Enfermedad de Crohn, así como los factores de riesgo y las complicaciones que se producen en el enfermo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo y Google académico. Se utilizaron los siguientes descriptores: “colitis ulcerosa”, “enfermedad de crohn”, “enfermedad inflamatoria intestinal”.

Fueron incluidos artículos de investigación en castellano y en inglés. Los criterios de inclusión fueron todos aquellos documentos que incluyeran el tema a tratar, y los criterios de exclusión fueron todos los documentos que no tuvieran relación con los contenidos.

4 Resultados

La Enfermedad de Crohn puede ser una dolorosa y debilitante y, algunas veces, puede presentar complicaciones que puede poner la vida en riesgo. Un diagnós-

tico a tiempo junto con un tratamiento adecuado pueden mejorar mucho la vida de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La Enfermedad de Crohn es una enfermedad que, aunque no es mortal sí misma, limita mucho la vida de la persona que la padece. La incidencia y la prevalencia de las enfermedades inflamatorias intestinales han aumentado en las últimas décadas.

Muchos estudios demuestran que una gran mayoría de personas que la padecen están afectados en el plano psicológico de tal manera que su enfermedad se ve empeorada. Por esta razón, es necesario que un equipo de expertos en psicología de la salud les asesore para ayudar a mejorar su calidad de vida.

Deberían de haber más recursos para que puedan afrontar y sobrellevar esta enfermedad con la que han de convivir

6 Bibliografía

- Bach JF. The effects of infections on susceptibility to autoimmune and allergic diseases. *N Engl Med* 2002;347: 911-920.
- Ladas SD, Mallas E, Giorgiotis K, Karamanolis G, Trigonis D, Markadas A, et al. Incidence of ulcerative colitis in Central Greece: a prospective study. *World J Gastroenterol* 2005;11:1785-1787.
- Abakar-Mahamat A, Filippi J, Pradier C, Dozol A, Hébuterne X. Incidence of inflammatory bowel disease in Corsica from 2002 to 2003. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31: 1098-1103.
- Loftus CG, Loftus EV, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Tremaine WJ, Melton LJ, et al. Update on the incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-2000. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:254-261.
- Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004;126:1504-1517.
- Brullet E, Bonfill X, Urrutia G, Ruiz Ochoa V, Cueto M. Estudio epidemiológico sobre la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro áreas españolas. *Med Clin* 1998;110:651-656
- Mendoza JL, García-Paredes J, Pena AS, CruzSantamaría DM, Iglesias C, Díaz Rubio M. El espectro de las dermatitis neutrofílicas en la enfermedad de Crohn. *Rev. Esp Enferm Dig.* 2003; 95:233-6.

- Mendoza JL, Murillo LS, Fernández L, Pena AS, Lana R, Urcelay E, et al. Prevalence of mutations of the NOD2/CARD15 gene and relation to phenotype in Spanish patients with Crohn disease. *Scand J Gastroenterol.* 2003;38:1235-40

Capítulo 417

IMPORTANCIA DE LA DIETA EN LA SALUD DENTAL

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

MARÍA VANESA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Hoy en día, a pesar de que la incidencia y prevalencia de caries dentales ha disminuido gracias al uso de flúor en las pastas de dientes y la mejora de la higiene dental; también es de suma importancia los hábitos alimentarios en la prevención primaria y secundaria de la caries.

2 Objetivos

- Analizar la importancia de la dieta en la incidencia y prevalencia de las caries dentales.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la importancia de la dieta en la salud dental. Se buscaron publicaciones de la última década cuyo idioma fuera el castellano, se utilizaron bases de datos como Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Hay muchos estudios que relacionan consumir azúcar con la prevalencia de caries. Se estima que afecta al 60-90% de la población infantil y casi al 90% de los adultos. En España, más del 90% de la población ha sufrido caries alguna vez. El azúcar es la principal causa de caries dental. Pese a ello, también existen otros factores que deben tenerse en cuenta, como la aplicación de flúor y la eliminación de placa. Los productos que contienen azúcar facilitan la erosión y el desgaste del esmalte, de forma que las bacterias causantes de la caries tendrán una mayor facilidad para tratar de atacar al diente, siendo ésta la clara relación entre el dulce y la caries. La dieta es importante tanto para la salud general como para la salud oral.

5 Discusión-Conclusión

No se puede evitar por completo la caries dental, pero si podemos reducir la posibilidad de padecerla mediante un cuidado oral adecuado y pequeños cambios en la dieta

6 Bibliografía

- <https://scholar.google.es/scholar>
- <http://scielo.sld.cu>

Capítulo 418

TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

LAURA ARAUJO MORILLAS

MARIA ISABEL RAMOS SASTRE

MARTA APARICIO PEREZ

PAULA DÍAZ AREA

1 Introducción

Se conoce como aislamiento en el ámbito hospitalario a aquellas barreras que sirven para la separación del paciente de agentes externos, y así disminuir el riesgo de infección para el paciente, el personal sanitario y los visitantes mediante la interrupción de la cadena de transmisión. Un punto muy importante de este aislamiento, es para evitar la incidencia de las infecciones nosocomiales, ya que estas afectan al 5% de los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de aislamiento en el medio hospitalario, para reducir el contagio de enfermedades entre los grupos de personas anteriormente dichos.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos sobre los distintos tipos de aislamientos publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Google Académico, Medwave y Enferurg.

4 Resultados

Las más habituales se pueden clasificar en distintos tipos:

-Aislamiento respiratorio: se aplica cuando es posible la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (Meningitis, Tuberculosis Pulmonar, etc). Las características principales de este son lavado de mano, habitación individual, mascarillas y gafas protectoras.

-Aislamiento de contacto: se aplica cuando es posible que exista una enfermedad transmisible por contacto directo con el paciente o con elementos presentes en su habitación y objetos personales. Las enfermedades se pueden transmitir a través de contacto con heridas y lesiones o por secreciones orales. Las características principales de este son lavado de mano, guantes, utilizar tanto un diferente manguito para medir la tensión como un termómetro, y todas las personas que entren en contacto con el enfermo deberán de vestir bata, mascarilla y guantes desechables.

- Aislamiento protector o inverso: esta, a diferencia de las anteriores, se aplica para proteger al paciente inmunodeprimido de adquirir infecciones. Las características principales de este son lavado de mano con jabón antiséptico, uso de guantes y mascarilla, utilizar tanto un diferente manguito para medir la tensión como un termómetro y fonendo, además mantener la puerta cerrada.

5 Discusión-Conclusión

Gracias al uso de los distintos tipos de aislamiento, evitamos la propagación de agentes patógenos y disminuimos las enfermedades nosocomiales. El conjunto de todos estos métodos de aislamiento serán efectivos si se utilizan de la forma correcta y preguntando al personal de enfermería sobre aquello que desconocemos.

6 Bibliografía

- <https://enferurg.com/aislamiento/>
- <https://www.medwave.cl/>

Capítulo 419

RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA POR EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

MARÍA PÉREZ BARRIOS

MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS

YLENIA EXTREMERA JAMBRINA

VANESA CAYARGA MARTÍNEZ

1 Introducción

La orina es un líquido acuoso transparente y amarillento, de olor característico, secretado por los riñones y eliminado al exterior por el aparato urinario. La orina puede servir para determinar la presencia de algunas enfermedades. La orina normal suele ser un líquido transparente o amarillento. Se elimina aproximadamente 1,4L de orina al día, contiene un 95% de agua, un 2% de sales minerales y 3% de urea y ácido úrico y aproximadamente 20g de urea por litro.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Investigar cómo se hace un análisis de orina.

Objetivos específicos:

- Determinar cuáles son las fases que constan en un examen de orina.

- Determinar cuáles son los parámetros que se pueden medir en un examen de orina.
- Establecer que patologías pueden ser señaladas con un examen de orina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El análisis de orina consiste en la obtención de una muestra de orina del paciente que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar en un laboratorio especializado para ello. Tipos de exámenes de orina: existen diferentes métodos para analizar una muestra de orina; en líneas generales y en función del método de análisis utilizado.

- Tira reactiva de orina. Análisis de una pequeña muestra de orina mediante el empleo de una tira reactiva introducida en la muestra. Los resultados se obtienen en 5-10 minutos. Utilizada para descartar o confirmar embarazo, detectar infección de orina, descompensación diabética... La metodología de la prueba consiste en sumergir por completo la tira reactiva durante un corto periodo de tiempo, en una muestra bien mezclada de orina, se deja reposar la tira durante el tiempo necesario para que se lleven a cabo las reacciones y finalmente se comparan los colores que aparecen con la escala cromática provista por fabricante. Una técnica incorrecta puede producir falsos resultados.
- Sedimento de orina. La muestra de orina pasa por un proceso de centrifugado a partir del cual se separa el contenido líquido de la orina (el cual se desecha para este estudio), del contenido sólido será estudiado con la ayuda de un microscopio. Permite detectar la presencia de leucocitos en la orina u otras sustancias como hematíes, bilirrubina, glucosa o microproteínas entre otros, que generalmente no se encuentran o se encuentran en niveles muy bajos.
- Orina de 24 horas. Consiste en que el auxiliar de enfermería mande al paciente

recoger toda la orina que se expulsa en un día en un bote. Sirve para poder calcular sustancias que aparecen en poca cantidad en la orina. Se indica principalmente para medir la función de los riñones o para evaluar la cantidad de proteínas u otras sustancias en la orina como el sodio, el calcio o el ácido úrico, como forma de identidad las enfermedades de los riñones y las vías urinarias.

- Orina con sonda. Se trata de recoger la orina mediante una sonda que atraviesa la uretra y llegue a la vejiga. Muchas veces se hace de este modo porque el paciente ya está sondado, pero otras se decide esta técnica porque así se consigue la orina sin contaminar desde la vejiga directamente. Una muestra mal recogida no sólo puede resultar una recolección fallida del microorganismo o parásito responsable de la enfermedad, sino que también puede conducir a un diagnóstico y una terapia equivocada, si el tratamiento es indicado a un microorganismo no responsable de enfermedades. Para tomar las muestras es preciso utilizar recipientes estériles de boca ancha y con tapa hermética donde pueda leerse claramente el nombre del paciente, la fecha y la hora de recogida de la muestra. Es importante siempre y cuando sea posible obtener las muestras antes de la administración de antibióticos. La muestra una vez recogida, la auxiliar de la entrega a la enfermera por qué se tiene que transportar al laboratorio en un tiempo no superior a 2 horas tras su emisión. Cuando no sea posible el transporte dentro de este intervalo de tiempo la muestra se tiene que refrigerar a 4°C.

- Urocultivo. Se realiza mediante el empleo de diferentes técnicas de laboratorio, permite conocer si existe infección bacteriana de la orina, el tipo de germen implicado así como establecer los diferentes antibióticos a los cuales el germen detectado es mediante lo que se conoce como antibiograma. para hacer un cultivo de orina no se requiere ninguna preparación aparte de limpiar el área que rodea la abertura urinaria. La orina para la realización del urocultivo ya es recogida no debería pasar más de una hora a la temperatura ambiente y si va a transcurrir más tiempo debería conservarse en un frigorífico hasta un máximo de 24 horas. Pasadas las 4 horas a temperatura ambiente no debería procesarse la muestra por la contaminación bacteriana y por la elevada frecuencia de falsos positivos. La muestra de orina es la primera micción de la mañana, ya que permite la multiplicación de las bacterias durante la noche. Características de la orina. Aspecto: claro y limpio. Cuando se deja en reposo durante cierto tiempo, puede aparecer cierto grado de turbidez en el fondo del tubo debido a la sedimentación de sus componentes. Alteraciones: si aparece turbia, puede ser debido a la sedimentación de sus componentes. Cantidad: el volumen de orina que se elimina en 24 horas oscila entre los 850 y 2.500 ml.

Alteraciones:

- Poliuria: volumen de orina superior a 2.500 ml.
- Oliguria: volumen de orina inferior a 500 ml.
- Anuria: si hay una falta total de eliminación de orina o inferior a 100 ml.
- Color: su color en situación normal, es entre amarillo pálido y ámbar oscuro que puede variar en función de los alimentos y líquidos ingeridos, temperatura exterior, pérdida de líquidos.

Significado de algunas alteraciones:

- Azul verdoso significa presencia de bacterias.
- Marrón rojizo presencia de sangre, hematuria.
- Marrón negruzco presencia de bilirrubina.
- Anaranjado fuerte indica disminución de la diuresis, por tanto la orina está más concentrada.

Olor: es característico debido a la presencia de sustancias volátiles. Puede variar en función de la dieta la concentración, el tratamiento farmacológico, etc. Alteraciones:

- Amoniacoal orina vieja (la urea se transforma en amoniaco).
- Cetónicos o a frutas debido a un proceso de deshidratación o aumento de glucosa.
- Pútrido debido a un proceso infeccioso.
- Fecaloideo orina contaminada por heces.

Espuma: en condiciones normales al agitar la muestra se forma espuma blanca y abundante que desaparece rápidamente. Alteraciones si la espuma persiste durante un tiempo, indica presencia de proteínas y pigmentos biliares. Densidad oscila entre 1010 y 1.020.

Normas de recogida.

Para evitar al máximo la contaminación de la orina por la flora comensal normal de la uretra se tienen que limpiar bien los genitales y permitir que la primera parte de la micción elimine por mecanismo de arrastre la flora uretral. El recipiente estéril donde es preciso recoger la muestra de orina no tiene que ponerse en contacto con las piernas, vulva o ropa del paciente. El recipiente a de estar cerrado y sólo se abrirá en el momento de recoger la orina, evitando que los dedos toquen los bordes del recipiente o su superficie interior.

Dentro del análisis de orina se pueden realizar múltiples estudios. Las pruebas que más se utilizan son:

- Tira reactiva.
- Análisis fisicoquímico.
- Análisis microbiológico.
- Determinación de sustancias tóxicas.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de orina es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina.

- Infección urinaria.
- Piedras en el riñón.
- Diabetes mal controlada.
- Cáncer en la vesícula o en el riñón.

Permite diagnosticar embarazo y enfermedades que afectan el sistema urinario como la infección o la inflamación de la vejiga urinaria y permite sospechar la presencia de enfermedades de tipo genito-urinario como prostatitis, pielonefritis, glomerulonefritis, insuficiencia renal, tumores vesicales o de tipo sistémico como diabetes, procesos infecciosos, procesos biliares o hepáticos.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>.
- <http://www.webconsultas.com>.
- <https://www.academia.edu>.
- <https://webconsultas.com>.
- <https://es.m.wikipedia.org>.
- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>.

Capítulo 420

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO.

CAROLINA CORRAL GONZALEZ

IRIS ASUETA RODRÍGUEZ

MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR

1 Introducción

La Diabetes Mellitus ocupa el primer puesto entre las enfermedades crónicas degenerativas en la actualidad según la OMS (Organización Mundial de la Salud), además ocupa el tercer puesto entre las causas de mortalidad, superada únicamente por enfermedades oncológicas y cardiovasculares. La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por deficiencia de insulina, hiperglucemia y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, lo cual puede originar múltiples complicaciones a nivel micro y macrovascular.

Los hábitos alimenticios, el ritmo de vida, la obesidad, la disminución de ejercicio físico y el estrés están relacionados con el aumento de la diabetes. Una de las complicaciones más importantes y frecuentes en las personas con diabetes mellitus es el pie diabético, al menos un 15% desarrolla una úlcera en la pierna o en el pie en el transcurso de su enfermedad lo que puede llevarnos a una amputación pre-disponiendo un mal pronóstico, ya que un tercio de las personas diabéticas que han sufrido amputaciones mayores pierden la extremidad contralateral posteriormente, y un tercio fallece dentro del año siguiente. Los factores responsables de

la lesión del pie se podrían evitar mediante una educación adecuada al paciente tanto en el aspecto no farmacológico como farmacológico. Uno de los colectivos sanitarios más implicados en la atención del pie diabético y de sus problemas y complicaciones, es el personal de enfermería.

El papel del equipo de enfermería, junto con la intervención médica es fundamental en el diagnóstico y detección precoz de esta enfermedad, proporcionando confort y bienestar al paciente, detectar y prevenir complicaciones y riesgos e impartir educación para el mantenimiento de la salud. El personal sanitario deberá de observar los pies de los pacientes diariamente buscando rozaduras, heridas o enrojecimiento. Para el cuidado del pie diabético se lavarán los pies a diario con un secado minucioso. Se cortarán las uñas de forma recta. Se evitará el uso de calcetines sintéticos o calcetines con costuras gruesas, así como fajas o ligas que compriman la circulación. Para calentar los pies no se utilizarán bolsas de agua caliente ni mantas eléctricas. Ante cualquier tipo de herida consultaremos siempre con el médico. Entre el 25% y el 30% de los ancianos son diabéticos, una buena observación por parte de éstos identificará los primeros síntomas.

La incidencia de que los diabéticos desarrollen una ulceración del pie si no realizan las recomendaciones y cuidados pautados por el facultativo es muy elevada.

La falta de cuidados en el pie diabético, que derivan en una úlcera y no se han tratado de forma adecuada pueden desencadenar en largas estancias hospitalarias, amputación e incluso el fallecimiento. Las personas diabéticas poseen un mayor riesgo de amputación que un paciente sin diabetes. El equipo de enfermería debería de realizar una actuación encaminada a identificar los factores de riesgo iniciales, así como de revisar los pies de los pacientes periódicamente. Tanto familiares como los propios enfermos deben recibir formación individual proporcionándoles los conocimientos necesarios para el autocuidado sabiendo reconocer la aparición de complicaciones. Un paciente bien informado y asesorado junto con la actuación temprana del personal sanitario proporciona los cuidados adecuados, previene la enfermedad y promueve la calidad de vida del paciente junto a la de sus familiares.

2 Objetivos

- Determinar las recomendaciones para el cuidado del pie diabético.
- Conocer la incidencia de la formación del paciente, del aviso temprano y una adecuada higiene, en la prevención y cuidado de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se va a llevar a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre los cuidados del pie diabético.

Se va a realizar una búsqueda sistemática de libros y también se consultarán artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Jara Albarrán, A.. (2001). El pie diabético. *Anales de Medicina Interna*, 18(2), 9-10. Recuperado en 31 de diciembre de 2019, de <http://scielo.isciii.es/>
- González de la Torre, Héctor, Mosquera Fernández, Abián, Quintana Lorenzo, M.^a Luana, Perdomo Pérez, Estrella, & Quintana
- Montesdeoca, M.^a del Pino. (2012). Clasificaciones de lesiones en pie diabético: Un problema no resuelto. *Gerokomos*, 23(2), 75-87. <https://dx.doi.org/>
- Dubón Peniche, María del Carmen. (2013). Pie diabético. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 47-52. Recuperado en 30 de diciembre de 2019, de <http://www.scielo.org.mx/>
- García Herrera, Arístides Lázaro. (2016). El pie diabético en cifras. Apuntes de una epidemia. *Revista Médica Electrónica*, 38(4), 514516. Recuperado en 30 de diciembre de 2019, de <http://scielo.sld.cu>

Capítulo 421

PREVENCION, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES CRANEALES EN RECIEN NACIDOS DEBIDO A LA POSICION

BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ

VANESA PRADA DÍAZ

ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ

DAVID SÚAREZ

1 Introducción

Varias son las malformaciones craneales a las que se ven “afectados” bebés y lactantes, consistentes en las alteraciones de la forma de la cabeza a consecuencia de la presión de una fuerza externa sobre su cráneo en las primeras etapas de la vida. La plagiocefalia es una de estas malformaciones. Esta alteración puede deberse a una posición intra uterina, a una “fuerte” distorsión sufrida en el parto o a otras fuerzas provenientes del exterior, después del nacimiento, siendo así pues, se produce generalmente por dormir en decúbito supino desde que nace, conservando el mismo giro de cabeza siempre, lo que conlleva a ejercer una presión constante en la zona posterior del cráneo, siendo esta zona muy maleable en los primeros meses de vida.

Por norma general, este tipo de plagiocefalia posicional afecta más el lado derecho y es más común en niños que en niñas.

Se ha comparado que en estos últimos años se ha producido un considerable aumento de casos, ya que en 1992 la asociación americana de pediatría recomendaba adoptar el decúbito supino en recién nacidos para así disminuir algunos casos de muerte súbita infantil.

Antes de esto, este tipo de plagiocefalia, se achaca a un ambiente uterino restrictivo (de pequeño tamaño por falta de líquido, etc...)

En la mayoría de los casos este tipo de malformación es sólo un problema estético no entrañando peligro para el desarrollo del bebé, ni de su cerebro. Suele corregirse cuando el bebé tiene autonomía para rotar sobre sí mismo durante el sueño, aunque esto no ocurre, siempre y es entonces necesario tomar medidas para su corrección: almohadas correctoras, los cascos en caso más avanzados o la banda ortopédica elástica lineal (DOG BAND).

Es importante tratarlas, ya que en casos muy extremos si no es tratado a tiempo, puede ocasionar problemas de aprendizaje y atención, trastornos del lenguaje, problemas visuales e incluso retraso motor. Además de esta deformación craneofacial (la más común), hay otras que son: braquicefalia, es que un aplastamiento, más o menos simétrico de parte trasera de la cabeza, siendo visible en bebés que siempre duermen de espaldas, mirando al frente.

Escafocefalia: cabeza estrecha y alto, provocada por un aplanamiento transversal y alargada en sentido antero-posterior, dándose con mayor frecuencia en bebés prematuros. Existen además otras deformidades en las que estarás comprendidas todas las variantes posibles, mezcla de las tres anteriores, siendo más difíciles de tratar, dada su complejidad, ya que corresponden a varios patrones.

2 Objetivos

- Analizar los estudios y publicaciones existentes sobre la plagiocefalia postural, para definir sus características principales así como las diferentes medidas tanto preventivas como correctivas, para cortar o reducir los efectos de esta malformación

3 Metodología

Se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica del tema, para recoger información sobre esta malformación posicional en asociaciones, foros pediátricos, fisioterapéuticos, así como en bases de datos tales como Medline, Pubmed, Scielo.

4 Resultados

Después de analizar varios estudios, se observa que la plagiocefalia postural, sufre sus incrementos importantes debidos en parte, a la campaña que aconseja que los niños duerman en decúbito supino, para prevenir los síndromes de muerte súbita del lactante. En la actualidad se ha comprobado que afecta al 10% de los bebes menores de 6 meses. Para evitar o corregir, disponemos de las siguientes opciones:

- Medidas posturales: porteo con mochila (5 minutos al día), cambios frecuentes en posición de la cabeza; promover la posición en decúbito prono mientras está despierto y siempre vigilado; mientras duerme promover el apoyo en el lado contrario al aplanamiento; hacer llegar estímulos al niño en el lado contrario al aplanamiento; cambiar la orientación de la cuna; reducir la estancia en decúbito supino; llevar al bebé en brazos a menudo; poner al bebé boca abajo entre 1 hora, 1 hora y media diaria bajo supervisión; utilizar una almohada especifica que disminuya la presión en la zona a tratar.
- Medidas fisioterapéuticas: fisioterapia craneal, mediante suaves maniobras para tratar la alteración ósea siendo efectuado en los 6 primeros meses de vida, ya que el cráneo aún es modelable; ejercicios de estiramiento del cuello, se considera que más o menos un 75% de estas plagiocefalias, están asociadas a algún grado de tortícolis.
- Tratamiento ortósico: se realiza en tratamiento a través de cascos moldeadores, cuando todo lo demás ha fallado. Funciona ejerciendo una presión constante y controlada en todo el perímetro craneal, además de no dar posibilidad de apoyo en el aplanamiento.

Cirugía, se realiza en casos muy extremos, aunque no suele ser necesaria, de haber tomado las medidas anteriores.

5 Discusión-Conclusión

La plagiocefalia puede ser fácilmente diagnosticable por la observación de la cabeza del bebe. Los padres deben tener toda la información, para ser parte activa en las medidas de prevención, llevando a cabo, practicas sencillas como cambios posturales en el sueño, el posteo a menudo, para procurar disminuir la deformidad. La prevención es la mejor solución, pero si la deformidad ya está desarrollada, el éxito residirá en un diagnóstico precoz y una rápida aplicación de medidas correctoras, solos así podemos disminuir el número de tratamientos de ortesis, muy caros y de eficacia limitada en muchos casos

6 Bibliografía

- Gorobelfisioterapia. Es /fisisoterapia-pediatrica/plagiocefalia
- www.plagiocefalia.com _web española especializada
- www.aeped.es/libroblanco de la muerte súbita infantil
- Plagiocefalia posicional /nueves recomendaciones para el diagnóstico precoz y registro en la cartilla sanitaria del niño. Fernando
- Cancellor Benito, Julia Leal de la Rosa

Capítulo 422

TÉCNICAS DE AISLAMIENTO DEL TCAE EN PEDIATRÍA

PALOMA LÓPEZ PRENDES

VANESA FERNANDEZ SOL

MARTA RICO GARCIA

ASTRID RUIZ SUÁREZ

1 Introducción

Las técnicas de aislamiento son un conjunto de procedimientos destinados a controlar y evitar la transmisión de enfermedades. Con éstas medidas se trata de establecer en las áreas pediátricas una barrera aséptica alrededor del paciente, con la finalidad de cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso, prevenir y/o controlar brotes y disminuir la incidencia de infección nosocomial.

Las enfermedades hospitalarias o nosocomiales son las contraídas en el hospital por un paciente que había sido ingresado por una razón distinta a esa infección. Entre las medidas más frecuentes de prevención están: lavado de manos, uso de bata, guantes, mascarilla, gafas y calzas.

2 Objetivos

- Conocer las medidas de protección estándar del TCAE.
- Determinar los mecanismos de transmisión.

- Describir los protocolos de aislamiento en el caso de que se requieran medidas específicas por parte del TCAE enfocadas en aislar ciertas patologías que padecen los pacientes.

3 Metodología

Búsqueda exhaustiva de información en diferentes páginas web, artículos y consulta de libro. Las palabras clave que se han empleado son: técnicas de aislamiento en pediatría, mecanismos de transmisión, infección, protocolos de aislamiento.

4 Resultados

Las principales medidas universales que el TCAE debe de aplicar en pacientes pediátricos para evitar cualquier tipo de infección son:

1. Lavado de manos ordinario o aséptico: es la precaución más importante para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas en los niños/as hospitalizados, debido a que poseen el sistema inmunológico bajo y tienen mayor riesgo de sufrir una enfermedad nosocomial. El protocolo de actuación para el lavado de manos es el siguiente:

- Se realiza con agua y jabón normal.
- Debe realizarse al entrar y salir del hospital siempre.
- Se lava desde la punta de los dedos hasta las muñecas, con movimientos circulares, insistiendo en los espacios interdigitales y en las uñas.
- Después del lavado se aclaran las manos con las puntas de los dedos hacia abajo y se secan con toallas desechables. El proceso debe de durar un minuto.

Este lavado debe de hacerse en los siguientes casos: antes y después de atender a cada paciente pediátrico, antes y después de asearlos, antes de entrar y después de salir de las habitaciones de aislamiento, siempre que se toque material, superficies u objetos contaminados, antes y después de comer y antes y después de ir al aseo.

2. Uso de la bata (limpia, no estéril): para proteger la piel y evitar el manchado de la ropa.

3. Uso de guantes: para evitar o reducir la transmisión de microorganismos presentes en las manos del TCAE hacia los pacientes y viceversa, en todos los procedimientos sanitarios. Se debe de usar, después de lavar las manos, siempre que pueda haber contacto con sangre, secreciones, fluidos corporales, mucosas, piel con lesiones y objetos contaminados.

4. Uso de mascarilla: cuando se vaya a realizar cualquier procedimiento al paciente que pueda generar salpicaduras de sangre, secreciones y excreciones.

5. Uso de gafas: como protección de la mucosa conjuntiva contra salpicaduras de sangre, fluidos corporales o líquidos contaminados.
6. Uso de calzas: para tapar el calzado. Se usan en quirófanos, zonas de tránsito restringido, durante la visita a enfermos en unidades especiales y en los casos en que exista aislamiento estricto.

Los mecanismos de transmisión de las enfermedades nosocomiales son:

1. Mecanismos de transmisión directa: sobre todo el contacto físico y a través del aire.
 - La transmisión a través de las manos es muy notable, por eso para prevenir las infecciones se incluye el lavado minucioso de manos.
 - El aire es un mecanismo de transmisión directa muy importante: a través de las gotitas que se emiten al toser o hablar o por la dispersión de microorganismos que se produce al sacudir la ropa de cama u otros elementos contaminados o al hacer la limpieza diaria.
2. Mecanismos de transmisión indirecta: a través de objetos contaminados, alimentos, medicamentos y antisépticos contaminados.

Los protocolos de aislamiento más importantes son:

1. Protocolo de aislamiento estricto: para prevenir la transmisión de enfermedades que pueden contagiarse por contacto directo y/o vía aérea. Incluye: lavado de manos, habitación individual y obligatorio el uso de mascarilla, bata, guantes y calzas, tanto para el personal sanitario (TCAE) como para las visitas.
2. Protocolo de aislamiento entérico: para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y en algunos casos con objetos contaminados. Incluye: lavado de manos, habitación individual con lavabo, bata, guantes (dentro de la habitación habrá guantes y batas).
3. Protocolo de aislamiento protector o inverso: para proteger a pacientes inmunodeprimidos, por ejemplo trasplantados. Incluye: lavado de manos, habitación individual, bata, guantes, gorro, mascarilla y calzas antes de entrar a la habitación. Mantener la puerta siempre cerrada.
4. Protocolo de aislamiento de contacto: se aplica a las enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo. Se divide en dos categorías: contacto con heridas y lesiones cutáneas, y contacto con secreciones. Incluye: lavado de manos, habitación individual, no tocar con las manos las heridas y lesiones, bata, mascarilla y guantes. Los pacientes contaminados con el mismo microorganismo pueden compartir habitación.
5. Protocolo de aislamiento respiratorio: para evitar la propagación de las enfermedades transmisibles por vía aérea. Incluye: lavado de manos, habitación

individual, mascarilla, pañuelos desechables. Los pacientes contaminados con el mismo microorganismo pueden compartir habitación.

6. Protocolo de aislamiento parenteral: para prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles por la sangre o líquidos orgánicos o por objetos contaminados por los mismos. Incluye: lavado de manos, precauciones especiales con agujas o materiales punzantes que puedan contaminar al TCAE, uso obligatorio de guantes y contenedores especiales para jeringas, bata, mascarilla y gafas si se va a estar expuesto a la sangre. El TCAE debe extremar precauciones especiales con esfigmomanómetros, termómetros, vajilla y excreciones.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante enfatizar que en cada centro hospitalario, en este caso, en el área de pediatría, el TCAE y el resto de personal sanitario tome en consideración las medidas mínimas, como el lavado de manos, uso de guantes, mascarilla, etc... ya que son fundamentales para aislar la propagación de enfermedades nosocomiales. Hay que tener en cuenta que los niños/as hospitalizados con el sistema inmunitario debilitado tienen más probabilidad de contraer este tipo de enfermedades, por tanto es esencial cumplir con cada una de las precauciones de aislamiento y medidas de higiene establecidas para evitar un agravamiento en su estado de salud.

6 Bibliografía

- <https://www.saludcastillayleon.es>
- Libro de técnicas básicas de enfermería de McGraw-Hill Companies.

Capítulo 423

CUIDADO Y APOYO EN PACIENTES DE ALZHEIMER.

MARTA MARÍA RECIO GARCÍA

ANA BELÉN RECIO GARCÍA

LAURA LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA SÉSAR NAVAL

ZULAICA VIJANDE FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer denominada demencia senil de tipo Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa en la que las neuronas mueren de forma gradual y progresivamente, en la cual la pérdida de memoria y capacidad cognitiva se acentúa y con el tiempo genera incapacidad comunicativa, temporal y espacial. Esta enfermedad es la forma más común de demencia entre las personas mayores, existen tres fases o etapas de la enfermedad: Leve, Moderada y Grave. Esto no dice que exista un orden ni tiempo preciso pues cada persona es un mundo y viven los síntomas de diferente forma.

Su primera fase es la Leve, la cual tiene una duración aproximada de 3 años en la que la persona olvida eventos recientes. Esta afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje, es probable que la persona que lo padezca tenga dificultad para recordar cosas que ocurrieron de forma reciente

o los nombres de personas muy cercanas que conocen o ni tan siquiera reconocer a sus familiares. Pueden tener dificultades para hablar, leer o escribir, olvidar como realizar tareas cotidianas como es el cepillarse los dientes o peinarse el pelo. Asimismo, la percepción de su medio ambiente se ve disminuida, empieza a surgir una típica desorientación de lo que le rodea, no reconociendo muy bien el lugar donde está, de igual manera surgen detalles como una disminución en la concentración y una fatiga más acentuada.

Se presentan cambios de humor y síntomas de depresión con apatía, pérdida de iniciativa y falta de interés, se comienza a notar inquietud, agitación y ansiedad, estos síntomas suelen manifestarse al atardecer o durante la noche. Aún así, el paciente es capaz de mantener una conversación utilizando los aspectos sociales como gestos, entonación, expresión dentro de una normalidad.

La segunda etapa sería la Moderada, en la cual todos los factores de la memoria comienzan a fallar de forma progresiva, esta fase dura aproximadamente unos 3 años, aparecen de forma preocupante alteraciones de la función cerebral con síntomas como la afasia (problemas de lenguaje), a la persona le cuesta trabajo hablar, expresarse y darse a entender. Apraxia (funciones aprendidas), no puede ni sabe como vestirse, no sabe utilizar los cubiertos. Y agnosia (reconocimiento), pierde capacidad para reconocer a las personas con las que convive aunque está perdida no llega a ser completamente total aún. En esta fase aparece un acentuado descuido en su higiene personal, aparecen rasgos de tipo psicótico, escucha ruidos y piensa o cree que alguien va a llegar por él, se muestra más flojo, apático y somnoliento con una clara desgana. La persona empieza a hacer acciones repetitivas rayando la obsesión, vagabundea, deambula y su mirada cambia. Pueden volverse ansiosos o agresivos o deambular lejos de su casa.

Finalmente necesitan depender totalmente de alguna persona para su cuidado diario. Esto resulta estresante y muy agotador para los familiares que tienen a su cargo

Es en la tercera y última fase o Grave, donde aparecen afectadas todas las facultades intelectuales, se acentúa la rigidez muscular y la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y crisis epilépticas. Ya no reconoce a sus familiares ni tan siquiera su propio rostro en el espejo. La apatía es una tónica es esta fase, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, comer...y una cierta pérdida de respuesta al dolor.

Más adelante, tienen incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos la

persona termina encamada, con alimentación asistida.

El Alzheimer suele comenzar después de los 60 años. El riesgo aumenta a medida que la persona envejece. El riesgo es mayor si hay personas en la familia que tuvieron la enfermedad. No existe ningún tratamiento ni cura para esta enfermedad pero sí medicamentos para paliar los síntomas.

2 Objetivos

- Explicar y detallar los principales cuidados a pacientes con alzheimer.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica sistematizada recogiendo información sobre la enfermedad de Alzheimer en diferentes bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed, así como en diferentes asociaciones, publicaciones, estudios y foros geriátricos.

4 Resultados

Es esencial e importante asegurarse de que una persona con Alzheimer se sienta mentalmente y físicamente segura en su ámbito y en su día a día, es decir, garantizar a la persona un entorno seguro. Proporcionarle niveles mayores de atención a medida que la enfermedad avanza. Hacer frente a los cambios en la persona para conducir, cocinar y realizar otras actividades cotidianas, en definitiva, brindarles un medio seguro y estructurado para minimizar la confusión.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy no existe cura para la enfermedad del Alzheimer pero sí medicamentos que frenan los síntomas y mejoran las manifestaciones de la enfermedad. Se están llevando a cabo diversas investigaciones sobre drogas para cambiar el curso de la enfermedad y así mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares.

6 Bibliografía

- <https://www.cun.es>. Cuidados en la enfermedad de Alzheimer

- <https://www.revistaportalesmedicos.com>. Cuidado de enfermería en pacientes con Alzheimer
- Investigacióndealzheimer.blogspot.com. Cuidados y consejos para el paciente con Alzheimer
- <https://alz.org/es/demencia-alzheimer-españa>. Ayuda para la enfermedad de Alzheimer y la demencia.

Capítulo 424

PROTOCOLOGO DE SONDA VESICAL EN LA UNIDAD DE NEONATOS

ELVITA GARCIA CAO

JOSE ANTONIO VEGA GARCIA

1 Introducción

Debido a la mayor complejidad en el cuidado de los recién na- Debido a la mayor complejidad en el cuidado de los recién nacidos (RN), el sondaje vesical es hoy una técnica habitual en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Si bien se trata de una técnica simple, su ejecución inadecuada puede ocasionar complicaciones graves para el recién nacido como son las infecciones, estenosis uretral e incluso laceraciones de la vejiga y/o la uretra.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento para sondar un niño y una niña , a si como los materiales necesarios para su realización y colaboración con la enfermera.

3 Metodología

Se realiza un estudio de consulta entre las principales bases de datos online pubmed, scielo, uptodate y a través de información obtenida de los protocolos internos del servicio interno de salud de principado de Asturias . se lleva a cabo

una selección de textos con las palabras clave : neonatos , sonda , orina , procedimiento , campo estéril , protocolo.

Se han empleado como criterios de inclusión ; idioma castellano e ingles y se han excluido aquellos publicados antes del año 2000.

4 Resultados

Recursos materiales :

Sonda nasogástrica nº5, lubricante urológico, agua , jabón o esponja jabonosa gasas estériles , solución antiséptica del tipo clorexidina 2%, paño estéril fenestrado y paño de campo, contenedores estériles y jeringa de 5cc.

Procedimiento:

- Lavar manos con agua y jabón y posteriormente aplicar esterilium.
- Identificar al niño al que se le va realizar el sondaje.
- Colocar al niño de cubito supino. ponerse los guantes desechables y realizar el lavado de los genitales con agua y jabón o esponja jabonosa , aclarar después con ampollas de agua estéril. secar los genitales con gasas.
- Retirar los guantes, lavarse las manos y poner guantes estériles para posteriormente preparar el campo estéril.
- Limpiar el neonato con solución antiséptica.
- Lubricar la sonda con el lubricante .
- Colocar el extremo distal de la sonda en el recipiente estéril.

Sondaje niño: Coger el pene colocándolo en posición vertical , visualizar al meato e introducir la sonda sin forzar , bajar el pene a medida que se introduce la sonda y bajar el prepucio para evitar parafimosis.

Sondaje niña : Separar bien los labios y visualizar el meato, introducir la sonda sin forzar hasta que salga la orina.Retirar la sonda suavemente y a continuación recoger la orina en un contenedor estéril y cerrarlo. Etiquetar la muestra correspondiente y enviar al laboratorio con el volante .

Retirar el material utilizado, lavar manos según protocolo y registrar el procedimiento en la hoja de enfermería .

5 Discusión-Conclusión

El principal objetivo de la técnica es conseguir una muestra estéril de orina.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/clinica5.pdf>
- <http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico>
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>

Capítulo 425

EL TCAE CON EL PACIENTE CRÓNICO TERMINAL

NURIA MARIA FERNANDEZ LEON

1 Introducción

En nuestra sociedad, hablar de la muerte es casi un tema tabú. Se suele considerar morboso y es raro que alguien hable sobre ella; nos resulta muy difícil asumir que la vida tiene fin y ver la muerte como “un acontecimiento más” en el proceso de la vida, formando hasta cierto punto parte de ella y cerrándola. La tecnificación progresiva de la atención sanitaria, tan importante en muchos aspectos, al aplicarse al “proceso de morir” se resuelve en una gran deshumanización de éste, que acaba así convertido en algo solitario e impersonal y que en muchas ocasiones se produce en el medio hospitalario. A este respecto dice la OMS. “En muchos países, la muerte ya no es una etapa natural de la vida sino un período en que muchas personas pasan en el hospital aislados emocional y socialmente.

Aunque buena parte de los presupuestos sanitarios se dedican al período inmediatamente anterior a la muerte, un creciente número de pacientes está en la actualidad empezando a solicitar tratamientos que recurran poco a la tecnología con el fin de poder morir dignamente. Existe también un amplio debate en muchos Estados miembros acerca de la influencia que las personas tienen o deberían tener sobre su propia muerte; cuestión que genera muchos problemas éticos difíciles de resolver” Reconoce la OMS el derecho de las personas a morir tan dignamente como sea posible, respetando sus valores culturales.

También en la Declaración de los “Derechos del paciente con cáncer” firmada por los 39 miembros de la European Cancer League (ECL) se recoge entre otras

cosas su derecho a la calidad de vida, a la atención desde el punto de vista médico y psicosocial, a apoyo y cuidados especiales, todo ello de alta calidad; a recibir información adaptada a sus necesidades, etc. Es la intención de este trabajo contribuir a mejorar la atención de estos pacientes; se van a revisar aspectos como la comunicación de la enfermedad, la atención a los principales problemas que presentan y la atención a la familia. Según Cicely Saunders, pionera en Cuidados Paliativos, enfermera, trabajadora social y médica, “El que no se pueda hacer nada para detener la extensión de una enfermedad no significa que no haya nada que hacer”

2 Objetivos

- Asegurar la calidad de vida del paciente en situación terminal bien atendido .
- Atención integral al paciente, en todas sus dimensiones (física, psíquico, social, mental).
- Proporcionar el apoyo necesario a la familia durante el proceso de enfermedad y de duelo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados enfermo terminal, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, cuidados, paliativos, enfermo terminal, final de la vida.

4 Resultados

La enseñanza ha de ser progresiva y realista, adaptada a las necesidades de cada familia, se debe ir modificando según vayan apareciendo nuevas necesidades y adelantándose a los problemas comunes que pueden ir surgiendo, dejando claro en qué casos deben avisarnos.

Se deben establecer objetivos a corto plazo y realistas porque su consecución proporciona sensación de éxito y aumenta la autoconfianza; deben revisarse y modificarse con frecuencia. Hay que afrontar las necesidades educativas del cuidador principal que se centran en cómo afrontar las situaciones de la vida diaria, por

lo que habrá que atender también sus deseos y necesidades, si queremos que el paciente reciba el cuidado apropiado.

El momento de comunicar a una persona un diagnóstico fatal es una difícil situación. No hay una forma única de hacerlo, y el profesional debe tener siempre presente los derechos del enfermo y respetarlos, y saber individualizar en cada caso.

Siempre hay que tener en cuenta si la persona quiere más información, qué es lo que quiere saber y si está preparada para recibirla. Se debe investigar mediante preguntas abiertas, todo lo que ya sabe, (incluido informaciones de otros profesionales), lo que piensa, o lo que le está preocupando en esos momentos.

Preparar previamente la situación; procurar estar en un ambiente agradable, sin interrupciones; utilizar un lenguaje sencillo, con palabras neutras que no tengan una connotación negativa; utilizar la comunicación no verbal para transmitir afectividad; verificar que entiende lo que se está diciendo, aguardar en silencio respetando el tiempo necesario para que reflexione; contestar las preguntas y ofrecer disponibilidad para todas las futuras dudas que van a ir surgiendo.

Hay que valorar el equilibrio psicológico del paciente y es útil para ello investigar reacciones previas ante situaciones difíciles. Puede que la información provoque un choque emocional; algunos factores de riesgo son: pacientes con depresiones severas o enfermedades mentales graves; dolor muy intenso; drogadicción; ancianos socialmente aislados; personas que rechazan los contactos sociales. En estos casos hay que ser muy prudentes y valorar que repercusión puede tener la información administrada. En cualquier caso la comunicación de la verdad debe darse de forma paulatina y continuada, respetando el ritmo individual. Hay que mantener siempre en el enfermo una esperanza realista, por ejemplo esperanza de disminuir los dolores, de ser bien cuidado, etc.

La familia juega un papel fundamental y debe estar correctamente informada sobre la enfermedad y su evolución. Es muy común informar del diagnóstico y pronóstico de una enfermedad fatal antes a la familia que al propio paciente, incluso cuando éste da muestras de querer ser informado plenamente. Esto está en contraposición con lo que ocurre con otras enfermedades en las que se mantiene la confidencialidad y no se informa a otras personas a no ser que el paciente lo desee. El momento de conocer el diagnóstico supone un gran impacto emocional; habrá que buscar un ambiente apropiado y tratar de saber lo que ya conocen, lo que intuyen y lo que quieren saber, para de forma sencilla decirles la verdad de

forma progresiva. La manera de informar a la familia será distinta de la del paciente, así como los contenidos; la información deberá ser reiterada varias veces, ocurre frecuentemente que no entienden o no pueden entender lo que se les dice y muchas veces tienen miedo de una información que no tienen con quien compartir. En ocasiones tratan de evitar a toda costa que el paciente sepa la evolución de su enfermedad, lo que impide compartir sentimientos, miedos y dudas y hace que éste se sienta cada vez más aislado. Se debe evitar que la familia y los profesionales demos mensajes discordantes; cuando insisten en que ocultemos la información al enfermo, debemos tratar de convencerles que es mucho mejor la sinceridad y trataremos de fomentar una comunicación veraz entre ambos.

No se puede dar una buena atención al paciente con enfermedad terminal si no se tiene en cuenta a la familia ya que ésta es un elemento clave para el cuidado de sus necesidades físicas y emocionales. Al comunicar a la familia el diagnóstico de la enfermedad y ésta intentar aceptar la pérdida inminente se empiezan a producir una serie de ajustes en las relaciones con el paciente. La adaptación de los sentimientos va a depender mucho de cómo se produjeron adaptaciones ante pérdidas y conflictos previos.

La familia también pasa por distintas fases de adaptación a la enfermedad:

- Negación, sin aceptar la realidad, lo que llevará a visitas a otros equipos, buscar curanderos, etc.
- Enfado, reaccionando contra el enfermo o contra los profesionales.
- Pacto.
- Depresión ante la próxima muerte.
- Aceptación.

Los cuidados proporcionados a pacientes y familia durante una enfermedad terminal influyen profundamente en el duelo que sigue a la muerte. El duelo es una reacción adaptativa ante la pérdida de un ser querido. Son una serie de emociones y sentimientos encadenados como: tristeza, dolor, rabia y sentimientos ambivalentes hacia uno mismo y los demás.

Los profesionales deben extender la ayuda a la familia tras el fallecimiento. La intensidad y duración del duelo varían en cada persona, pero suele ser proporcional al significado de la pérdida. La primera reacción es la negación para evitar el impacto doloroso, para dar paso a la fase aguda del duelo que suele durar dos semanas y que va seguido de un periodo de 3-6 meses de recuerdos del fallecido y elaboración de pensamientos; posteriormente, la persona reinicia su vida y percibe la realidad de la pérdida comenzando la aceptación emocional y la re-

nuncia definitiva a recuperar a la persona querida, suele durar de 1-2 años. Los signos que indican que se ha superado son: que la persona pueda hablar del familiar perdido sin llorar ni desconcertarse y que pueda establecer nuevas relaciones y aceptar nuevos retos de la vida.

5 Discusión-Conclusión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. La situación terminal y la muerte forman parte de manera natural de la vida. La enfermera debe realizar los cuidados necesarios: el paciente puede despedirse. Ser humano entendido de forma holística.

Decidir dónde morir: atención domiciliaria.

Libertad individual: respetar los derechos del paciente.

El enfermo ha de llenar sus últimos momentos con los mejores recuerdos de su vida.

6 Bibliografía

1. DE LA FUENTE, C. Y COLS. “Síndrome terminal de enfermedad”. Master Line, Madrid, 2000.
2. GOMEZ SANCHO,M.; OJEDA MARTÍN,M. “Cuidados paliativos: Control de síntomas”. Asta Médica, 1999.
3. BENITEZ DEL ROSARIO, MA.; LLAMAZARES GONZALEZ, AI;GARCÍA GONZALEZ,G. “Cuidados Paliativos”. Recomendaciones Semfyc. Edide. Barcelona, 1998.
4. SAUNDERS,C. “Cuidados de la enfermedad maligna terminal”. Salvat. Barcelona, 1998.
5. “Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida”. Fundación de Ciencias de la Salud. Serie: Etica y Humanidades. Ed. Doce Calles, Madrid, 1996.
6. “Cuidados Paliativos” Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
7. OMS. “Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer”. Serie de informes técnicos 804. Ginebra. 1990.

Capítulo 426

CONSENTIMIENTO INFORMADO: UTILIDAD Y FUNCIONES DEL TCAE EN LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN

LORENA MARTINEZ MARTIN

GEMMA MIGUÉLEZ VALLE

REYES CASTAÑON. MARCOS

ROSA ISABEL FERRERO RUBIN

1 Introducción

El consentimiento informado es un proceso gradual, basado en que el facultativo o personal sanitario proporciona una información comprensible al paciente sobre procedimientos, técnicas o tratamientos que se le vayan a realizar, incluyendo por lo tanto al propio paciente en parte fundamental de la relación terapéutica. El paciente podrá, por lo tanto, participar en las decisiones y, si llega el caso, rechazar las propuestas que el sanitario le realice. Además, el documento en sí permitirá al paciente no ser sólo parte activa de su proceso sanitario, sino que además le ayudará a resolver dudas y aclarar conceptos. Por ello, la redacción del consentimiento informado debe ser clara, sencilla y sin tecnicismos. No debe suponer un obstáculo para que, ni el paciente ni su entorno, comprendan diagnósticos o intervenciones. Además el consentimiento informado permite, si está

bien diseñado y redactado, aclarar las dudas al paciente y a su familia (Lorda y Júdez, 2001; Cantalejo y Lorda, 2003). La adaptación del mismo, en muchas ocasiones, será fundamental en relación a la edad o capacidad intelectual del individuo (Blanco y Gutiérrez, 2002; Paasche-Orlow, Taylor y Brancanti, 2003).

Se debe tener en cuenta que el consentimiento informado se fundamenta sobre una buena relación médico-paciente, así como sobre las decisiones que se tomen posteriormente. Una relación asimétrica entre ambos, donde el paciente no dispone de una información suficientemente clara o abundante como para tomar decisiones por sí mismo, llevará a que se apoye sobre el facultativo de cara a aceptar determinados hechos de los que, de haber tenido consciencia, no habría elegido. De forma añadida, se debe comprender que el consentimiento no sólo se basa en el propio documento físico. Muchas intervenciones o procesos básicos sanitarios no conllevan una firma expresa por parte del paciente, y sin embargo el sanitario debe explicar fehaciente y explícitamente al individuo todos los procedimientos a los que va a ser sometido (Wilhams, 1998; Quintero, 2009).

En este sentido, el propósito del consentimiento informado tiene, según Hall, Prochazka y Fink (2012), cuatro elementos básicos para suponer su efectividad y utilidad: “la capacidad para tomar una decisión; información suficiente del médico; comprensión de la información; autorización o rechazo del procedimiento”.

2 Objetivos

Este trabajo tiene como objetivos principales:

- Distinguir el proceso de la relación medico paciente a lo largo del tiempo.
- Conocer la necesidad de la creación del documento del consentimiento informado.
- Analizar y exponer las diferentes actitudes de profesionales y paciente ante este documento.
- Funciones a desempeñar por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la transmisión de información esencial al paciente para que este comprenda y consienta.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2010-2019 y combinando los siguientes descriptores: consentimiento informado, relación terapéutica, sanidad, enfermería, hospital. A través de estos tópicos, se encontraron 41 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis sólo los trabajos tipo “paper”; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 30 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 11 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados).

Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios (Figura 1).

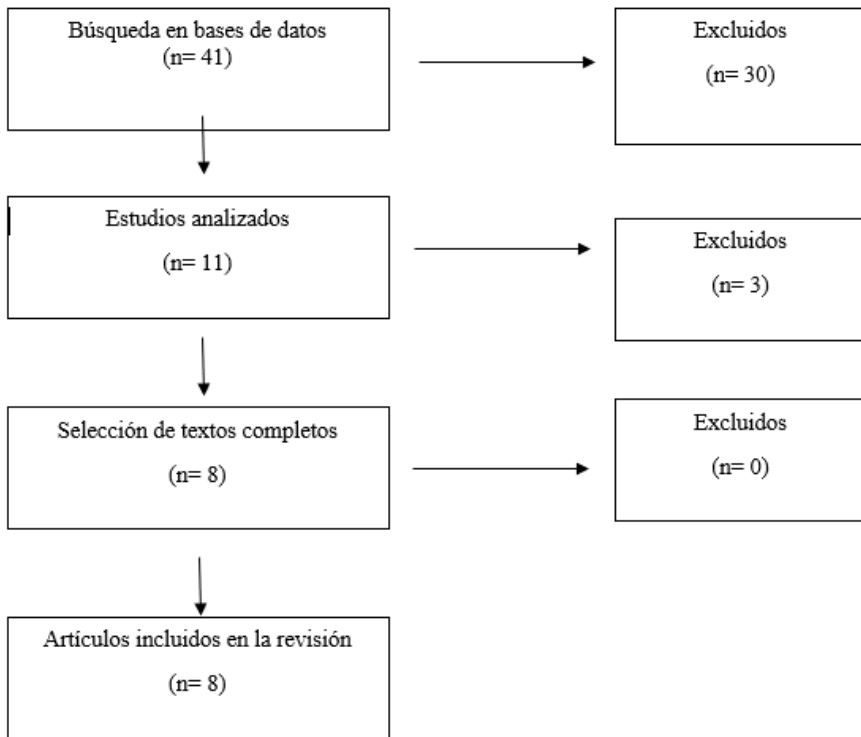


Figura 1. Proceso de selección de la muestra de artículos analizados.

4 Resultados

- Análisis de la relación médico-paciente.

Se encuentra que, a la base de la relación médico-paciente, se hallan desastres como las técnicas realizadas en campos de concentración nazis en la Segunda Guerra Mundial, los avances tecnológicos en medicina, los movimientos internacionales reivindicando los derechos civiles, o el resurgimiento de la bioética; todo esto lleva a que el antiguo paternalismo basado en que a los pacientes había que “protegerles de la verdad”, ha dado paso a uno de los principios fundamentales de la bioética: el principio de autonomía. Este principio está basado en la libertad de los pacientes a tomar sus propias decisiones referentes a su enfermedad, partiendo del hecho del conocimiento de todo su proceso terapéutico.

Se detecta que a los profesionales, con frecuencia les resulta difícil ceder el poder de decidir y no tener en sus manos la última decisión sobre el tratamiento o técnica a aplicar. Sólo un claro compromiso ético y moral con las decisiones y los derechos de sus pacientes permite introducir como herramienta clave el consentimiento informado, que establece una relación horizontal médico-paciente. Así pues, surge el consentimiento informado para cumplir los requisitos de voluntariedad, comprensión e información.

- Conocer la necesidad de la creación del documento del consentimiento informado.

La necesidad de tener en nuestras manos un documento como el analizado no sirve únicamente para que el profesional se proteja ante posibles fallos en su actuación, ni es un acto meramente administrativo, sino que es un proceso que se mantiene de manera continuada durante la relación médico-paciente con el fin de proteger a este último de decisiones no tomadas por el mismo. Por eso, este consentimiento es revocable, sin que el paciente tenga la necesidad de justificar su decisión. Se trata de una decisión tomada en base a una información adecuada. Se da una relación simétrica, es decir, ambas partes (médico y paciente) están en igualdad, los dos con unos derechos y unas obligaciones.

En nuestro país, la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, “básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”, en su artículo 8.2 nos dice que “el consentimiento será verbal por regla general, sin embargo, se prestará por escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. Nos encontramos, entonces, con un documento ante el que profesionales y pacientes actúan de diferentes formas: éste será nuestro tercer objetivo a analizar.

- Analizar y exponer las diferentes actitudes de profesionales y paciente ante este documento.

Según la información hallada en varios artículos, la comprensión del documento puede variar según diversos factores:

Edad del paciente.

Nivel de estudios del paciente.

Tipo de redacción del documento.

Actitud del profesional al informar al paciente.

Respecto a la comprensión según la edad del paciente, encontramos que es menor

cuanto mayor es la edad. Algunos pacientes refieren que perciben el consentimiento informado como un documento cuya función no es otra que proteger al médico. No se sienten bien informados, quedándose con dudas, no realizando las preguntas por diversas causas: piensan que pueden molestar, la figura del médico les impone lejanía... Esto es algo que, sin embargo, no ocurre con el resto del personal sanitario (como el de enfermería o auxiliares).

El tipo de redacción del documento y el nivel de estudios del paciente van, asimismo, relacionados, encontrando que cuanto más bajo es el nivel académico alcanzado, más difícil se hace la lectura del mismo y su comprensión.

Por otro lado, si el profesional mantiene una actitud distante, la información explícita dada sobre las intervenciones hace aumentar la ansiedad del paciente, rechazando en algunos casos la realización de intervenciones que los profesionales consideran necesarias. Por otro lado, se encuentra que, en algunas circunstancias, el médico al no percibir interés por parte del paciente, no se esfuerza en informar debida y completamente, volviendo al antiguo modelo paternalista.

Finalmente, el texto del Documento de Consentimiento Informado no dispondrá de párrafos extensos, se utilizará lenguaje comprensible, sencillo y directo, con instrucciones claras y concisas. También se evitará solicitar datos ya conocidos por el profesional sanitario.

- Funciones del TCAE en la transmisión de información esencial al paciente.

Dentro de las funciones del TCAE se encuentra la información que transmitirá al paciente. Será el personal que reciba al mismo a su llegada a la realización de pruebas o intervenciones, informará tanto al paciente como a familiares de la sala en la que tendrá lugar el procedimiento y la sala de espera, del punto de información, el tiempo que puede durar, etc. También procurará mantener el orden y el silencio en las zonas anexas a las salas donde se desarrollarán las intervenciones. Es, por tanto, un tipo de personal sanitario implicado directamente en la relación con pacientes y familiares.

5 Discusión-Conclusión

Se deduce, durante la realización de este trabajo y tras revisar varios artículos sobre el tema, la gran importancia de que el documento del consentimiento informado sea tratado como una obligación legal, como un contrato que sirve de transmisión de información comprensible de los riesgos y consecuencias, así como de la finalidad y naturaleza de la intervención o tratamiento, incluyendo que el

paciente pueda revocar libremente su consentimiento en cualquier momento.

Cumplirá unos requisitos esenciales, como la ausencia de coerción o engaño. Se ve preciso, en ese mismo sentido, la entrega de una copia al paciente, así como la elaboración de un documento único para cada tipo de procedimiento.

Se compondrá siempre, y de forma inequívoca, de unos elementos necesarios y básicos, tales como (Casto-Maldonado et al., 2010):

- Datos del paciente: nombre completo, dirección, teléfono, edad, sexo, DNI.
- Datos del profesional: nombre completo, especialidad, número de colegiado.
- Diagnóstico: nombre del procedimiento específico.
- Descripción del procedimiento: información breve de lo que se va a realizar con palabras comprensibles y no usar terminología científica.
- Información acerca de los beneficios.
- Información acerca de los riesgos.
- Alternativas de tratamiento.
- Riesgos sin el procedimiento.
- Autorización para el uso de anestésicos, especificando el tipo de anestesia y sus riesgos.
- Autorización para la transfusión en caso de que se necesitare.
- Autorización para la toma de tejidos.
- Autorización para procedimientos adicionales.
- Declaración de decisión autónoma: posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes del procedimiento.
- El paciente debe acreditar que lo ha entendido todo.
- También acreditará que se ha respondido a sus dudas.
- Firma del paciente con firma y DNI.
- Firma del profesional que va a realizar el procedimiento.

Finalmente, será fundamental que se trate como un concepto fundamental la comprensión correcta por parte del paciente y la aclaración de todas sus dudas sobre su posible intervención, con una información completa y veraz.

Es muy necesario tener en cuenta que, hoy en día, los usuarios son el centro de atención de las organizaciones sanitarias puesto que los nuevos modelos sanitarios quieren conocer la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención que reciben, en concreto sobre la información que se les da, el consentimiento y la toma de decisiones.

6 Bibliografía

- Blanco Pérez, A., & Gutiérrez Couto, U. (2002). Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general. *Revista española de salud pública*, 76, 321-331.
- Calle-Urra, J. E., Parra-Hidalgo, P., Saturno-Hernández, P. J., Martínez-Martínez, M. J., & Navarro-Moya, F. J. (2013). Evaluación de la calidad formal de los documentos de consentimiento informado en 9 hospitales. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(4), 234-243.
- Castro Maldonado, B., Callirgos Lozada, C. C., Rojas, F., Efraín, V., Leguía Cerna, J. A., & Díaz-Vélez, C. (2010). Evaluación de la calidad de estructura y contenido de los formatos de consentimiento médico informado de los hospitales de la Región Lambayeque. Marzo-junio 2010. *Acta Médica Peruana*, 27(4), 238-243.
- Cantalejo, I. B., & Lorda, P. S. (2003). Medición de la legibilidad de textos escritos. Correlación entre método manual de Flesch y métodos informáticos. *Atención Primaria*, 31(2), 104-108.
- España. (2008). 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: texto íntegro y colección de test. CEP.
- Guix Oliver, J., Balañà Fort, L., Carbonell Riera, J. M., Simón Pérez, R., Surroca Macià, R. M., & Nualart Berbel, L. (1999). Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 73, 669-675.
- Hall, D. E., Prochazka, A. V., & Fink, A. S. (2012). Informed consent for clinical treatment. *Cmaj*, 184(5), 533-540.
- Hernández Ruiz, A., Castillo Cuello, J. J., Delgado Fernández, R. I., & Soliz Santos, L. C. (2014). Utilidad del consentimiento informado en la unidad de terapia polivalente del Hospital Joaquín Albarrán. *Humanidades médicas*, 14(3), 589-601.
- Herrero, A., Reyes, A., Gómez, S., & Donat, E. (2001). Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(8), 706-713.
- Mendoza-Romo, M. Á., Nava-Zárate, N., & Escalante-Pulido, J. M. (2003). Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica. *Gaceta Médica de México*, 139(2), 184-187.
- Paasche-Orlow, M. K., Taylor, H. A., & Brancati, F. L. (2003). Readability standards for informed-consent forms as compared with actual readability. *New England journal of medicine*, 348(8), 721-726.
- Rubiera, G., Arbizu, R., Alzueta, Á., Agúndez, J. J., & Riera, J. R. (2004). La leg-

ibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 153-158.

-Simón Lorda, P., & Júdez Gutiérrez, J. (2001). Consentimiento informado. *Medicina clínica*, 117(3), 99-106.

-Simón, P., Barrio, I. M., Sánchez, C. M., Tamayo, M. I., Molina, A., Suess, A., & Jiménez, J. M. (2007, August). Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 30, No. 2, pp. 191-198).

-Uzcátegui, O., & Cabrera, C. (2010). Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 70(1), 47-52.

-Velázquez, L. G., & Espinosa, L. N. G. (2000). El valor del consentimiento informado en el Hospital de Ortopedia "Victorio de la Fuente Narváez". *Acta Ortopédica Mexicana*, 14(1), 3-8.

-Vizcaya Benavides, D. M., Zúñiga Villarreal, F. A., Pérez Cortés, P., & Cobos Aguilar, H. (2014). Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 57(5), 5-13.

-Williams, A. (1998). Medicina, economía, ética y el Servicio Nacional de Salud: ¿Un choque de culturas? *Papeles de economía española*, (76), 228-231.

Capítulo 427

PROTOCOLO DE ASPIRACION DE SECRECIONES EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA.

ELVITA GARCIA CAO

JOSE ANTONIO VEGA GARCIA

1 Introducción

La aspiración de secreciones endotraqueales es un componente básico de la higiene bronquial del paciente sometido a ventilación mecánica.

2 Objetivos

Conocer el los materiales necesarios para la preparacion y realizacion de la tecnica de aspiracion y coloborar con la enfermera en todo el desarrollo de la tecnica.

3 Metodología

Se realiza un estudio de consulta entre las principales bases de datos online (pubmed, scielo, uptodate y a través de información obtenida de los protocolos internos del servicio interno de salud de principado de Asturias se lleva a cabo una selección de textos con las palabras clave: aspiración, neonatología, sondas, recursos y materiales

Se han empleado como criterios de inclusión; idioma castellano e inglés y se han excluido aquellos publicados antes del año 2000.

4 Resultados

Recursos humanos : Enfermero y TCAE

Materiales : Sistema de aspiración del calibre nº5 al nº8 (según peso y tamaños de los niños), guantes estériles, jeringa de 2ml, suero salino en la ampolla (si es posible se hace dentro de la incubadora unos minutos antes para que temple el suero), ambú conectado a una fuente de O₂.

Procedimiento:

- El paciente debe estar monitorizado en FC, FR y saturación .Hiperoxigenaremos al paciente 30 segundos antes de empezar a realizar la técnica, le subiremos la FIO₂, al 50% de la que tenía .
- Colocar guantes esteriles.
- El TCAE dará la sonda de aspiración abierta para que coja con la mano y la conecte al a toma de aspiración. De esta manera la enfermera tendrá una mano que consideramos estéril y la otra, con la que cojera la aspiración, que se considera "sucia".
- Se cargara entre 1,5 o 2 ml de suero salino en una jeringa previamente, se desconectara el respirador sujetando bien, la boquilla del tubo endotrqueal.
- La enfermera introducirá la sonda con la mano estéril lo mas profundo que sea posible sin forzar y sin aspirar, la aspiración se realiza tapando el orificio lateral de la sonda con movimiento rotatorios y en retirada, no se deben exceder del tiempo.
- Si las secreciones son muy espesas se deben fluidificar estas con suero salino a razón de 0,1 , 0,2 ml x Kg .
- Si la saturación bajara por debajo de 90% se remontara con ambú y esperaremos para realizar otra aspiración si se considera .
- Una vez finalizado se procede a la aspiración de fosas nasales y orofaringe siguiendo este orden. Desconectamos la sonda de aspiración y la retiramos y con agua y jabón destilada se hace una aspiración para limpiar los restos que quedan en el tubo de la conexión de vacío. Se anotara en la gráfica el aspecto , consistencia y cantidad de la secciones.
- Una vez terminada la técnica el TCAE recogerá el material clasificando el de desecho según protocolo y limpiara aquel que sea para esterelizar. Acomodara al neonato en la cuna o incubadora dejando la lencería cambiada y al neonato

aseado.

5 Discusión-Conclusión

Objetivos de la aspiración : conseguir que el neonato pueda respirar y alimentarse sin dificultad y evitar una brocoaspiración o una posible para respiratoria.

6 Bibliografía

- <https://www.mscbs.gob.es/>
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>
- <http://scielo.isciii.es> <http://www.codem.es/>

Capítulo 428

CAÍDAS EN PACIENTES ANCIANOS: FACTORES DE RIESGO, MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

REYES CASTAÑON. MARCOS

ROSA ISABEL FERRERO RUBIN

LORENA MARTINEZ MARTIN

GEMMA MIGUÉLEZ VALLE

1 Introducción

Las personas que se caen tienen altas probabilidades de disminuir su movilidad y de generar una mayor dependencia, sufriendo así riesgo de muerte prematura. En este sentido, los adultos de edad avanzada que sufren una caída tienen dos o tres veces más probabilidades de caerse de nuevo en el plazo de un año. Hay varios componentes causales, tales como el grado de osteoporosis vinculado a las condiciones climáticas y nutricionales. Por lo tanto, en la longevidad de las personas repercuten las caídas, especialmente en los países desarrollados, que presentan una elevada población envejecida. En este sentido, nuestro país tiene una de las expectativas de vida más alta. Por un lado, hay más ancianos ya que

llega más gente a los 75 años. Por otro lado, hay menos jóvenes debido a la baja tasa de natalidad (Lavedán-Santamaría, 2013).

De este modo, las caídas son la causa predominante de lesiones en personas de edad avanzada. Van seguidas de accidentes de tráfico, quemaduras, incendios, ahogamiento e intoxicaciones. Cada año uno de cada diez ancianos es tratado por un médico a causa de una lesión de caída, lo que representa ocho millones de lesiones en la UE (EUNESE, 2006). Los adultos de edad avanzada ingresan en el hospital por lesiones de caídas con una frecuencia cinco veces mayor que por lesiones de otras causas. Cuando una persona se cae, la dificultad para levantarse y permanecer en el suelo más de una hora puede provocarle deshidratación, infecciones (urinarias y neumonía), hipotermia... todo esto puede llevar a una persona a la muerte (Reis y Jesús, 2015).

La literatura indica que no se tiende a dar a las caídas en personas ancianas la importancia que estas merecen, habiendo cierta pasividad ante el anciano que cae repetidas veces, tanto en el entorno familiar como en ámbitos profesionales. Si la caída se denuncia, es porque esta ha provocado una lesión física de consideración, quedando sin referenciar las que no necesitan atención médica (Ortuño-Cortés, 2007).

A nivel sanitario, las consecuencias de las caídas son especialmente importantes en la evolución de los pacientes. Según Delgado-Morales, Estiven, Castillo-Mayra y Miños- Madelyn(2013), caídas desde la posición vertical o laterales se relacionan con una mayor incidencia de fracturas. También la superficie de impacto (cerámica, baldosas...) será un factor determinante. Las fracturas más comunes provocadas por las caídas, son: fractura de articulación coxo-femoral, cuerpos vertebrales, epífisis proximal del humero, epífisis distal de radio, epífisis distal de fémur, epífisis proximal de tibia.

Por otro lado, trastornos asociados como el “síndrome post-caída” también pueden hacer su aparición. Esto es: falta de confianza del paciente por miedo a volverse a caer y no querer caminar por si mismo o ayudado por sus cuidadores llegando al aislamiento y depresión por la pérdida de confianza (Gandoy-Crego et al., 2001).

2 Objetivos

Por todo lo expuesto, este trabajo consta de unos objetivos principales, que son los que siguen:

- Determinar cuáles son los principales factores de riesgo (intrínsecos y extrínsecos) asociados a las caídas de pacientes ancianos en el ámbito sanitario.

Objetivos secundarios:

- Describir las medidas de protección para evitar caídas.
- Analizar los protocolos de actuación y las funciones del TCAE ante una caída.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2010-2019 y combinando los siguientes descriptores: caídas, riesgo, factores, sanidad, anciano. A través de estos tópicos, se encontraron 32 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 11 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 21 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados).

Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 13. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios.

4 Resultados

Factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos

Los factores intrínsecos se refieren a atributos propios de cada persona, tales como la edad, la raza o el género. Los factores de riesgo extrínsecos son aquellos que están ampliamente relacionados con el entorno o contexto del paciente (situación económica, social, comportamiento, emociones, actividades del día a día, así como el ambiente en el que se mueve la persona).

Factores de riesgo intrínsecos asociados a las caídas:

- Dificultad para comunicarse al ver
- Dificultad para comunicarse al oír
- Caídas en el último año
- Prótesis ortopédicas en extremidades inferiores (bastón, andador, muletas)
- Movilidad muy limitada
- Movilidad limitada
- Deterioro funcional general
- Urgencias urinarias

Factores de riesgo extrínsecos asociados a las caídas:

- Entorno desordenado
- Mala iluminación
- Timbre no accesible
- Cama elevada
- Cama sin frenar
- Suelo húmedo
- Calzado inadecuado

También influye la medicación: antidepresivos, ansiolíticos, anti hipoglucemiantes, antiarrítmicos, inotrópicos, betabloqueantes, anticoagulantes.

Con respecto a las caídas en el medio hospitalario, se detecta que estas son un problema de salud real, tanto por las consecuencias a nivel personal como por los costes adicionales. El 5% son caídas graves y provocan discapacidad temporal o permanente, aumento de estancia en el hospital y complicaciones en el diagnóstico.

La mayoría de las caídas se deben a la situación del paciente: estado de salud, conducta y/o actividad. Así, los factores del paciente que influyen en el riesgo de caída son los que siguen:

1. Movilización sin ayuda cuando si se necesita
2. Edad superior a 75 años
3. Estado de confusión o desorientación
4. No poder moverse a causa de una amputación/parálisis/parkinson/artrosis... por inmovilización prolongada...
5. Alteración ocular
6. Sedación por fármacos que producen depresión
7. Alcoholismo y drogas
8. Actitud agresiva

9. Hipotensión
10. Hipoglucemia
11. Ansiedad en el enfermo con reposo absoluto
12. Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones...)
13. Enfermedades cardíacas
14. Enfermedades respiratorias
15. Objetos externos que impiden la movilidad (sondas, drenajes, goteros, andadores...)

Medidas de protección

A nivel hospitalario, se encuentra que las medidas de protección más eficaces son las que siguen:

- Barandillas
- Presencia de acompañantes
- Medidas de contención en miembros superiores
- Medidas de contención contralaterales
- Medidas de contención en miembros inferiores
- Medidas de contención en tórax
- Medidas de contención en abdomen

También son medidas de protección: empezar de forma paulatina a realizar actividades físicas; no tomar alcohol o sustancias excitantes; mantener una dieta saludable y un peso adecuado; ambientes del entorno sin suelos resbaladizos con exceso de brillo y/o húmedo; calzado cómodo y cerrado; instalar barras en escaleras.

Por otro lado, se debe tener en cuenta el nivel de conciencia o aceptación que la persona tiene acerca de la probabilidad de sufrir una caída. Si la persona no es consciente, el personal sanitario -y el TCAE, en concreto-, serán los encargados de velar por su seguridad de cara a prevenir traumatismos u otras lesiones. Por otro lado, si la persona es consciente, el equipo sanitario debe explicarle los distintos factores de riesgo, así como sus potenciales consecuencias, proporcionando apoyo emocional y ayuda para movimientos y traslados.

Finalmente, también se deberán adoptar medidas de protección en el área quirúrgica:

- El tiempo que el paciente este en el área quirúrgica, las barandillas tienen que estar subidas.
- Cuando no esté protegido por las barandillas, estará vigilado por personal sanitario.

- Se asegura convenientemente al paciente antes de cualquier cambio de cama a camilla o, al contrario.
- También se asegurará el cambio de posición en la mesa quirúrgica, cama y camilla.

Protocolos de actuación ante una caída

El personal sanitario es responsable de:

- Valorar y avisar al médico, si lo considera.
- Registrará en la hoja de enfermería la hora, lugar, fecha y causa medica si es atendido.
- Después de cubrir el informe, lo entregara a la supervisora.
- Control del paciente en horas sucesivas.
- Todos los pacientes de riesgo tendrán cubierto el registro (escalas de riesgos de caídas).

Además, en el registro de valoración, de forma previa, se deben anotar los datos que siguen:

- Alteraciones de la movilidad
- Edad
- Estado sensorial, conciencia,
- Tratamiento
- Diagnostico medico
- Estado emocional
- Si es portador de dispositivos externos
- Si ha tenido caídas previas

La supervisora de la unidad comprobará que está evaluado el paciente y el riesgo de caída y si están presentes las medidas oportunas, y entregará el registro de caídas a la unidad de calidad.

5 Discusión-Conclusión

En ocasiones, las caídas y alteraciones que sufren los pacientes derivados del hospital exigen una atención del paciente que previamente no necesitaba. Esa situación puede llevar al ingreso de la persona en un centro residencial. También es necesario el conocimiento de técnicas de movilización, evitar obstáculos, y enseñar al paciente a moverse. Además de tener puntos de apoyo como los bastones, muletas, andadores, etc.

El auxiliar de enfermería debe integrar, como una función principal, el enseñar a los pacientes las técnicas de movilidad que se requieren para levantarse o sentarse después de una caída, ya que estos conocimientos ayudarán a prevenir y apoyarán en una rápida actuación en caso de producirse una caída en el futuro.

6 Bibliografía

- Delgado Morales, J. C., Estiven, A. G., Castillo Mayra, V., & Miñoso Madelyn, C. (2013). Osteoporosis, caídas y fractura de cadera. Tres eventos de repercusión en el anciano. *Revista Cubana de Reumatología*, 15(1), 41-46.
- Díaz Oquendo, D., Barrera García, A. C., & Pacheco Infante, A. (1999). Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de enfermería*, 15(1), 34-38.
- Eunice, H. H. D., & Joel, F. V. (2007). Prevención de caídas en el adulto mayor: Intervenciones de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(1), 47-50.
- Gandoy-Crego, M., López-Sande, A., González, N. V., Fernández, I. I., Martínez, M. L., & Millán-Calenti, J. C. (2001). Manejo del síndrome post-caída en el anciano. *Clínica y Salud*, 12(1), 113-119.
- González López, J. (2016). Efectividad de las actividades enfermeras en la prevención de caídas en el anciano no hospitalizado.
- Lavedán Santamaría, A. (2013). Estudio de seguimiento de las caídas en la población mayor que vive en la comunidad (Doctoral dissertation, Universitat de Lleida).
- Ortuño Cortés, M. Á. (2007). Análisis clínico y posturográfico en ancianos con patología vestibular y su relación con las caídas.
- Reis, K. M. C. D., & Jesus, C. A. C. D. (2015). Cohorte de ancianos institucionalizados: factores de riesgo para caída a partir del diagnóstico de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1130-1138.
- Silveira Vidal, D. A., Santos, C., Sidney, S., Rodrigues Andrade, F., Tomaschewski Barlem, J. G., Porto Gautério, D., & Devos Barlem, E. L. (2013). Proceso de enfermería orientado a la prevención de caídas en los ancianos residentes en instituciones: investigación-acción. *Enfermería Global*, 12(29), 196-206.
- European Network for Safety among Elderly (EUNESE) Partners. Five-Year Strategic Plan for the Prevention of Unintentional Injuries among EU Senior Citizens, Athens, 2006

Capítulo 429

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

SOFIA PATALLO ALVAREZ

MARÍA GENEROSA LILLO TEJÓN

ISABEL ROLDÁN FERNANDEZ

MARCO CASADO CORONA

1 Introducción

La espondilitis anquilosante, conocida por las siglas EA, es un tipo de artritis que afecta principalmente a la espina dorsal, las articulaciones y ligamentos que se encuentran a lo largo de la columna vertebral .

Los síntomas y discapacidad varían de una persona a otra, un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado pueden ayudar a controlar el dolor y la rigidez y con ello reducir o prevenir la deformidad asocia con la EA.

2 Objetivos

Explicar los síntomas más significativos de la enfermedad para una rápida identificación de la misma.

3 Metodología

He realizado la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. como Dialnet, Scielo y Google académico, tomando de referencia principal en artículo de

”American Collage of reumatología” revisado en Junio 2018 por ”Chase S Carreia Mb” y revisado por la comisión de marketing y comunicaciones del colegio estadounidense de reumatología.

Se emplearon como descriptores: espondilosis anquilosante, reumatología, EA, patología. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e ingles, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre

4 Resultados

Los doctores basan el diagnostico de la EA en la sintomatología del dolor inflamatorio de espalda, en el examen físico, la radiografía de la pelvis y la espalda baja o región lumbar. si estos resultan cuestionables se podrían hacer otros estudios como resonancia magnética, un análisis de sangre para ver la presencia del gen HLA-B27 presente en el 90% de las personas con EA, el cual es un factor preponderante en el desarrollo de la enfermedad, por lo que sería una pista que respalde el diagnóstico.

Se desconocen la causa de la EA, la herencia, el gen HLA-B27 y la infección de diversos tipos de bacterias son algunos de los factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad, aunque a día de hoy no se ha encontrado una causa específica o definitiva que desencadene esta enfermedad.

El tratamiento de la enfermedad se enfoca en la reducción del dolor y la rigidez para prevenir deformaciones y que el paciente pueda continuar con sus actividades normales.

Para el tratamiento y control de la EA están los fármacos antiinflamatorios no esteroides para aliviar el dolor y la rigidez. También están los llamados fármacos agentes biológicos que inhiben la molécula conocida como factor de necrosis tumoral (FNT) y que resultan efectivas en personas con EA activa.

5 Discusión-Conclusión

La EA es una enfermedad crónica, afecta más a hombres que a mujeres, es mas común en personas anglosajonas, asiáticos e hispanos y con menos prevalencia en afroamericanos.

Se debe mantener una buena postura tanto de pie como sentado o dormido para así evitar que las articulaciones se fusionen en posiciones indeseables.

En cuanto al estilo de vida se debe realizar ejercicio de manera regular, mantener la espalda tan recta como se pueda con los hombros hacia atrás y la cabeza recta, realizar ejercicios para fortalecer la espalda y el cuello. Llevar una alimentación sana y equilibrada evitando el sobrepeso. Todos estos hábitos contribuyen a mejorar la sintomatología de la enfermedad.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es>
- <https://scholar.google.es>
- American Collage of reumatología” revisado en Junio 2018 por ”Chase S Carreia Mb” y revisado por la comisión de marketing y comunicaciones del colegio estadounidense de reumatología.
- <http://www.scielo.org.co>

Capítulo 430

BALANCE HIDRICO

ELVITA GARCIA CAO

JOSE ANTONIO VEGA GARCIA

1 Introducción

El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de líquidos recibidos como las pérdidas , enmarcando esta composición en un periodo de tiempo (habitualmente 24 horas) lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente .

2 Objetivos

Conocer la cantidad de líquidos administrados y eliminados por el paciente , en un tiempo determinado para la valoración del equilibrio hidroeléctrico.

3 Metodología

Se realiza un estudio de consulta entre las principales bases de datos online (pubmed, scielo, uptodate y a través de información obtenida de los protocolos internos del servicio interno de salud de principado de Asturias . se lleva a cabo una selección de textos con las palabras clave : balance hídrico, equilibrio hidroeléctrico , volumen , líquidos , ingesta , nutrición. Se han empleado como criterios de inclusión ; idioma castellano e inglés y se han excluido aquellos publicados antes del año 2000.

4 Bibliografía

- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>
- <https://www.mscbs.gob.es>
- <http://www.portalfitness.com>

Capítulo 431

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS

OLGA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Un neonato o recién nacido es un niño que tiene menos de 28 días desde el momento de su nacimiento, haya sido este por parto natural o cesárea. Durante esta etapa tienen lugar muchos cambios que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida, por lo que es importante detectar y prevenir cualquier problema a tiempo. Un recién nacido sano es aquel en el que no se le han observado riesgos ni malformaciones evidentes. Las características de un recién nacido sano son:

- Coloración rosada.
- Peso entre 2,5-4kg.
- Longitud entre 48-52cm.
- Una frecuencia respiratoria entre 30-60 rpm.
- Una frecuencia cardiaca entre 100-160 ppm.
- Temperatura corporal entre 36-37°C.

Al salir del medio intrauterino, el recién nacido lleva a cabo una serie de cambios que son imprescindibles para su supervivencia:

- Proceso de oxigenación mediante la respiración pulmonar e inicio de la circulación pulmonar.
- Paso a una alimentación gastrointestinal intermitente.
- Puesta en marcha del sistema renal y hepático para la eliminación de desechos.
- Adaptación al entorno externo: ambiente seco con temperatura variable y numerosos agentes extraños.

Es necesario comprobar que las condiciones físicas del recién nacido permiten estas adaptaciones con el fin de evitar complicaciones durante su adaptación al medio.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados necesarios que se deben de llevar a cabo al término del parto y hasta el traslado del recién nacido y la madre al servicio de maternidad del hospital.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre los cuidados del neonato al nacimiento.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando finaliza el parto, y antes de trasladar al recién nacido y a su madre fuera del paritorio, se lleva a cabo una evaluación inicial y se le dan las primeras atenciones y cuidados. Estos cuidados consisten fundamentalmente en el restablecimiento de la respiración, el mantenimiento de una temperatura corporal normal, la prevención de infecciones y la alimentación.

La primera evaluación consistirá en:

- Determinar el índice de Apgar: se trata de la suma de las calificaciones de las distintas características que presenta el recién nacido. Se evalúan al minuto y los 5 minutos de nacer y nos dirá el grado y el tipo de intervención que el recién nacido necesita.

- Inspección general del recién nacido:

Examinar la morfología corporal para descartar cualquier anomalía.

Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales y el ano.

Cerciorarse de la existencia de 3 vasos en el cordón umbilical.

Presencia de meconio y micción si se llegara a producir.

Auscultar la frecuencia cardíaca.

Observar una respiración regular y efectiva.

Las primeras atenciones al recién nacido consisten en:

- Facilitar la adaptación cardiorrespiratoria liberando las vías respiratorias superiores de secreciones, llegando a aspirar si es preciso.
- Mantener la temperatura corporal entre 36-37°C ya que el recién nacido pierde calor con facilidad. Todas las maniobras se realizarán sobre una cuna térmica, cubriendo al recién nacido con un paño caliente. La sala debe permanecer a una temperatura constante de 25°C y es recomendable que exista un contacto piel con piel con la madre nada más nacer.
- La alimentación del recién nacido sano debe realizarse después del nacimiento ya que tienen el reflejo de succión muy desarrollado y será un estímulo para la producción de leche materna.
- Se debe mantener la sala de partos en condiciones de asepsia en todo momento.
- Se recomienda que haya un contacto afectivo entre padres-hijo al poco del parto ya que es el momento en el que el recién nacido comienza a reconocer y explorar el entorno que lo rodea y a poner en marcha sus reflejos innatos de succión, búsqueda y presión.

Después se realizan una serie de cuidados antes de trasladarlo definitivamente al servicio de maternidad del hospital. Estos cuidados son:

- Identificación mediante la colocación de un brazalete en el tobillo en el que constan todos los datos relevantes (nombre de la madre y número de identificación que coincide con el del brazalete de la madre). También se le toman las huellas dactilares. Este paso es imprescindible antes de abandonar la sala de partos.
- Colocación de una pinza en el cordón umbilical, así como limpieza y desinfección del mismo. De la zona placentaria del cordón se extrae una muestra para analizar.
- Se realiza una profilaxis ocular en la que se aplica un colirio con varios antibióticos para prevenir las infecciones oculares.
- Se le administra 1mg de vitamina K vía intramuscular ya que los recién nacidos presentan una deficiencia de esta vitamina. Esto previene la aparición de hemorragias digestivas.
- Se toma una muestra de sangre del talón para realizar un análisis rápido y detectar de manera precoz la fenilcetonuria, una alteración del metabolismo de proteínas presentes en la leche. También se realizan otras pruebas metabólicas a lo largo de los siguientes días.

En el caso de que se detecte alguna anomalía durante la revisión inicial el recién

nacido será colocado en una incubadora y monitoreado todo el tiempo por un equipo sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería colabora junto con el resto del equipo sanitario en la prestación de todos los cuidados, por lo que es necesario que esté familiarizado con todos los procesos que se llevan a cabo y así poder realizarlos correctamente.

6 Bibliografía

- Pubmed
- Medline
- Scielo

Capítulo 432

IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER.

MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ

1 Introducción

El estado de salud de toda persona depende, en gran medida, del aporte de todos y cada uno de los nutrientes que el organismo necesita para construir y reparar los tejidos y regular los procesos metabólicos. Las necesidades nutricionales de cada individuo varían a lo largo de la vida debido a cambios fisiológicos, psicosociales y patológicos y a consecuencia de ello, la alimentación también debe adaptarse de manera individualizada, por eso el enfermo de Alzheimer debe tener una buena alimentación adaptada a su enfermedad.

2 Objetivos

- Describir la base de la alimentación en el enfermo de Alzheimer.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos indexados en la base de datos de Scielo y Pubmed.

4 Resultados

En los enfermos de Alzheimer hay que aplicar la alimentación básica adaptada. La dieta que aplicaremos al enfermo de Alzheimer tiene que ser variada y equilibrada con alta densidad nutricional, enriquecidos en proteínas, energía, vitaminas y minerales, evitando una malnutrición y que tengan una fácil masticación y deglución, con texturas suaves y homogéneas utilizando productos espesantes para asegurar la deglución de líquidos.

5 Discusión-Conclusión

En la alimentación en el enfermo de Alzheimer es fundamental mantener una alimentación equilibrada que cubra los requerimientos nutricionales del organismo y conserve el bienestar físico; pero la alimentación influye también en el bienestar psicológico, ya que el acto de comer es placentero y supone un acontecimiento social, durante el cual nos relacionamos con familiares y amigos. En la enfermedad de Alzheimer, uno de los momentos conflictivos en su comportamiento es la hora de comer. Por eso es importante insistir en la correcta nutrición de estos individuos.

6 Bibliografía

- scielo.isciii.es(la alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar)
- <https://blogcrea.imserso.es>(alimentos sanos en el enfermo de Alzheimer)

Capítulo 433

SALUD COMUNITARIA. ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA

FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA

PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA

1 Introducción

Una de las prioridades del Sistema Nacional de Salud es “...conocer la utilización de los recursos disponibles ... para que en la Atención Primaria de Salud sea posible la planificación, programación y evaluación de las prestaciones ofertadas a la población...”. La puesta en práctica de la Atención Primaria pasa por un proceso de recogida de datos y su posterior análisis, que permitan conocer las necesidades de salud de la población.

2 Objetivos

- Proporcionar una atención médica y cuidado continuos, integrales, centrados en el niño y la familia, coordinados, en el medio en el que el niño crece y se desarrolla y desde el nacimiento hasta la finalización del crecimiento somático y el desarrollo psicosocial.
- Prestar una atención individualizada considerando el contexto social y comunitario con un enfoque poblacional no solo de grupos de riesgo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica basada en literatura existente y en las principales base de datos como PubMed y Scielo.

4 Resultados

En este proceso se tiene que valorar:

- Población diana: grupo de población a la que va dirigida el proyecto.
- Captación: a través de las diferentes consultas, asociaciones, carteles, etc.
- Desarrollo de la intervención.

Aplicando los conocimientos y cuidados anteriormente descritos, la evolución del enfermo es favorable, rara vez la evolución no ha sido positiva. Si tuviéramos que resumir los resultados, un 90% han resultado positivos.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión llegamos a la determinación que los cuidados pediátricos bien compenetrados y formulados en equipo con las tres figuras fundamentales (médico, enfermera y TCAE) son imprescindibles para una evolución favorable del enfermo.

6 Bibliografía

- Aeped.es [actualizado y citado: 29 Sept 2019].
- Aepap.org [actualizado y citado: 29 Sept 2019].
- Scielo.isciii.es [actualizado y citado: 29 Sept 2019].

Capítulo 434

EJERCICIO FÍSICO Y LA ALIMENTACIÓN EN LOS ANCIANOS

ALBA ÁLVAREZ LÓPEZ

YESICA DÍAZ BEJARANO

MAITE GARCÍA RODRÍGUEZ

ANGELA GAMERO FERNÁNDEZ

MARTA GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

La tercera edad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), todo individuo mayor que pasa de 60 años se le considera de la tercera edad, de 60 a 74 se considera edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y si sobrepasan la edad de 90 años se les considera grandes viejos o grandes longevos (OMS, 2018).

La alimentación es una función orgánica a través de la cual el ser humano continúa con vida, es una función junto con la respiración que tiene el ser humano, se consideran una de las más importantes. (Bayarre, Pérez, y Menéndez, 2006; González, y Froment, 2018; Reguera, Cervera, Rodríguez, Pereira, y Pérez, 2001).

Se considera envejecimiento al cambio intrínseco y gradual que hace que el organismo se conduce a una situación de vulnerabilidad y pérdida de agilidad, generando posibles enfermedades, con el resultado final de muerte. Estos cambios a los que se están haciendo referencia ocurren en un órgano o en la totalidad

del organismo durante el periodo de vida del individuo, como de otro ser vivo (Alvarado, Maya, y María, (2014). La función de esta introducción sería el analizar determinar y contrastar el estudio de la alimentación y el ejercicio físico en la tercera edad, teniendo como referencia épocas anteriores y la actual.

El individuo tiene una serie de etapas en su vida, en las cuales tiene unas necesidades nutricionales, vitales diferentes, las cuales se van referenciar a lo largo del capítulo, así como a sus necesidades de ejercicio físico para que tenga una calidad de vida excelente (Fernández, Almuiña, Alonso, y Blanco, 2001).

El adulto sano, necesita mantener dieta equilibrada y variada de manera correcta, debiendo estar bien informado, tanto de los alimentos, como de su forma de cocinado, a lo que actualmente se está haciendo referencia muy a menudo. De este modo, el adulto, con alguna patología, una dieta equilibrada debe tener un aporte correcto de nutrientes a través de los alimentos que ingerimos, para ello, debe incluir gran variedad de los mismos, así como su forma de cocinado y preparación (Crudo, Hervido, Vapor). Pues, se debe hacer referencia a la pirámide nutricional en la cual se establecen al cantidad diaria de lácteos, verdura, frutas, hortalizas, alimentos proteicos (legumbres, carne, pescado, huevos), y en menor medida, productos prefabricados, dulces y azúcares (Contreras y Gracia 2005).

Conceptos necesarios para desarrollar este capítulo son los siguientes:

- Nutrientes esenciales: se puede definir como aquel nutriente que el organismo no sintetiza pero que es necesario para el funcionamiento del mismo, ejemplo de ello son las vitaminas, minerales, lípidos y aminoácidos. Dichos nutrientes esenciales no son los mismos para todas las especies, las dosis de dichos nutrientes esenciales son muy importantes, ya que en dosis elevadas pueden ser tóxicos, como por ejemplo un exceso o sobredosis de hierro puede producir un efecto tóxico y nada favorable a la salud personal.
- Nutrición: la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, una dieta equilibrada y combinada con un ejercicio físico regular, es un elemento importante para tener una buena salud (Ochoa, Rivas, Joca, Batista, y Leyva, 2015).
- Dieta: control o regulación de la cantidad y tipo de alimentos que toma una persona con un fin concreto.
- Ejercicio Físico: el ejercicio físico es fundamental para evitar enfermedades sobre todo cuando nos vamos haciendo mayores, así como cualquier otro tipo de cuidado personal. El ejercicio físico en la tercera edad nos ayudará a retrasar cualquier signo de enfermedad. El tipo o la intensidad del ejercicio físico depen-

den de la edad y la situación de la persona, realizando un estudio individual de la situación personal y médica.

Los requerimientos nutricionales en todas las etapas de la vida son diferentes, aunque en la etapa adulta y la tercera edad siempre que la persona mayor se encuentre en buenas condiciones de salud. Respecto a las calorías se debe tener en cuenta que el balance entre el consumo y el gasto debe ser equilibrado proteínas, se recomienda que el 10-15% del total de las calorías ingeridas provenga de las proteínas. El problema está en que la persona anciana suele tener dificultad para masticar la carne y suelen tender a comer productos más blandos, si se disminuye la ingesta de carnes se puede completar esta carencia con otro tipo de producto, como puede ser vaso de leche diario, huevos y queso, siempre cuidando el colesterol y la ingesta de grasas, 55-60% del total de calorías de los carbohidratos, teniendo en cuenta la disminución en el consumo de azúcares, el 30% del total de las calorías debe provenir de los lípidos, preferiblemente el consumo de ácidos grasos insaturados (mono y poliinsaturados), sobre los saturados, 25 a 30 gramos por día de legumbres, verduras, frutas o cereales enriquecidos (fibra dietética), (Génua, 2001).

Las vitaminas: vitamina D y la B12. Los minerales: en esta edad suele presentarse deficiencia de calcio, la presencia de hipertensión, por lo que lo recomendado sería la disminución del consumo de sodio (sal), así como aumentar el consumo del magnesio y potasio. Controlar la ingesta de agua es de vital importancia para evitar la deshidratación y el estreñimiento, estas situaciones suelen aparecer normalmente con estas edades.

Ejercicio Físico: la palabra ejercicio físico suele atribuirse a personas jóvenes pero no es así, la persona mayor necesita ejercicio en su vida, ya que sino sus órganos se atrofiarían, huesos débiles y evita enfermedades tipo óseas, así como previniendo enfermedades metabólicas, considerándose a la misma vez un aliado para evitar caídas, (González, Rodríguez, Ferro, y García, 1999). En este sentido, mejora el descanso y evita el sobrepeso, pues estos problemas digamos que son más comunes a partir de los 60 años, así que es a esta edad en la cual debe la persona adulta debe animarse a realizar una actividad física o deportiva, etc. Lo ideal es realizar una actividad semanal de 150 minutos de una actividad aeróbica moderada, siempre teniendo en cuenta el estado de salud de la persona individual, se suelen combinar ejercicios que favorecen el aparato locomotor con otros que ayuden a la flexibilidad y al equilibrio, natación, taichí, yoga, así como aquellas para fomentar el equilibrio como puede ser, andar de puntillas, andar en un

solo pie, levantarse y sentarse, etc. Pues, el ejercicio no debe doler, ni suponer un esfuerzo, ya que esto sería negativo para el organismo. En definitiva, el ejercicio físico es fuente de salud y contribuye a alargar y mejorar la vida de las personas mayores, la edad no es excusa para no hacer deporte, no hay impedimentos, sino solo algunas limitaciones.

Actualmente, tanto la palabra dieta, como ejercicio físico, se utilizan a menudo desde hace unos años, ya que tanto las mujeres, como los hombres de cualquier edad se preocupan mucho más por el aspecto físico, y si en ello, implicamos la salud. El personal sanitario aconseja el ejercicio físico como proyecto de vida saludable (Cabrera, 2004).

2 Objetivos

- Determinar cómo identificar, contrastar y corroborar la importancia que tiene para la vida del anciano dichos aspectos.

3 Metodología

En la realización de este capítulo se han utilizado diversas bases de datos de carácter científico como PubMed, Scopus, entre otras. El periodo de búsqueda ha comprendido años 1990 en adelante. Se han utilizado referencias bibliográficas obtenidas a través del buscador Google Académico, así como el análisis de aproximadamente seis estudios sobre la tercera edad. Ejercicio y la alimentación como criterios descriptivos.

4 Resultados

Una vez analizado al estudio realizado a través de la metodología empleada, bases de datos Scopus, referencias bibliográficas y Google Académico, se establece como resultado del capítulo lo siguiente: la sociedad utiliza estos términos de alimentación y ejercicio físico diariamente, tanto por temas estéticos, como temas de salud (González y Froment, 2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de las personas mayores. Los beneficios de la actividad física en el anciano son inmensos según estudios realizados por diferentes autores entre dichos beneficios estarían el aumento de la autoestima así como de la propia autonomía del anciano (Carroza y del Barco, 2010; García y Troyano, 2013).

La población actual, en la mayoría de los países envejece muy rápido, ya que actualmente existen menos nacimientos que épocas anteriores, con lo que al paso de los años van a existir más personas ancianas que niños y juventud. Para poder establecer una calidad de vida buena para las personas mayores hay que enfocarse en primer lugar en la nutrición, ya que la mayoría de las patologías asociadas a esa edad pueden desencadenarse o agravarse por estados de malnutrición o mejor expresado deshidratación. El envejecimiento se produce por cambios de situación actitudes, así como cambios morfológicos, físicos, etc.

Una buena nutrición implica la atención a las necesidades físicas del individuo, la malnutrición del anciano puede venir desencadenado por diferentes circunstancias que hay que analizar, puede ser por ejemplo, ingesta deficiente por estados de depresión, soledad, ignorancia, pobreza, problemas sensoriales como deficiencia visual, cognitiva, enfermedades gastrointestinales, disfagia, deficiencias motoras a causa de efectos de alguna enfermedad como puede ser las consecuencias de un ictus, etc. (Moreno, García, y Martínez, 2006).

Según la OMS (2018), los factores de riesgo se pueden clasificar en:

- Factores de riesgo general: edad, sexo y genes.
- Factores de riesgo conductuales: tabaquismos y falta de ejercicio físico. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo.
- Factores de riesgo intermedio: diabetes, colesterol y enfermedades comunes.
- Otro de los factores que se establecen en esa edad es la obesidad, ya que el metabolismo basal reduce el 2% con cada década de vida que pasa el individuo.

Destacar que los ácidos grasos Omega 3 y Omega 6 son muy importantes para la prevención de enfermedades arteriales, así como cerebrovasculares. De este modo, en regiones donde se utilizan estos tipos de ácidos grasos hay menos personas afectadas por este tipo de enfermedades, su uso reducen los triglicéridos y colesterol. Para prevenir estas enfermedades se aconseja un consumo de 400 gramos a la semana equivale a dos porciones de pescado a la semana.

Una dieta equilibrada se compone de una serie de raciones diarias a la semana:

- 11 raciones de cereales, tipo de arroz, pan y pasta.
- 4 raciones de fruta.
- 3 a 5 raciones de verdura/hortalizas.
- 4 raciones de lácteos.
- 2 o 3 raciones de carnes o equivalentes, pescado y legumbres.
- 30 gr de grasa aceite de oliva, semillas, etc.

Las recomendaciones generales para una dieta sana para personas mayores de 60 años son:

- Dieta variada.
- Cantidad correcta de alimentos.
- Comer frutas y verduras.
- No comer en exceso productos que contengan grasa tipo bollería, etc.

Un punto importante es el ejercicio físico recomendado sobre unos 50-60 minutos de caminata, dependiendo del estado actual de la persona anciana.

Cuando el cuerpo envejece se pierde agua, con lo cual la hidratación es muy importante, así como que en la alimentación se introduzca la fibra alimentaria, ya que junto con la deshidratación es uno de los efectos del envejecimiento del cuerpo. Para evitar posibles efectos, como puede ser el estreñimiento, en cuanto al agua que debe beber el anciano está entre 1 litro y medio a dos diarios. Hay que tener en cuenta que el anciano es posible que no lo pida, pero hay que ofrecérselo.

En cuanto a la dieta del anciano hay que atender a sus necesidades, no solo nutricionales, sino también sensoriales, es decir, por ejemplo, ofrecerle al anciano variedad de productos, así como una presentación adecuada para que a el anciano tenga apetito de ver una buena presentación de la comida, ya que realmente el anciano a esas edades pierden la sensación de apetito, y es recomendable que el anciano ingiera alimentos cinco veces al día con las cantidades correctas, por lo que la valoración nutricional es un instrumento de prevención y tratamiento, que debe ser analizado a menudo para comprobar el estado de salud y vida del anciano, así como la calidad de vida a corto y largo plazo, dependiendo de ello, tanto la nutrición, como el ejercicio físico en la vida del anciano.

En definitiva, hay que introducir de manera natural estos dos factores tan importantes en la vida cotidiana del anciano. Importante es añadir que en la mayoría de centros gerontológicos existen actividades físicas y deportivas adecuadas para las personas de edad avanzada, mejoran la actividad aeróbica de los ancianos, así como su movilidad que les beneficia para posteriores complicaciones de salud. Dichos ejercicios están enfocados a su situación, con lo cual son realizados con facilidad sin ser de impacto la mayoría de ellos (Montalvo y Montalvo, 2016).

5 Discusión-Conclusión

Posteriormente al análisis de la documentación empleada la para realizar este trabajo se puede concluir que en cualquier etapa de la vida de una persona, más aún en aquellas etapas que llamamos tercera edad, vejez o ancianos, la importancia

de la alimentación junto con el deporte aumenta la calidad de vida de la persona en la tercera edad, puesto que en el momento en el que uno de estos factores se vea alterado la calidad de vida de la persona va disminuyendo.

Ejemplo claro de este argumento es por ejemplo el anciano que no bebe la suficiente agua diariamente y en un corto plazo de tiempo aparece la deshidratación, lo cual conlleva a otros factores y otras alteraciones física, neurológicas, así como en el aparato locomotor. Otro ejemplo claro es que cuando la persona anciana deja de hacer su rutina diaria de ejercicio, como por ejemplo caminar, la persona va decayendo y adoptando una postura postrada que a esa edad es un inconveniente muy grande, ya que ese es el desencadenante de que la persona acabe teniendo una vida sedentaria, la cual a esa edad es muy perjudicial para su salud, ya que deriva a que el anciano su única rutina sea de la cama al sillón y así sucesivamente, lo que hace que el cuerpo se vaya acomodando a esa situación y aparezcan las temidas úlceras por presión.

Aunque actualmente el trabajo del personal sanitario actual con los cambios posturales realizados diariamente al paciente y según su estado dichos cambios se suelen realizar más menos cada dos horas, ya que hay situaciones de ancianos con úlceras por presión a un grado muy elevado que es necesario revertir la situación, puesto que desencadena en enfermedades varias que pueden acabar en la muerte de la persona en cuestión si existe un agente infeccioso en el foco de la úlcera. Otro aspecto a destacar es que el ejercicio físico que realice la persona anciana sea el adecuado para el tipo de paciente y sus patologías, puesto que actualmente cada vez existen más gimnasios en los parques al aire libre para que las personas ancianas que suelen estar faltas de vitamina D acudan a realizar ejercicio físico, a la vez que aprovechan esa luz del sol, del día, realicen actividades como las tablas de ejercicios que están enfocadas a normalizar sus patologías psicomotoras, por ejemplo caminar, bicicleta estática, ejercicios de pedaleo, y ejercicios de habilidades mentales, como pueden ser puzzles, sopas de letras, rompecabezas, etc.

Una parte muy importante de la vida del anciano es el entorno en el cual vive, es decir, al anciano le viene bien la conversación, tanto con personas de su edad, como más jóvenes, ya que eso le hace estar más ágil de mente y habilidoso, así como la lectura, ejercicios de memoria. Actualmente, en los centros o residencias de mayores uno de los ejercicios físicos más demandados es el baile, normalmente, una o dos veces a la semana tienen esta actividad con la que las personas se relacionan entre sí y pasan un rato entretenido, fomenta también el aprendizaje de los pasos, así como su coordinación, y que el cerebro siga activo dentro

de los límites que lógicamente establece la edad.

Como conclusión final de este capítulo en la vida de las personas el papel, tanto de la alimentación, como del ejercicio físico es fundamental. Desde niños evitar sobrepeso (causa muy común hoy en día por las denominadas comidas basura), en la adolescencia evitar posibles trastornos conductuales en la alimentación y, en la etapa adulta y en la vejez, controlar, tanto alimentación, como el ejercicio físico, para evitar y retrasar la aparición de patologías como colesterol, diabetes o ya enfermedades coronarias irreversibles, con lo cual una buena alimentación y ejercicio físico son pilares fundamentales interrelacionados en la vida de la persona anciana.

6 Bibliografía

- Alvarado, A.M., Maya, S., y María, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Bayarre, H.D., Pérez, J., y Menéndez, J. (2006). Las transiciones demográfica y epidemiológica y la calidad de vida objetiva en la tercera edad. *Rev. GeroInfo*, 1(3), 104-109.
- Cabrera, I. (2004). *El tiempo de nuestra dicha ensayo en torno a la tercera edad*. Barcelona: Ril editores.
- Carroza, T.G., y del Barco, B.L. (2010). Estereotipo de los ancianos: percepción de los ancianos sobre sí mismos y sobre su grupo. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 5-18.
- Contreras, J., y Gracia, M. (2005). Alimentación y cultura perspectivas antropológicas. *Revista de Ciencias Sociales*, 17(54), 93-110.
- Fernández, S., Almuiña, M., Alonso, O., y Blanco, B. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39(2), 77-81.
- García, A.J., y Troyano, Y. (2013). Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física, deportiva. *Escritos de Psicología*, 6(2), 35, 41-42.
- Génua, M.I. (2001). Nutrición, valoración del estado nutricional en el anciano.
- González, A.J.G., y Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 33, 3-9.
- González, R.L., Rodríguez, M.M., Ferro, M.D.J., y García, J.R. (1999). Caídas en el anciano: Consideraciones generales y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 98-102.

- Montalvo, D.R., y Montalvo, F.P. (2016). Los ejercicios físicos de moderado impacto como una alternativa en el mejoramiento de la capacidad aeróbica y la calidad de vida de los adultos mayores del centro gerontológico San Francisco del cantón Montalvo provincia de los Ríos del año 2016. Universidad Técnica de Babahoyo. Repositorio Digital.
- Moreno, C., García, M.J., y Martínez, C. (2006). Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 26-31
- Ochoa, K., Rivas, M., Miguel-Soca, P.E., Batista, A., y Leyva, Y. (2015). Ensayo no aleatorizado: impacto de cambios en la dieta y ejercicios físicos en pacientes adultos con síndrome metabólico. *Correo Científico Médico*, 19(3), 465-482.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *Envejecimiento y Salud*. Ginebra: World Health Organization.
- Reguera, J.L., Cervera, L., Rodríguez, R., Pereira, I., y Pérez, J.L. (2001). La autonomía y validismo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 222-226.

Capítulo 435

ICTERICIA NEONATAL

ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS

1 Introducción

La ictericia neonatal o ictericia del recién nacido, es un cuadro que produce coloración amarillenta en la piel y en los ojos de un bebé recién nacido. La ictericia infantil se produce porque la sangre del bebé contiene exceso de bilirrubina (hiperbilirrubinemia) un pigmento de color amarillo derivado de los glóbulos rojos de la sangre.

2 Objetivos

- Definir la bilirrubina.
- Enumerar los tipos de ictericia y sus complicaciones.
- Detallar por qué los neonatos tienen ictericia.

Establecer un diagnóstico etiológico basado principalmente en los antecedentes, signos clínicos, exámenes complementarios y el momento de la aparición de la ictericia.

3 Metodología

Búsqueda sistemática de información relevante, usando palabras claves a la hora de buscar la información existente en diversas fuentes como, por ejemplo, revistas, artículos científicos, libros en bases de datos como Pubmed, Scielo, que proporcionen una visión actual sobre el estado sobre el estado del tema elegido.

4 Resultados

Millones de hematíes producidos en la médula y millones de hematíes viejos son destruidos en el bazo. Uno de los productos liberados en este proceso de destrucción es la bilirrubina, pigmento de color amarillo- verdoso. Es denominada bilirrubina indirecta que es captada por el hígado y procesada convirtiéndose en bilirrubina directa. La gran diferencia entre ellas es la capacidad de dilución en el agua, que es baja en la primera y elevada en la segunda. Por lo tanto siempre hay una pequeña cantidad de bilirrubina directa o indirecta en la sangre.

Tipos de ictericia:

- La ictericia de la leche materna: puede ser prolongada durando hasta los tres meses, es benigna y no causa mayores problemas.
- La ictericia de la lactancia materna insuficiente: ocurre cuando el recién nacido no se alimenta correctamente o en cantidades apropiadas y recibe un consumo de calorías por debajo de las necesidades.
- Kernicterus: si la bilirrubina excesiva no se corrige, el recién nacido puede evolucionar para lesión permanente a nivel cerebral.

Por lo tanto la producción de bilirrubina en los neonatos es mucho mayor que en adultos y su capacidad de metabolización y eliminación es mucho menor. El resultado es una hiperbilirrubina indirecta con la consiguiente deposición de pigmentos amarillos en la piel.

Complicaciones.

- Dificultad al sentarse, gatear o comenzar a caminar.
- Temblores y movimientos involuntarios.
- Retardo neurológico.
- Cambios arcada dentaria.

La ictericia del recién nacido es un fenómeno común y transitorio, especialmente en los bebés que nacen antes de la 38ª semana de embarazo. Aproximadamente el 50% de los bebés a término y el 80% de los bebés prematuros desarrollan ictericia. Los hematíes de los recién nacidos tienen una vida media más corta que la de los adultos. Los bebés tienen proporcionalmente más hematíes en la sangre que los adultos. El hígado del recién nacido es inmaduro y su capacidad de conjugación y excreción de bilirrubina es limitada. Podemos aumentar la frecuencia de las tomas de leche materna o darle biberones suplementarios si está con lactancia artificial, controlar que gane peso, que orine y que con el aumento de las deposiciones no sea retenida en el intestino y sea eliminada por esta vía.

5 Discusión-Conclusión

Como la gran mayoría de los recién nacidos mejora espontáneamente de la ictericia, el tratamiento solamente está indicado en casos severos.

La fototerapia es el tratamiento más ampliamente utilizado para bajar los niveles de bilirrubina. Se coloca al recién nacido bajo una luz fluorescente que actúa rompiendo la molécula de bilirrubina depositada en la piel, facilitando su excreción en orina y heces. Es un procedimiento muy seguro y en general es el único tratamiento necesario para disminuir los niveles sanguíneos de la misma.

6 Bibliografía

- <https://www.aeped.es>
- <https://www.mdsau.de.com>
- <https://scielo.conicyt.cl>
- <https://kidshealth.org/>
- <https://medicina.uc.c>

Capítulo 436

EL TCAE EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ANCIANO

ANA BELEN VALLINA ALONSO

M^a DEL MAR VALLINA ALONSO

EVA MARÍA GARCÍA MATOS

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

1 Introducción

Siete de cada diez personas mayores de 65 años que sufren una caída en España padecen consecuencias, y en uno de cada diez casos las consecuencias son graves, como fracturas en la cadera, lo que dificulta la independencia de las personas mayores y puede llevar a su fallecimiento.

Los cambios que el envejecimiento produce en el organismo humano, afectan a la marcha, al equilibrio y al control neuromuscular y son las principales causas que favorecen la frecuencia de las caídas en la tercera edad. Los reflejos se hacen más lentos, al igual que la respuesta de soporte y disminuye la agudeza visual y táctil. Esto hace que se camine con una mayor cautela, acortando el paso, levantando menos los pies, girando todo el cuerpo para mirar hacia un lado, y que este se desequilibre ante pequeños empujones o tropiezos leves. La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces. Es un problema en el que se suele 'reincidir'. Es una paradoja, pero la caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas.

Pese a que las caídas constituyen un fenómeno frecuente durante la vejez que pueden originar graves consecuencias, son un problema frecuentemente ignorado y muchas veces no se les presta la atención necesaria. Se tiene la idea errónea de que las caídas son eventos comunes e incluso normales dentro de la vida cotidiana de las personas adultas mayores. De hecho, se asume como una consecuencia natural del proceso del envejecimiento.

2 Objetivos

- Dar a conocer los principales factores de riesgo y causas de las caídas.
- Establecer una serie de recomendaciones dirigidas a prevenir las caídas.
- Analizar la importancia de sus consecuencias.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre los diferentes aspectos que afectan al anciano y pueden ocasionar una caída. Para ello se utilizaron diferentes publicaciones en paginas web, junto con artículos de revistas.

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Temática sobre caídas en la tercera edad. Texto completo y gratuito en idioma español. Sin restricción en año.
- Criterios de exclusión: Texto en idioma distinto del español.
- Palabras clave: Caídas, anciano, causas, consecuencias.

4 Resultados

Los factores de riesgo que influyen o inducen a una caída no son hechos únicos, sino consecuencia de procesos multifactoriales, complejos e interrelacionados entre sí. Estos podrían dividirse principalmente en dos grupos:

Los factores intrínsecos o relacionados con la propia persona:

- Presencia de determinadas patologías.
- Alteración de la marcha, movilidad y el equilibrio.
- Alteraciones visuales, auditivas y vestibulares.
- Desorientación y cuadros confusionales.
- Deterioro cognitivo. Alteración de la percepción, comprensión y orientación espacio-temporal, con tendencia al paso errático y sin rumbo.

Los factores extrínsecos o que dependen del ambiente y entorno:

- Los factores circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando).

Para llevar a cabo una prevención eficaz de las caídas, deberemos identificar las causas y los factores de riesgo y actuar sobre ellos, disminuyéndolos o eliminándolos en la medida de lo posible. Por ello es importante tener en cuenta una serie de recomendaciones que pueden reducir tanto el número de personas que sufren caídas como su frecuencia y gravedad de las lesiones que producen: Tener en cuenta las condiciones climáticas antes de salir de casa, ya que cuando estas son adversas debido al fuerte viento, a la lluvia o a la posibilidad de hielo en el pavimento lo recomendable es que el mayor permanezca en casa. Usar siempre calzado cómodo y que no resbale. Además si el mayor utiliza bastón o andador, debe incorporar también material antideslizante pues estos elementos son más propensos a resbalar y desestabilizarse con pavimentos húmedos o mojados. Utilizar itinerarios conocidos y que cumplan con las normas básicas de accesibilidad, tratando de evitar zonas con obras, rampas, escaleras o desniveles.

- Realizar ejercicio físico regularmente, adaptado a las condiciones físicas de cada persona y a la climatología. Manteniendo el cuerpo activo haremos que sea más fuerte y, por lo tanto, menos vulnerable. Cuidar la alimentación y mantenerse hidratado. Es fundamental llevar una dieta equilibrada y variada, así como beber por lo menos un litro de agua al día para mantener el cuerpo bien hidratado.

- Realizar un buen seguimiento del estado de salud para conocer los problemas médicos que pueda tener el mayor y que se tome la medicación de forma adecuada. No hay que olvidarse de la vista y el oído, por lo que se recomienda acudir periódicamente al oftalmólogo y al otorrino. Además, si el mayor lleva gafas o audífonos, es importante que no se los deje en casa.

- Hacer modificaciones en el hogar. Dado que, además, en invierno se suele pasar más tiempo en casa, es fundamental que la vivienda carezca de obstáculos y que cuente con elementos que permitan al mayor tener una vida más cómoda, tranquila y segura. Poner barandillas en el baño y en el pasillo, colocar antideslizantes en la ducha y escaleras, fijar las alfombras al suelo, tener soportes para ayudar a levantarse de la cama o iluminar bien las estancias para evitar tropiezos.

5 Discusión-Conclusión

Las caídas en el anciano constituyen un problema sanitario y social de gran relevancia, por su elevada incidencia. Afecta considerablemente a su calidad de vida, incluso, en ocasiones, pueden producir la muerte. El TCAE adquiere un papel de gran importancia ya que debe asesorar a la persona mayor acerca de los factores riesgos y de las medidas a tomar para evitar las caídas.

6 Bibliografía

- Nidia T. CF. Las caídas en la persona mayor, un enemigo silencioso. (Internet).
- Víctor Manuel BL, Agustín Felipe GL. Curso: “Proceso de Atención de Enfermería en los Síndromes Geriátricos”. (Internet).
- E. Séculi Sánchez, P. Brugulat Guiteras, J. March Llanes, A. Medina Bustos, V. Martínez Beneyto y R. Tresserras Gaju. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. Aten. Primaria (Internet). 2004;34 (4):186-192

Capítulo 437

INFORME CLÍNICO DE CONSULTAS EXTERNAS EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGIA

BEGOÑA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LIDIA ANGELES RODRIGUEZ

RAQUEL BORREGO SORIA

OLAYA MIÑAMBRES ALVEAR

MARÍA DEL MAR SAL ALVAREZ

1 Introducción

Paciente de 49 años acude a urgencias por fuerte dolor en ambas extremidades, espalda, y sobre todo mucho dolor en falanges.

2 Objetivos

Valoración por Reumatología para posteriormente marcar diagnóstico y tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente de 49 años diagnosticado con una Artritis Psoriásica con afectación de IFDS de manos , tobillos, dedos de pies y onicopatía psoriásica.

- En analítica elevación de RFA y en RX manos erosiones.
- Tiene un hermano con psoriasis también.
- Ha hecho tratamiento con s sin mejoría, se asocia mtx, presentando toxicidad hepática , reversible tras suspender tratamiento.
- Desde enero esta con Enbrel por parte de dermatología.

4 Resultados

Después de hacer todo tipo de pruebas : Analítica, orina , ralloX, se detecta una inflamación en las falanges de manos, pies y muñecas.

5 Discusión-Conclusión

Artritis Psoriasica y psoriasis cutanea, son enfermedades cronicas que en diferntes periodos de tiempo se declaran en unas crisis agudas muy profundas y dolorosas al se enfermedades incurables se mantienen, en estado de reposo con la ayuda de una serie de tratamientos, bien con antiinflamatorios o bien con inyectables que pueden ser tratamientos biologicos, pudiendo estacionar la enfermedad para tener una buena calidad de vida.

6 Bibliografía

- Informe clínico centro de salud en el 2005
- Informe clínico Hospital San Agustin servicio de Reumatologia 2006
- Informe clínico Hospital San Agustin servicio de Urgencias 2006.

Capítulo 438

LA ENFERMEDAD DEL BESO O MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

EVELVINA ALVAREZ CAYUELA

1 Introducción

La enfermedad del beso es una infección causada por el virus Epstein-Barr, se transmite principalmente por la saliva y afecta a los linfocitos (células blancas de la sangre). En adolescentes la enfermedad se caracteriza por fiebre, dolor de garganta y cansancio. Las personas infectadas por este virus son más susceptibles de contraer esclerosis múltiple.

2 Objetivos

El propósito es conocer las manifestaciones de la enfermedad del beso, tratamiento, prevención y posibles secuelas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos DIALNET, encontrando 42 artículos de los cuales se han revisado finalmente 39 de ellos.

4 Resultados

Casi la mitad de las nuevas infecciones por el virus Epstein-Barr ocurren antes de los 5 años. No existe tratamiento específico para dicha infección. Suele recomendarse reposo relativo y en pacientes graves a veces se utilizan antivirales.

Además se aconseja, a todos los pacientes evitar deportes de contacto para reducir el riesgo de ruptura del bazo ya que en estos pacientes este órgano está aumentado de tamaño (esplenomegalia) y cualquier traumatismo puede ocasionar una hemorragia grave.

5 Discusión-Conclusión

Dado que no tiene un tratamiento específico, es importante la prevención de esta enfermedad. Esto consiste en mantener buena higiene personal y evitar compartir utensilios, alimentos, vasos, etc. con pacientes infectados. También se recomienda evitar besar a las personas afectadas en los días siguientes al final de las manifestaciones clínicas. Los ensayos con vacunas muestran que no hay ninguna protección contra la contaminación, pero hay una reducción de los síntomas.

6 Bibliografía

- medlineplus.gov
- cuidateplus.marca.com
- mayoclinic.org/

Capítulo 439

AGRESIONES FISICAS Y VERBALES AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

LORENZO GAYO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las agresiones tanto físicas como verbales en el sector sanitario están a la orden del día, sólo unaa pequeña parte sale a la luz ya que los afectados no denuncian esta situación, ya sea por miedo o porque piensan que no serán amparados por sus respectivos responsables y porque en muchas de las ocasiones los agresores salen ilesos ante estas situaciones.

Debido a que el sector trabaja diariamente con pacientes o familiares son más susceptibles a estas agresiones a lo largo de su horario laboral. Viendo que a lo largo de los años ha subido progresivamente el número de casos es muy importante educar y formar a los profesionales del servicio sanitario para que esto vaya decreciendo. Y que los profesionales puedan ofrecer a los usuarios unos servicios de alta calidad sin sentir temor ante ellos.

2 Objetivos

Educar y formar a los profesionales del servicio sanitario para evitar las agresiones físicas y verbales.

3 Metodología

Se basará en un estudio pre-post en el que se evaluarán los conocimientos de la población diana antes y después de la asistencia sanitaria. Se trata de una investigación de tipo cuantitativa, experimental, observacional. Un estudio prospectivo con un diseño descriptivo de estudio transversal, en la que existe una “exposición”, una “respuesta” y una “hipótesis”

4 Resultados

Se ha comprobado que el estrés y la violencia se han generalizado en el sector de la salud. Los profesionales que trabajan para el sector sanitario se encuentran en los primeros puestos con niveles de estrés muy importantes y la violencia es uno de los grandes problemas de este sector ya que a lo largo de los años las agresiones han aumentado progresivamente.

Se ha considerado que la violencia contra los profesionales sanitarios es un problema para la salud pública ya que perjudica al personal sanitario y no sanitario, al propio sistema asistencial y seguidamente a los pacientes y usuarios de los servicios sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Una de las mayores causas por que ha subido el índice de agresiones es por la mala organización en los centros hospitalarios debido a un descenso de contrataciones de personal sanitario y no sanitario, las salas de esperas se colapsan y los usuarios se desesperan y no entienden que hay otros factores que influyen a la hora de ser atendidos.

Hay que educar y formar a los propios pacientes u familiares sobre el uso, los límites y finalidades de los recursos sanitarios, en orden a garantizar que un servicio público tan transcendental como es el sanitario, pueda prestar unos servicios adecuados a cualquier persona en condiciones normales sin situaciones de temor o amenazas.

6 Bibliografía

- Los profesionales sanitarios de la pública serán autoridad en caso de agresiones. Organización colegial de enfermería.
- Grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud. Comisión de Recursos Humanos del SNS Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Agresiones al personal sanitario: estrategias de afrontamiento de la conducta agresiva del paciente. Universidad pública de Navarra, Pamplona, Junio, 2014.

Capítulo 440

PROCESO DE DETECCIÓN DE ANEMIA FALCIFORME EN RECIÉN NACIDOS

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

La anemia falciforme, también es conocida como drepanocitosis, enfermedad de células falciformes o hemoglobinopatía. Se trata de un tipo de deficiencia o trastorno metabólico constituido por un amplio grupo de enfermedades genéticas, causantes de un alto grado de morbi-mortalidad. Son las alteraciones monogénicas más frecuentes en el mundo, y se heredan de forma autosómica recesiva. Si se producen por alteraciones cualitativas en la cadena de globina originan las hemoglobinopatías estructurales, y si es por alteraciones cuantitativas dan lugar a las talasemias. Si se producen ambas a la vez, hablamos de hemoglobinopatías talasémicas.

Estas alteraciones crónicas se caracterizan por hemólisis y episodios intermitentes de oclusión vascular, que causan isquemia tisular, disfunción orgánica aguda y crónica, y complicaciones hemolíticas e infecciosas. Las afecciones más agudas son las infecciones, los episodios de dolor, el secuestro esplénico, el síndrome torácico agudo y los accidentes cerebro-vasculares (ACV), juntos con las complicaciones agudas de la anemia. Al nacimiento es asintomática. Los primeros síntomas aparecen hacia los 4-6 meses, cuando comienzan a disminuir los nive-

les de la hemoglobina fetal (F), en forma de dactilitis o tumoración dolorosa de manos y pies por vasooclusión.

La media de edad del fallecimiento de los varones con anemia falciforme homocigota es de 53 años y en las mujeres de 58,5 años. Según la OMS, en 1994, se estimaba que la anemia falciforme era la responsable del 10-20% de la mortalidad infantil global en los países en vías de desarrollo y que en los países desarrollados en los que no se realizaba el diagnóstico neonatal, se morían el 10% de niños con anemia falciformes durante sus primeros años de vida. Se produce una elevada mortalidad en los primeros 3 años de vida, debido principalmente a infecciones y crisis de atrapamiento esplénico aunque ha disminuido su morbilidad en las últimas 2 décadas debido a la implantación del cribado neonatal, a la profilaxis con penicilina, al programa de vacunación ampliado contra gérmenes encapsulados, el uso de transfusiones crónicas, la hidroxiurea y el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Una atención médica experta e integral disminuye la morbimortalidad temprana y aumenta la esperanza y la calidad de vida de dichos enfermos.

Esta enfermedad es más común en personas con antepasados originarios de África subsahariana, la India, Arabia Saudita o países del mediterráneo, y también en regiones en las que el paludismo es o fue endémico (ya que el portador heterogéneo protege frente a la enfermedad). Aunque con la migración y movimiento poblacional hace posible que pueda aparecer en diferentes países y continentes, de ahí la necesidad de realizar el cribado neonatal.

2 Objetivos

- Describir la toma de la muestra en la prueba del talón.
- Analizar la cromatografía.
- Enumerar el diagnóstico y la intervención terapéutica.
- Detallar la prevención primaria en la enfermedad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos publicados en revistas indexadas en algunas de las principales bases de datos relacionadas directamente con las ciencias de la salud: PubMed, Cochrane, Cuiden y Scielo.

4 Resultados

El cribado de la anemia falciforme se realiza mediante “la prueba del talón” a la vez que se realiza el cribado del resto de enfermedades endocrino-metabólicas: hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria, fibrosis quística, academia glutárica de tipo I, déficit de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media y déficit de 3-hidroxi-acil-coA deshidrogenasa de cadena larga. Su cribado está incluido en la Cartera Común Básica de servicios del SNS.

La prueba se realiza en el hospital de referencia del recién nacido. Consiste en realizar un pinchazo superficial en el talón del bebé, entre las 48 y 72 horas después de su nacimiento. Con ese pinchazo se extraen unas gotas de sangre con las que se impregnan unos círculos de un papel especial (papel de filtro absorbente denominado, genéricamente, tarjeta de Guthrie), que después se envía al laboratorio para analizar. Si no es posible realizar la prueba en ese día, se recomienda hacerlo al quinto día de nacimiento. Cabe recordar que esta prueba no es obligatoria pero si recomendable.

Existen 2 casos en los que se requiere repetir la prueba del talón, y tomar una nueva muestra:

- Si al recién nacido se le ha realizado una transfusión antes de poder realizar la muestra. Se repite la muestra a los 90 días de la última transfusión.
- En los recién nacidos pretérmino, se repetirá entre los 3 y 6 meses de vida.

– Test de cribado: detección de hemoglobina y otras variantes (C,D y E).

El método utilizado es la cromatografía líquida de alta resolución de intercambio catiónico (HPLC). Se basa en una detección cualitativa automática, mediante la cual se separan las variantes de la hemoglobina. Por este método es posible separar e identificar las variantes de hemoglobina más frecuentes: F (fetal), A (adulto), Falciforme (S), C, D y E. En el proceso de cribado se detectan enfermos, pero también portadores. Los recién nacidos prematuros pueden presentar falsos negativos debido a que presentan valores muy bajos de hemoglobina adulta en el momento del nacimiento. Si el cribado es normal, los padres reciben una carta en su domicilio a los 20 días notificándose.

En caso de que el cribado sea positivo, se cita a los padres en la consulta de hematología pediátrica para informarles y para solicitar pruebas de confirmación diagnóstica en sangre periférica (hemograma y electroforesis de hemoglobina) e instaurar medidas terapéuticas si procede.

Gracias a la electroforesis capilar se realiza una cuantificación de hemoglobina. Se separan las proteínas bajo la influencia de un campo eléctrico, en función de su relación masa/carga, teniendo en cuenta el efecto de la fuerza iónica, el pH del tampón y la naturaleza del soporte. Las diferentes variantes de la hemoglobina se deben a mutaciones de algunos aminoácidos, que implican cargas de superficie diferentes y por ella poseen diferentes movilidades al ser sometidas a una electroforesis de zona. El método permite cuantificar la Hb A, A₂, F, S, C, D Y E, y también la Hb Bart. El test de falciformación positivo es fiable al 100%, y una fracción anormal de HbS indica un rasgo drepanocítico con una fiabilidad superior al 90%.

Con el resultado de estas pruebas se pueden dar los siguientes casos:

- Falso positivo del test de cribado. Se le da el alta médica.
- Forma homocigota o enfermedad de células falciformes (HbSS): la mutación afecta a los 2 alelos del gen que codifica la cadena β . Entre el 75-95% es Hb S.
- Doble heterocigoto drepanocítico-talasémico(HbS-Tal): el paciente tiene los 2 alelos anormales del gen de la cadena β , una con la mutación de la HbS y otro con una mutación de β -talasemia.
- Forma doble heterocigota (HbSC): un alelo presenta la mutación de la HbS y el otro la mutación de la HbC
- Forma doble heterocigota (HbSD,HbSE): un alelo con la mutación de la HbD y otro con la HbE.
- Talasemia mayor F. ($\beta^0\beta^0$): beta talasemia homocigota, beta-talasemia mayor o enfermedad de Cooley. La presencia de la cadena β de la globina es nula o casi no existe, el paciente presenta un 95-98% de HbF.
- Forma heterocigota de anemia falciforme (AF) o rasgo falciforme (HbAS): es el portador sano, ya que la mutación sólo afecta a un alelo de los que codifican la cadena β .
- Portador de otra hemoglobinopatía estructural: HbAC, HbAD, HbAE.

Después de la confirmación del diagnóstico, la Unidad de Hematología Pediátrica deberá estudiar a los padres también, realizándoles el hemograma y la electroforesis capilar. La confirmación de cualquier variante detectada requiere el análisis genético molecular.

El tratamiento se basa la educación de los padres para que sepan detectar las complicaciones agudas en sus fases iniciales y en la prevención primaria de las infecciones (en especial las neumocócicas porque causan una gran morbimortalidad en menores de 3 años).

La prevención primaria se realiza mediante:

- Profilaxis antibiótica con penicilina oral, desde los 2-3 meses hasta los 5 años al menos. El riesgo de infección en niños mayores de 5 años es bajo.
- Con un calendario de vacunación específico según cada comunidad autónoma. En algunos casos es necesaria la utilización de transfusiones de sangre, el trasplante hematopoyético y la utilización de la hidroxiurea.

5 Discusión-Conclusión

La realización de esta prueba es de carácter voluntario pero si muy recomendable puesto que es una enfermedad con una tasa elevada de morbimortalidad y con un periodo inicial de latencia durante el cual se pueden realizar intervenciones tempranas que la reduzcan. Tras la confirmación del diagnóstico siempre es necesario comenzar de forma inmediata con las medidas profilácticas.

Gracias a la realización de esta prueba y al tratamiento, la mayoría de los pacientes con anemia falciforme viven hasta la edad adulta y llevan una buena calidad de vida. Un dato a tener en cuenta es que la variabilidad en las manifestaciones clínicas es muy marcada y difícilmente predecible.

También hay que recordar que se debe dar un consejo genético a las familias, remarcando la condición de portadores de los progenitores, informándoles de los riesgos de recurrencia y de las opciones reproductivas que puedan evitar la aparición de nuevos casos en la familia. Siempre se complementa con estudios genéticos. Los tratamientos se deben de realizar por equipos especializados en la enfermedad y tener en cuenta que son pacientes especiales, con edades muy cortas.

6 Bibliografía

- Anemia falciforme | Nacersano [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2019].
- avalia-t201202anemia-falciformeDef.pdf [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2019].
- Cribado neonatal (para Padres) - Nemours KidsHealth [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2019].
- Enfermedad de células falciformes (para Adolescentes) - Nemours KidsHealth [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2019].

- Vigil CM, Tlfno O. Proceso de captación y recogida de muestras Proceso de cribado Proceso de confirmación diagnóstica y atención inmediata. :11.

Capítulo 441

ANGINA DE PECHO A CONSECUENCIA DE CELIAQUIA NO DIAGNOSTICADA.

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

ROSA MARÍA ROSENDE CASAL

MARTA GARCIA ANTON

1 Introducción

La angina de pecho es una patología frecuente. Es un dolor y enfermedad de las arterias coronarias de carácter opresivo, localizado en el área retroesternal, producido por la reducción del aporte de sangre (oxígeno) a las células del músculo del corazón. Cuando el músculo cardíaco no recibe suficiente oxígeno, se produce una afección llamada isquemia.

Suele ser un dolor de pecho opresivo de aparición repentina, dura más de 15 minutos y cesa con el reposo.

Puede ser de tres tipos: angina estable, angina inestable y angina Prinzmetal.

La celiaquía o enteropatía sensible al gluten, se caracteriza por la inflamación de la mucosa del intestino delgado por la intolerancia inmunológica y permanente al gluten o predisposición genética.

2 Objetivos

- Identificar el resultado del tratamiento pautado en una angina de pecho, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Mujer de 21 años de edad, acude a urgencias por dolor centrotarácico de 3 horas de evolución que irradia al brazo, cuello y mandíbula. Refiere que en el último año padeció una sintomatología parecida en varias ocasiones y que cesaba con el reposo, la duración de estos episodios era de unos 15/20 minutos.

Antecedentes personales: no hábitos tóxicos. Bocio eutiroides. Toma anticonceptivos orales.

Exploración física: rx, índice cardiotorácico normal. Electrocardiograma, ritmo sinusal y bloqueo incompleto rama derecha del Haz de Hiss. Analítica, normal excepto una elevación de troponinas en rango de daño de miocardio, enfermedad coronaria mínima en el momento actual y válvula de Eustaquio prominente. Se ingresa a la paciente en la unidad de cardiología para estudio. A la semana de ingreso hospitalario se le da el alta hospitalaria con las siguientes recomendaciones: abandono del tratamiento anticonceptivo oral, adiro 100mg, anlodipino 5mg, ceprandal y revisión en consulta de cardiología en tres meses.

Durante los tres meses posteriores al ingreso la paciente acude a urgencias con la misma sintomatología, no observándose mejoría, por el contrario puede apreciarse un mínimo empeoramiento. El cardiólogo deriva a la paciente a medicina interna y digestivo, solicitando una evaluación a dichos especialistas. Se le realiza entre otras pruebas, resonancia magnética en la especialidad de medicina interna y una colonoscopia y gastroscopia en la especialidad de digestivo. Resultando de dichas pruebas, positivo en celiaquía. Se le pauta a la paciente dieta sin gluten, omeprazol de 10mg y suspender anlodipino 5mg y ceprandal y revisión en 6 meses en la unidad de cardiología y digestivo para revisión de nuevo tratamiento prescrito y control de episodios.

En esta última revisión en la especialidad de cardiología se le retira Adiro 100mg y la unidad de digestivo la cita en 6 meses manteniendo las pautas debido a la notable mejoría.

En la actualidad la paciente sigue una dieta sin gluten y no ha vuelto a experimentar ningún síntoma cardíaco.

4 Resultados

Tras el diagnóstico de celiaquía la paciente sigue una dieta sin gluten. No ha vuelto a presentar ningún episodio cardiológico y en la gastroscopia y la colonoscopia se puede ver una clara mejoría intestinal.

5 Discusión-Conclusión

En este caso la paciente presentaba unos síntomas claros de angina de pecho, que tras el tratamiento de cardiología no cesaban. Al realizar los estudios de digestivo es cuando se da con la patología correcta. Los posteriores cuidados confirmaron que el diagnóstico era correcto. Aunque en medicina muchas enfermedades tienen una clara sintomatología y creemos dar con la patología correcta, siempre existen excepciones, como se puede ver claramente en este caso.

6 Bibliografía

- European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice.
- Bonow RO, et al., eds. Stable ischemic heart disease. In: Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 10th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2015. Nov. 3, 2017.
- Goldman L, et al., eds. Angina pectoris and stable ischemic heart disease. In: Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2016. Accessed Nov. 3, 2017.
- Angina. National Heart, Lung, and Blood Institute. Accessed Nov. 5, 2017.

Capítulo 442

REVISIÓN DEL NIÑO SANO

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

La revisión del niño sano está enmarcada dentro de los Programas de Salud del Niño Sano. Para ello es necesario abrir una historia infantil diseñada por las distintas CCAA que contenga la siguiente información: antecedentes médicos familiares, antecedentes personales no patológicos relativos al embarazo (parto, periodo perinatal y todos aquellos que ocurrieron previo a la apertura de la historia, tales como cribado de hipoacusia, inmunizaciones, metabolopatías congénitas, etc.), datos relativos a reacciones graves a fármacos, antecedentes patológicos, datos de composición y funcionamiento familiar, datos socioeconómicos, estilos de vida familiares, autonomía de los miembros de la familia, tanto psíquica como física.

Con todos estos datos recabados se inicia el registro de información que ayuda a reconocer parte de los riesgos o necesidades de atención preventiva que precisará en los próximos años. La información ha de ser recapitulada con cierta periodicidad, buscando cambios protectores, de riesgo o vulnerabilidad individual.

La relación que se establece entre el personal sanitario (DUE, TCAE) es a través de la entrevista, constituyéndose una fuente de información, una herramienta para establecer alianzas de intervención a favor de la salud de los niños.

El examen de salud ha de adaptarse a los problemas y necesidades de salud de cada paciente en el momento que tienen lugar el encuentro de atención de salud.

En cualquier caso todo examen debe tener en cuenta las facetas de la salud físicas, sociales, psíquicas y educativas.

La relación con la familia ha de llevarse a cabo antes de que el niño nazca, es lo que se denomina visita prenatal. En esta visita se trata de informar sobre las necesidades del recién nacido y describir ciertas habilidades que se deben adquirir, asesorar sobre lactancia materna, instruir sobre como transportar en el automóvil al recién nacido, aconsejar sobre estilo de vida saludable y comprobar que la gestación se está controlando de forma adecuada.

2 Objetivos

El objetivo de estas revisión es la prevención y detección de enfermedades que pueda tener el niño sano.

3 Metodología

Se ha consultado diferente bibliografía de bases de datos online : PubMed, Med-Line, Cochrane y Uptodate, así como la revista de la Sociedad Española de Pediatría.

4 Resultados

En las primeras visitas del recién nacido se administrará la primera dosis de la vacuna de Hepatitis B (en las CCAA donde se administre esta vacuna en etapa neonatal).

Se realizará también la toma de muestras para el diagnóstico temprano de metabolopatías congénitas, la determinación de la TSH (hormona tiroidea), el diagnóstico de fenilcetonuria y el cribado de hipoacusia mediante otoemisiones acústicas.

Se identificarán factores de riesgo como la posición del lactante al dormir, características de la cuna, arropamiento excesivo, alimentación materna o artificial, técnicas de alimentación, presencia de tabaquismo en la madre o resto de miembros de la unidad familiar.

Se valorará el desarrollo físico y psicosocial, el peso, perímetro craneal y se representará en gráficas con sus percentiles.

Pondremos hincapié en los siguientes reflejos primitivos:

- Reflejo de Babinski, los dedos de los pies se abren hacia afuera en forma de abanico cuando hay roce en la planta del pie.
- Reflejo de Moro (reflejo del sobresalto), extiende los brazos y luego los dobla y los empuja hacia el cuerpo con un breve llanto, a menudo desencadenado por sonidos fuertes o movimientos súbitos,
- Reflejo prensil palmar, el bebé cierra los dedos y "agarra" el dedo de la madre.
- Reflejo postural, la pierna se extiende cuando se toca la planta del pie.
- Reflejo prensil plantar, el bebé flexiona los dedos y la parte delantera del pie.
- Reflejo de orientación y succión, voltea la cabeza en busca del pezón cuando se le toca la mejilla y comienza a chupar cuando el pezón toca los labios.
- Reflejo de la marcha, da pasos rápidos cuando ambos pies se colocan sobre una superficie, con el cuerpo sostenido.
- Reflejo tónico del cuello, el brazo izquierdo se extiende cuando el bebé mira hacia la izquierda, mientras que el brazo y la pierna derecha se flexionan hacia adentro, y viceversa.

También se realizará el test de Denver (DDSTII) que valora si existe irritabilidad persistente, trastornos de succión, si no fija la mirada o no reacciona a ruidos. Otra exploración que se llevará a cabo es la inspección ocular, para descartar presencia de nistagmo, ausencia de reflejo rojo retiniano, leucocoria y fotofobia.

Se inspeccionará también la zona genital, en los varones se comprueba que los testículos están en la bolsa escrotal.

Es muy importante también realizar la maniobra de Ortolani y Barlow, solicitar ecografías si cumple criterios de displasia evolutiva de cadera (DEC), con al menos dos factores de los tres siguientes: sexo femenino, parto de nalgas, antecedentes familiares de DEC. Se auscultará buscando presencia de soplos cardíacos o arritmias. Comprobar al mismo tiempo la presencia y simetría de pulsos periféricos.

Finalmente se ofrecerán a los padres unos consejos de salud, como son: lactancia materna, abandono del hábito tabáquico si lo hubiese, posición en decúbito supino al dormir, evitando el arropamiento excesivo y los cojines o almohadas en la cuna.

Otras recomendaciones sobre el sueño y seguridad en el automóvil, recomendar sistemas de retención homologados, colocados en sentido contrario a la marcha, protegiendo bien la cabeza del bebe. También deberemos prescribir profilaxis con vitamina D, en zonas donde haya una inadecuada exposición a la luz solar, e

iniciar el calendario de vacunas según corresponda.

5 Discusión-Conclusión

Las revisiones del niño sano son muy importantes para un correcto desarrollo del recién nacido. Nuestra labor como TCAE será fomentar la lactancia materna en los sucesivos controles, intentando que las madres alimenten a sus bebés el mayor tiempo posible con leche materna. Se aconsejará que introduzcan solo frutas y purés de verdura y carnes, intentando retrasar los cereales a no ser que la madre tenga leche materna para preparar la papilla.

Se les dará información sobre el calendario de vacunas obligatorias y de otras que no estén incluidas en el calendario de vacunaciones. Las revisiones del niño sano aportan tranquilidad a los padres, al ver que sus bebés crecen y se desarrollan de una manera adecuada, a la vez también sirven para detectar alguna anomalía en el correcto desarrollo psicomotriz y así tratarla lo antes posible, o derivarlos a la Unidad de Atención temprana para su correcta estimulación en cuanto a psicomotricidad o cualquier otro tipo de atención.

6 Bibliografía

-<http://www.aeped.es>

-<https://www3.gobiernodecanarias.org>

Capítulo 443

LAS ADICCIONES Y SUS EFECTOS

VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ

VERONICA PEREIRA CUERVO

GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO

ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Se considera adicción a una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda de la recompensa o alivio que sienten cuando usan una sustancia u otras conductas. Las personas que lo padecen no pueden controlar la conducta, sienten un gran deseo de consumir y no pueden estar mucho tiempo sin ello, distorsionan la percepción de la realidad con el autoengaño. Son adictas las personas que creen que no pueden vivir sin su objeto de adicción, por lo que siempre lo están buscando. No son capaces de controlar su enfermedad, sino que viven en función de ella.

Un cerebro sano recompensa los comportamientos sanos, los que hacen que nos sintamos bien y tenemos deseo de repetirlos. Si nos encontramos en peligro el cerebro hace que reaccionemos y que no cometamos actos perjudiciales ayudándonos a decidir si las consecuencias merecen la pena o no. Por el contrario cuando una persona es adicta a una sustancia esos procesos cerebrales no funcionan bien y pueden ponerse en nuestra contra.

El termino adicción también se aplica a las compulsiones como compras compulsivas, comer en exceso, adicción al deporte o al ejercicio, adicción al sexo, al

juego, a la pornografía, a la televisión, a las nuevas tecnologías, al móvil, etc.

Muy ligado a la adicción por drogas o alcohol es la abstinencia que es la reacción que tiene el cuerpo cuando se le priva de las sustancias adictivas de las que ahora es dependiente y que además tolera perfectamente. Las consecuencias que tiene este síndrome son los desequilibrios químicos y hormonales y un nivel muy alto de estrés psicológico.

2 Objetivos

El objetivo es definir y describir las adicciones, así como los efectos que producen en los enfermos y en el entorno de cada uno de ellos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión científica bibliográfica actualizada sobre las adicciones. Para ello he usado búsquedas en bases de datos medicas disponibles como Elsevier, Pubmed, Scielo, teniendo acceso a varios artículos referentes al tema de estudio, además de motores de búsqueda como Google scholar, adaptándose la búsqueda de una manera específica a cada una de las bases de datos y motores de búsqueda citados con anterioridad.

Se utilizaron los siguientes descriptores:” adicciones”, “drogas”, “alcohol”. Se incluyeron artículos de investigación que incluían las palabras citadas anteriormente y se excluyeron los documentos que no estaban relacionadas directamente con el tema.

4 Resultados

Los resultados obtenidos de todos los estudios que se han llevado a cabo demuestran que la adicción tiene un origen multifactorial, siendo una parte también hereditaria. Intervienen factores como haber crecido en un entorno alcohólico, haber sufrido abuso infantil, estar expuesto a un alto nivel de estrés.

5 Discusión-Conclusión

La adicción es una enfermedad del cerebro compleja pero hay tratamiento disponibles que pueden ser muy eficaces. Los efectos de cada droga y/o compor-

tamiento son diferentes y su grado de adicción también por lo que estas personas son incapaces de vivir relaciones sanas con los demás ni gestionar sus propios sentimientos. La enfermedad afecta a la persona en varios aspectos a la vez, de manera física, mental puesto que tienen obsesión con la sustancia y distorsionan la realidad, emocional y espiritual porque llegan a desconectar consigo mismos y con los demás.

Es una enfermedad grave que puede llevar a una muerte prematura, destruye a la persona y a su entorno ya que cada persona adicta afecta, al menos, a tres vidas más, bien sean sus padres, amigos, familiares o parejas.

6 Bibliografía

- Pierce RC, Kalivas PW. Repeated cocaine modifies the mechanism by which amphetamine releases dopamine. *J Neurosci* 1997; 17: 3254-61.
- Robbins TW, Everitt BJ. Drug addiction: bad habits add up. *Nature* 1999; 398: 567-70.
- Martínez D, Gil R, Slifstein M, Hwang DR, Huang Y, Pérez A, et al. Alcohol dependence is associated with blunted dopamine transmission in the ventral striatum. *Biol Psychiatry* 2005; 58: 779-86.
- Potenza M. Should addictive disorders include non- substance related conditions? *Addiction*. 2006; 10 (S1): 142-151
- Organización Mundial de la salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) CIE-10. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992
- Echeburúa E, Corral P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales. *Adicciones*. 2010; 22, 91-96.
- Alonso-Fernández, F. Las otras drogas. Madrid: Temas de Hoy, 1996.
- Potenza M. Should addictive disorders include non- substance related conditions? *Addiction*. 2006; 10 (S1): 142-151
- Fairburn C. La superación de los atracones de comida. Barcelona: Paidós; 1998.

Capítulo 444

OXIGENOTERAPIA EN PEDIATRIA

CRISTINA SUAREZ ALVAREZ

VERONICA RUIZ LÓPEZ

PAULA NOYA MOURE

MARÍA AMOR MIER ALVAREZ

MANUEL ROLDAN MENÉNDEZ

1 Introducción

La oxigenoterapia es la administración de oxígeno artificial (O₂) a concentraciones mayores de la del aire ambiente (21%), con el objetivo de prevenir o tratar la hipoxemia, y como resultado final evitar la hipoxia tisular. Se considera la terapia más común en cuidados respiratorios. El oxígeno se debe considerar como fármaco, por lo tanto, requiere una indicación documentada, dosis precisa y un control adecuado considerando las condiciones del paciente. Las principales indicaciones son tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y cardiaco (1,2).

Aproximadamente, cerca de 6 millones de niños mueren cada año en el mundo por enfermedades respiratorias prevenibles, el 95% se produce en países subdesarrollados, siendo la neumonía la principal causa de muertes en menores de 5 años, exponiendo una prevalencia del 18% en esta población, la hipoxemia es la complicación más letal en los decesos en estos individuos. A pesar de más de siete décadas del uso de la oxigenoterapia en el lactante, no hay estudios controlados sobre el valor por debajo del cual debería ser administrado oxígeno o el

rango de SaO₂ (saturación arterial de oxígeno) alcanzado en este grupo de edad. Existe una falta de consenso sobre las indicaciones apropiadas de prescripción de oxígeno, niveles de oxígeno deseado y resultados medibles de significación clínica inmediata y a largo tiempo.

De los escasos estudios disponibles, la mayoría son pequeños estudios que reportan el tratamiento de recién nacidos con enfermedad pulmonar crónica neonatal con resultados medibles inconsistentes (3).

Estos criterios tampoco son aplicables para los niños mayores, que también están mal definidos por los datos existentes en los estudios de adultos. Sin embargo, recientemente el grupo de trabajo de la sociedad torácica británica de los servicios de oxígeno a domicilio llevó a cabo una revisión independiente de los servicios infantiles, ya que hay muchas diferencias entre los requisitos en los adultos y en los niños. De nuevo se hizo evidente que hay falta de consenso sobre las cuestiones fundamentales en la niñez, tales como saturación ideal de oxígeno alcanzada, elemento crítico y fundamental, ya que determina quién necesita oxígeno, cuánto debe darse y en quién no necesita prolongarse (1,2, 4-6).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Describir los sistemas de oxigenoterapia de uso en el paciente pediátrico.

Objetivos específicos:

- Conocer las indicaciones de la oxigenoterapia en el paciente pediátrico.
- Describir las complicaciones y riesgos de la oxigenoterapia.
- Detallar los sistemas de oxigenoterapia de uso en pediatría.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Medline, Proquest, Pubmed, Elsevier y Google Académico.

Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: oxigenoterapia, sistemas de oxigenoterapia, pediatría, neonatos, terapia con

oxígeno. Se encontraron artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

Indicaciones de la oxigenoterapia.

- La hipoxemia documentada evidenciada por PaO₂ inferior a 60 mm Hg o SaO₂ menor al 90% en niños que respiran aire ambiente (21%).
- Presión arterial de oxígeno (paO₂) o saturación de oxígeno (satO₂) por debajo del rango deseable para una situación clínica específica.
- Situaciones de atención aguda en las que se sospecha hipoxemia.
- Trauma severo.
- Infarto agudo al miocardio.
- La terapia a corto plazo o en intervención quirúrgica (por ejemplo, la recuperación postanestesia).

Contraindicaciones

- Con pocas excepciones, no existen contraindicaciones específicas para la terapia con O₂ cuando existe una indicación previa.
- Ciertos dispositivos de administración están contraindicados, tales como cánulas nasales y catéteres nasofaríngeos en pacientes pediátricos y neonatales con obstrucción nasal (1).

Precauciones y/o posibles complicaciones

- PaO₂ mayor o igual a 60 mm Hg; La depresión de la ventilación puede ocurrir raramente en pacientes con respiración espontánea con presión arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) elevada.
- Con FiO₂ mayor de 0,5, pueden producirse atelectasias de absorción, toxicidad de O₂ o depresión de la función ciliar o leucocitaria.
- En los prematuros, la PaO₂ mayor de 80 mm Hg puede contribuir a la retinopatía de la prematuridad.
- En los lactantes con ciertas lesiones cardíacas congénitas como el síndrome del corazón izquierdo hipoplásico, la alta PaO₂ puede comprometer el equilibrio entre el flujo sanguíneo pulmonar y sistémico.
- En los lactantes, el flujo de O₂ dirigido a la cara puede estimular una alteración en el patrón respiratorio.
- El aumento de FiO₂ puede empeorar la lesión pulmonar en pacientes con envenenamiento por paraquat o en pacientes que reciben bleomicina.

- Durante la broncoscopia con láser o la traqueotomía, se debe usar FiO₂ mínima para evitar la inflamación intratraqueal.
- Aumento del riesgo de incendio en presencia de FiO₂ alta.
- La contaminación bacteriana puede ocurrir cuando se usan nebulizadores o humidificadores.

Monitorización

- Paciente.
- Evaluación clínica incluyendo pero no limitado el estado cardíaco, pulmonar y neurológico.
- Evaluación de parámetros fisiológicos (PaO₂, SaO₂, SpO₂) en cualquier paciente tratado con O₂ (considerar la necesidad o la indicación de ajustar FiO₂ para aumentar los niveles de actividad y ejercicio) junto con el inicio de la terapia o:
 - Dentro de las 12 horas de iniciación con FiO₂ inferior a 0,40.
 - Dentro de las 8 horas con FiO₂ de 0,40 o mayor (incluyendo recuperación postanestesia) o dentro de 72 horas en el infarto agudo de miocardio.
 - Dentro de 2 horas para cualquier paciente con diagnóstico principal de EPOC.
 - Dentro de 1 hora para el recién nacido.
- Se sugiere un protocolo de uso apropiado de la terapia con O₂ como un método para reducir el desperdicio y para lograr mayores reducciones de costo.

Equipamiento.

- Todos los sistemas de suministro de O₂ deben comprobarse al menos una vez al día.
- Los controles más frecuentes por analizador calibrado son necesarios en sistemas:
 - Susceptible a variación en FiO₂ (por ejemplo, capucha, sistemas de alto flujo).
 - Aplicada a pacientes con vías respiratorias artificiales o entrega de una mezcla de gas calentada.
 - Aplicado a pacientes que son clínicamente inestables o que requieren FiO₂ mayor de 0,50.
- Equipo que suministra oxígeno suplementario a recién nacidos o prematuros.

Evaluación de la necesidad de oxigenoterapia

Existen 3 maneras de identificar la necesidad de O₂.

- Uso de medidas de laboratorio para documentar la hipoxemia.
- Problema o condición clínica específica.
- Manifestación de hipoxemia mediante taquipnea, taquicardia, cianosis y aparición general de angustia.

Signos de hipoxemia indicativos de oxigenoterapia en paciente pediátrico de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Debe administrarse oxígeno a los niños con cualquiera de los siguientes signos:

- SatO₂ al 90%.
- Cianosis central.
- Aleteo nasal.
- Incapacidad para beber o alimentarse (cuando se debe a problemas respiratorios).
- Quejido en cada respiración.
- estado mental deprimido (es decir, somnoliento, letárgico).

En algunas situaciones, y dependiendo de la condición clínica general, los niños con los siguientes Signos menos específicos también pueden requerir oxígeno:

- Retracción severa de la pared torácica inferior.
- Frecuencia respiratoria ≥ 70 / min.
- Movimiento de cabeceo sincrónico a respiración e indica dificultad respiratoria severa.

Precauciones y peligros en el suplemento de oxígeno. Existen peligros y precauciones al momento de administrar O₂. Entre ellos están:

- Toxicidad del Oxígeno, determinada por alta PaO₂ y largo tiempo de exposición al gas.
- Hipoventilación, por supresión de los quimiorreceptores periféricos por exposición a altos niveles de O₂ en sangre.
- Retinopatía de la prematuridad.
- Necrosis de vasos sanguíneos de la retina ante la exposición a altos niveles de oxígeno.
- Atelectasias por absorción, alteración en la presión total de los gases por disminución de nitrógeno.
- Peligro de incendio, al existir entornos ricos en O₂.

Los dispositivos de oxigenoterapia se clasifican típicamente en dos grupos:

- Equipos de bajo flujo o de rendimiento variable.
- Equipos de alto flujo o de rendimiento fijo.

Los equipos de bajo flujo suministran un flujo de O₂ fijo que solo una porción del gas inspirado. El comportamiento variable se relaciona con el hecho que a medida que cambia el patrón ventilatorio del paciente, el O₂ suministrado se diluye con el aire ambiental, dando como resultado una fracción de aire variable y fluctuante de la concentración inspirada de oxígeno (FIO₂). A diferencia, los equipos de alto

flujo proporcionan a los pacientes una FIO₂ controlada con precisión, aplicada apropiadamente a esta constante, independiente del patrón ventilatorio. (1,2, 4-6).

Equipos de bajo flujo.

- Cánula nasal.

Corresponde al dispositivo de administración de O₂ más comúnmente utilizado. Consiste en un tubo de extremo ciego con dos “puntas nasales” que descansan en las narinas. Las cánulas se conectan a un flujometro de O₂ a través de un tubo, se puede usar un medio de humidificación de burbujas para mejorar la conducción nasal. Éste sistema es de fácil aplicación, independiente del estilo. Su uso durante un tiempo prolongado puede causar lesiones en la piel por presión en las zonas de contacto (1,2, 4-6).

Existen niveles de O₂ recomendados para su administración dependiendo de la edad del paciente. Siendo de 0.5 -1 l/min en neonatos, 0.25 – 2.5 l/min para niños. El aporte de O₂ que entrega este sistema es variable, por tanto, surge la necesidad de saber cuál es la fracción de oxígeno inspirado (FIO₂) suministrada. Al respecto se han estudiado diversos métodos, sin embargo existen reglas sencillas para estimarla:

Estimación de FiO₂ proporcionada por sistemas de bajo flujo.

Para los pacientes adulto con una frecuencia respiratoria y patrón ventilatorio normal, cada 1 L/min de O₂ nasal, la FIO₂ aumenta aproximadamente 4%. Por ejemplo, un paciente que usa una cánula nasal a 4 L/min tiene una FiO₂ estimada de aproximadamente 37% (21 + 16).

Estimación de FiO₂ proporcionada por sistemas de bajo flujo en población pediátrica.

FiO₂ estimada= Flujo de oxígeno (ml/min x 0.79) + (0.21 x Volumen minuto) X 100.

Volumen minuto.

Mascaras.

Mascarilla simple.

La mascarilla es de peso ligero y desechable que aumenta la FIO₂ dado por el reservorio disponible que cubre la nariz y boca. El O₂ se entrega de igual forma que con la cánula nasal, con flujos de 5 a 12 l/min. Los pacientes que usan la máscara podrían sentir claustrofobia, dolor o irritación en sitio de aplicación cuando es por un largo plazo. Al ser un equipo de rendimiento variable la FIO₂ varía con el ajuste de la máscara, el flujo y patrón ventilatorio del paciente, alcanzando aportes entre 0,3 a 0,6. La mascarilla simple se recomienda para ser utilizadas por períodos cortos cuando una cánula nasal es insuficiente (1,2, 4-6).

- Mascarilla de reservorio con reinhalación parcial.

Este equipo es una simple mascarilla con la adición de una bolsa de depósito de 600 a 800 ml ubicado bajo el mentón del paciente. El flujo de O₂ (normalmente de 8 a 15 l/min) se administra junto a un humidificador de burbujas el cual mantiene el depósito o bolsa a la mitad de su capacidad, mezclando O₂ de la máscara y del depósito del reservorio. El término de reinspiración parcial se refiere a que el primer tercio del gas espirado entra en la bolsa de depósito. Este es gas del reservorio anatómico, con alto contenido de O₂ y bajo CO₂. A medida que se rellena el depósito con el flujo de O₂ en el primer tercio de la espiración, el restante gas es exhalado por los puertos de la mascarilla.

El principal problema de este tipo de mascarilla es la imposibilidad de conocer la FiO₂ entregada. Se debe usar en pacientes que requieran FiO₂ media-altas, que presenten enfermedad pulmonar crónica agudizada y durante un periodo no superior a 48h. (1,2).

Algunos autores podrían considerar la máscara de reservorio con reinhalación como un dispositivo de rendimiento fijo, pero por la capacidad de arrastrar aire ambiente a través de sus puertos laterales lo convierte en equipo de flujo variable. A flujos de 6 a 10 L/min aporta una FIO₂ de 0.4 a 0.7, se espera que el aporte de O₂ varíe dependiendo del patrón ventilatorio y flujo de O₂ (1,2, 4-6).

- Mascarilla de reservorio sin reinhalación.

Corresponde a una modificación del diseño de la mascarilla de reservorio con reinhalación, las diferencias a simple vista son imperceptibles. Este tipo de mascarilla incorpora válvulas unidireccionales sobre los puertos laterales y sobre la bolsa de depósito. Las válvulas ubicadas sobre los puertos laterales limitan el arrastre del aire ambiental, los dispositivos actualmente sólo usan una válvula, para permitir que el aire entre más fácilmente en el caso que el flujo de gas sea desconectado de manera inadvertida.

Los principales problemas de este tipo de mascarilla se asocian con las válvulas unidireccionales, el factor tiempo y humedad pueden hacer que estas se cierren en una posición abierta o cerrada que sea inadecuada para su funcionamiento. El flujo de O₂ debe establecerse de manera que la bolsa del depósito no colapse durante la inspiración. Se requiere un flujo entre 10 a 15 L/min. La FIO₂ aportada se acepta que va desde 0.60 a 0.80. El uso de este tipo de mascarilla se debe reservar para un corto plazo cuando se desea aportar una FIO₂ lo más alta posible en un paciente sin daño pulmonar crónico. (1,2,4)

Equipos de alto flujo.

- Mascarilla de arrastre de aire.

Comúnmente conocida como “mascarillas Venturi”, su nombre verdadero es máscaras de arrastre de aire. Diseñadas desde 1960 por Campbell, este tipo de equipos consiste en la máscara, una tobera de chorro y los orificios de arrastre. El O₂ bajo presión se suministra a través de la boquilla de chorro justo debajo de la máscara. A medida que el gas se desplaza por la boquilla, aumenta su velocidad. Al salir de la boquilla, el gas arrastra a alta velocidad el aire ambiente dentro de la máscara; esto se debe a las fuerzas viscosas de cizallamiento entre el gas que se desplaza a través de la boquilla y el aire ambiente. La FIO₂ aportada depende del tamaño de la boquilla (jet), de los puertos de arrastre (ventana) y del flujo de O₂, típicamente existen dos tipos de boquilla ajustables entre 3 a 15 L/min de caudal de O₂. (1, 2,4).

El principal problema en estos equipos es la obstrucción de los puertos de arrastre por la ropa de la cama u otros elementos, así como la obstrucción del jet con basurillas, impidiendo el paso del flujo de O₂. Con FIO₂ inferiores a 0.35, la máscara de arrastre puede funcionar como un sistema de rendimiento fijo, sin embargo, por valores sobre 0.35, el flujo cae de 40 L/min, actuando como un equipo de rendimiento variable. (1,2,4).

- Sistemas de gran volumen de aerosol y humidificación.

Los sistemas de aerosol de gran volumen o nebulizadores neumáticos de arrastre de aire utilizan nebulizadores de arrastre de aire para proporcionar gas a las máscaras faciales, carpas de cara, collares de traqueotomía, estos dispositivos son también conocidos como nebulizadores de chorro o gran volumen. Debido a la humidificación y al control de calor, los nebulizadores de arrastre de aire han sido el dispositivo tradicional para suministrar O₂ a pacientes traqueostomizados. Los equipos reutilizables ofrecen valores de FIO₂ de 0.4, 0.6 y 1.0, mientras que los desechables ofrecen 8 ajustes de FIO₂ calibrados entre 0.28 y 0.98.

Utilizan un tamaño jet constante con una ventana variable para cambiar la FIO₂. Dentro de los equipos de los sistemas de nebulizadores neumáticos se destaca la mascarilla de tienda facial, la que se trata de una máscara que funciona acoplada a un sistema Venturi para posibilitar su alto flujo, útil en pacientes que no toleran la máscara facial, acoplado al sistema venturi disminuye el riesgo de reinhalación de CO₂. El problema principal y común en este sistema es el flujo inadecuado con FIO₂ sobre 0.6 (entre 11 y 40 l/min), el clínico debe observar al paciente y asegurarse que el flujo sea suficiente, cerciorarse que la niebla del aerosol salga del dispositivo durante la inspiración, entonces el flujo se considera apto (1, 2,4).

- Halo o tiendas de campana.

El halo es un dispositivo cilíndrico, plástico, transparente y abierto en sus extremos. La entrada del O₂ se realiza a través de un tubo corrugado que finaliza en un tubo en "T" que ingresa por un pequeño orificio cerca de la base del cilindro. Otra apertura mayor servirá para que el paciente mantenga su cabeza dentro del Halo, quedando ésta a nivel del cuello. Este dispositivo es bien tolerado, pero tiene algunas limitaciones: presentan reducida interacción con el medio, la alimentación se dificulta. Se emplea principalmente para administrar O₂ a lactantes menores de 18 meses, quienes pudiesen tener problemas para mantener una mascarilla facial. Estos equipos reciben oxígeno desde un sistema de humidificación de alto flujo o bien de un sistema venturi, consiguiendo una FiO₂ precisa, en el rango que se requiera.

El Halo no retiene CO₂ dado el alto flujo generado por los sistemas de entrega de O₂ el caudal se fija a 3 a 15 l/min para proporcionar un flujo fijo a través de la campana, manteniendo una FIO₂ constante entre 0.24 a 0.5. Las carpas o tiendas son de material plástico que encierran al paciente pediátrico. El control de la FIO₂ es difícil debido al gran volumen y la apertura del equipo. El uso de este equipo continúa disminuyendo debido a que otros métodos son más precisos, menos costosos (1,2,4).

5 Discusión-Conclusión

La hipoxemia manifiesta, evidenciada clínicamente o por paraclínicos, es la principal indicación para el uso de oxigenoterapia en pacientes pediátricos., el trauma severo y el infarto agudo de miocardio (IAM) son las otras indicaciones menos frecuentes en niños (1,2, 4-6).

Por el contrario, el beneficio de esta terapia supera al riesgo, siendo la única contraindicación el síndrome obstructivo nasal en menores de 1 año de edad (1,2, 4-6). La totalidad de las revisiones confluyen en que la exposición prolongada al oxígeno aumenta significativamente el riesgo de toxicidad a este gas, en menor medida se reporta hipoventilación por supresión de los quimiorreceptores periféricos, la retinopatía de la prematuridad y necrosis de vasos retinianos (1,2, 4-6).

Los pacientes pediátricos se benefician de cualquiera de los sistemas de oxigenoterapia disponible, su indicación depende únicamente de las necesidades individuales del paciente, el sistema de oxigenación se elegirá dependiendo de la necesidad de suplir total o parcialmente el flujo de oxígeno por el mecanismo

(1,2, 4-6).

6 Bibliografía

- 1. Rodríguez J, Reyes M, Jorquera R. Oxigenoterapia en pediatría. Rev. Ped. Elec. [En línea] 2017, Vol 14, N° 1. ISSN 0718-0918. [Consultado 05 de Diciembre de 2019].
- 2. Asociación Colombiana de Neumología Pediátrica [homepage]. Guía de práctica clínica de Oxigenoterapia. 2011; [Actualizada 14 de febrero 2011]; [consultado 05 de Diciembre de 2019].
- 3. OMS, GHO [homepage]. Child mortality, Causes of child death. 2018; [Actualizada 27 de Noviembre de 2018]; [consultado 05 de Diciembre de 2019].
- 4. Sociedad española de neumología y cirugía torácica [homepage]. Manual de procedimientos 29, sistemas de oxigenoterapia. 2014; consultado 05 de Diciembre de 2019].
- 5. Universidad del Rosario, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano [homepage]. Oxigenoterapia. 2009; consultado 05 de Diciembre de 2019].
- 6. Comunidad de Madrid, Hospital universitario Gregorio Marañón. Procedimiento de administración de oxígeno. 2013; [consultado 05 de Diciembre de 2019].

Capítulo 445

EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

SILVIA CAMPO GARCIA

JUDIT GUTIERREZ CADENA

LUCIA GALAN ÁLVAREZ

MARGARITA CARREÑO MANEIRO

ANA OVIES ROZADA

1 Introducción

Un paciente politraumatizado es aquel que presenta una o varias lesiones de origen traumático con afectación de varias regiones anatómicas u órganos. Los traumatismos pueden ser:

- Leves: pacientes cuyas lesiones son superficiales, contusiones sin heridas ni fracturas.
- Moderados: lesiones con heridas que presentan alguna incapacidad leve.
- Severo: cuando se dan características como impacto a gran velocidad, encarcelamiento en un accidente, rotura en más de dos huesos, caída dos veces la altura del paciente o que sean personas más vulnerables como ser mayor de 60 años y embarazadas.

En la actualidad, el traumatismo severo es la principal causa de muerte. Los traumatismos en general tienen alto coste a las instituciones por los gastos generados en atención médica, discapacidades, etc. La muerte se puede dar en los primeros minutos del accidente, esperados estos minutos el paciente pasa a la hora de oro,

en este momento es fundamental la puesta en marcha del protocolo de actuación de los servicios sanitarios y de emergencias para minimizar lesiones e incluso salvar vidas para posteriormente trasladar al paciente a centro hospitalario. Cada vez se da más importancia a la preparación del personal sanitario y emergencias para la actuación en casos de pacientes politraumáticos ya que ello son el elemento fundamental para reducir la mortalidad y prevenir lesiones irreversibles. Como veníamos diciendo esto conlleva a un gran problema socio-económico en el cual se sigue trabajando para disminuir y paliar los efectos minimizando las lesiones con sistemas de actuación rápidos y eficaces.

Entre ellos el sistema creado por el colegio americano de cirujanos basado en una valoración primaria del paciente politraumatizado (ABCDE):

A-Airway. Vía aérea. Maniobras básicas de la apertura de vías aéreas, control cervical y observación de cavidad oral.

B-Breathing. Análisis ventilación:

- Controlar asimetrías en el movimiento de los pulmones.
- Auscultar.
- Dar golpes secos con los dedos explorando las partes del cuerpo.

C-Circulación. Análisis de la circulación + control hemorragias externas.

- Alteración de la conciencia.
- Frialdad de la piel y sudoración constante.
- Incremento de la frecuencia cardiaca y de la respiración.
- Hipotensión.
- Disminución de la micción.

D-Disability. Exploración neurológica básica. La lesión del sistema nervioso central puede deberse:

- Mala oxigenación y ventilación.
- Mala introducción de sangre al organismo.
- Hipoglucemia, drogas, alcohol, etc. el estado de las pupilas y la Escala de coma de Glasgow, basado en tres criterios de valoración: respuesta verbal, seguimiento ocular y respuesta motora.

E- Exposure. Control de la temperatura. Se considera hipotermia si la temperatura es menor o igual a 36° C. Para controlar la temperatura es necesario el uso de mantas, calentar sueros, sangre y calentar el ambiente. Estos sistemas de actuación ayudan a tener un soporte pre-hospitalario eficiente que los principios básicos del manejo:

- Valoración rápida.

- Manejo apropiado de vía aérea.
- Control de hemorragias.
- Estabilización de fractura.
- Iniciación del remplazo del volumen sanguíneo perdido.
- Evacuación según la gravedad a centro hospitalario.

Todo esto es necesario para superar la primera " hora de oro" del paciente politraumatizado si en este momento se actúa con un sistema adecuado. Los pacientes politraumatizados son vulnerables a la actuación de los sistemas de salud, la cualificación del personal que los atiende, disponibilidad de elementos de diagnóstico y terapéuticos eficaz. También tiene vital importancia para estos pacientes la toma de decisiones y el traslado a los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Generar un sistema con el fin de conocer las necesidades del paciente que ponen en riesgo su vida y así poder actuar con mayor eficacia para reducir los fallecimientos y las complicaciones que puedan surgir.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se ha empleado Google académico.

4 Resultados

La actuación inicial sobre el paciente politraumatizado se basa en una metodología y práctica que implica la valoración y tratamiento del paciente con el fin de lograr un fin que tiene dos caminos principales: detectar y solucionar los inconvenientes para poder salvar la vida la paciente politraumatizado en la mayor brevedad posible. Otro camino a seguir seria evaluar con todo detalla para evitar que alguna lesión pueda pasar desapercibida.

Es necesario saber reconocer los politraumatismos, sus complicaciones, signos y síntomas, acciones del equipo de enfermería, atención en urgencias, etc. Por ello, cada vez toma más importancia para los gobiernos aumentar el presupuesto para las creaciones de las unidades de cuidados intensivos de los pacientes politraumatizados, implantar sistemas de prevención de traumatismos para así llegar a conseguir una metodología la cual pueda reducir los politraumatismos con estudios y trabajos sobre la seguridad, cualificación y prioridades para ayudar a este tipo de pacientes.

Según el sistema universal Advanced Trauma Life Support (ATLS) hay que seguir 6 pasos los cuales enumeramos a continuación. Valoración primaria y resucitación, valoración secundaria, triaje, derivación y transporte, reevaluación continua, cuidados definitivos. Todo esto con una revisión adecuada nos ayudará a mantener la asistencia necesaria a este paciente tan complicado.

5 Discusión-Conclusión

Una vez revisada la bibliografía se ha llegado a pensar en un sistema basado en datos específicos de accidentes y visto que es crucial la llamada primera hora de oro en pacientes de este tipo habiendo superado los primeros minutos. Esta hora de oro está basada en la rápida actuación. También hacemos hincapié en la importancia de un triaje en los pacientes para clasificar y diferenciar a los que corran mayores riesgos. Hemos concluido que la primera valoración mediante el sistema

ABCDE es fundamental para reducir el riesgo de fallecimiento. Seguir con la importancia del traslado al centro donde pueda tener todas las necesidades que conlleve al paciente y en la menor brevedad posible mediante una adecuada inmovilización, ya que un mal traslado pueda aumentar el estado clínico del paciente. Llegado al centro hospitalario se debe recabar toda la información posible sobre el paciente, así como la causa de la lesión. Es muy importante estar al corriente de nuevos métodos, técnicas, protocolos de actuación para intervenir en la primera hora.

6 Bibliografía

- Atención básica y avanzada del politraumatizado. J.M.Espinosa 2011.
- Programa avanzado de apoyo vital en trauma para médicos.

- Librodopeto.com. Abu-suboh, Abadía. Servicio de Radiología. Centeno García, Javier. Servicio anestesia. Iglesia Diz, David. Servicio de Cirugía. Rodríguez trigo, Sandra. Servicio de Cirugía.

Capítulo 446

CANCER DE COLON

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

ALBA COITO DIAZ

SUSANA FERNANDEZ TORRE

MARIA LUISA PERERA SIMÓN

NOELIA DÍAZ GERAS

1 Introducción

El cáncer de colon o cáncer colorrectal es un tipo de cáncer que comienza en el intestino grueso (colon) y se caracteriza por un crecimiento incontrolado de las células del colon y/o del recto. La mayoría de los cánceres colorrectales aparecen sobre un pólipo existente años antes en la mucosa del colon o del recto, que con el paso del tiempo y debido a la acción de distintos agentes sobre él, evoluciona a un tumor maligno.

Los pólipos son pequeños tumores benignos que aparecen en la mucosa del colon y del recto. Son bastante frecuentes en la población adulta con mayor incidencia a partir de los 50 años. Hay tres tipos de pólipos: hiperplásicos, inflamatorios y adenomatosos. Los dos primeros no poseen la capacidad de malignizar, solo los Adenomatosos malignizan y en una proporción del 10% de los casos.

Tipos de cáncer colorrectal:

- Adenocarcinoma: que se produce en las glándulas que recubren el interior del colon y del recto. Es el tipo de cáncer más frecuente ya que aparece en el 90-95% de los casos.

Otros tumores que pueden presentarse, aunque con mucha menor frecuencia son los siguientes:

- Sarcomas: tumores del tejido de conexión del tubo digestivo.
- Linfomas: cáncer de las células de la defensa del estómago e intestino.
- Tumores carcinoides: de las células productoras de hormonas del aparato digestivo.
- Melanomas.

Hay que tener en cuenta en este tipo de cáncer la forma de crecimiento del mismo, que puede ser de 3 maneras.

- Crecimiento local: en este caso el tumor invade profundamente todas las capas de la pared del tubo digestivo. En primer lugar, el tumor maligno crece desde la mucosa, se expande por la serosa y llega a las capas musculares.
- Diseminación ganglionar: el cáncer colorrectal puede diseminarse a los ganglios de la zona a través de la linfa.

Una de las características de esta difusión es que se realiza de forma ordenada, alcanzando primero a los ganglios cercanos hasta llegar a los más alejados.

- Diseminación hematógena: las células tumorales pasan al torrente circulatorio y a través de la sangre pueden llegar a otros órganos alejados del tubo digestivo. El órgano al que mas afecta es al hígado, y desde ahí, puede diseminarse al pulmón, hueso y cerebro.

Síntomas del cáncer colorrectal:

- Cambios en el ritmo intestinal (estreñimiento y/o diarreas).
- Sangre en las heces.
- Dolor o molestias abdominales
- Debilidad o fatiga.
- Pérdida de peso sin causa aparente.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca del cáncer de colon, sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se realizará una investigación exhaustiva a cerca del cáncer colorrectal, así como una sintetización de todos los conocimientos adquiridos en dicha investigación. Se utilizara como referencia distintos libros especializados en la materia, así como numerosos artículos de paginas especializadas en dicha materia como la de la AECC (asociación Española Contra el Cáncer). Además de consultar en bases de datos como Pubmed, Scielo y Cuiden.

4 Bibliografía

- <https://www.aecc.es>
- <https://cuidateplus.marca.com/>
- <https://www.mayoclinic.org/>

Capítulo 447

PLANES INTEGRALES DE SALUD PARA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL

PILAR LOPEZ DIAZ

1 Introducción

El incremento de la prevalencia de la obesidad infantil constituye en la actualidad una de las principales preocupaciones de las autoridades sanitarias de los países desarrollados. La obesidad ha dejado de ser considerada una "enfermedad individual", un amera cuestión de equilibrio entre la entrada y el gasto de energía, al ponerse en evidencia la complejidad de sus raíces. Es al mismo tiempo una enfermedad crónica y social.

Del análisis de este tema han surgido una serie de propuestas de intervenciones complejas, que abarcan mucho más allá de los sistemas sanitarios y que pretenden organizar un marco de intervenciones a distintos niveles encaminadas a la prevención de la obesidad.

2 Objetivos

Explicar las líneas generales estratégicas de un plan integral de Obesidad Infantil.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Principales vías estratégicas del Plan Integral de Obesidad Infantil:

- Empezaremos por plantear la necesidad de una línea de "comunicación e información hacia la población" que a su vez también servirá para mantener el flujo de conocimiento entre los profesionales.
 - Las intervenciones de tipo preventivo parecen más eficientes a la hora de evitar que la obesidad infantil continúe incrementándose en nuestra sociedad, por eso es de gran importancia apostar por la "Promoción de la salud y Prevención primaria".
 - A la hora del tratamiento, conviene diseñar de forma clara un modelo de "Atención sanitaria integral" que incluya: el diagnóstico precoz y la identificación y seguimiento de la población con factores de riesgo. Deberá incluir todas las opciones y modalidades disponibles, adecuándolas en cada caso a la situación clínica de cada paciente y teniendo en cuenta la predisposición al cambio. Actualizar los conocimientos de todas las personas que por su profesión tienen relación con la infancia: desde profesionales del campo de la salud y de la educación, a quienes tienen responsabilidades en la preparación de alimentos y comidas infantiles. Por eso, la línea estratégica de "Formación y desarrollo profesional" apuesta por incluir en la formación de pre y postgrado más conocimientos sobre los temas relacionados sin olvidar la necesaria continuidad en la formación profesional.
- Es de gran importancia dedicar esfuerzos a la "investigación e Innovación" en todos los niveles: genéticos, clínicos, epidemiológicos, sociológicos, psicológicos y culturales. También es importante el "desarrollo normativo" para vigilar el cumplimiento de la legislación vigente (nacional y comunitaria) sobre alimentación. En la actualidad no se puede plantar un proyecto sin una monitorización de sus actividades y el análisis coste-efectividad de las intervenciones. Este es el objetivo de la línea estratégica de "Evaluación y Calidad".

¿Qué se puede hacer desde la pediatría de atención primaria para la prevención de la obesidad infantil?

Por supuesto debemos comenzar por mejorar nuestra formación revisando documentación sobre el tema, asistiendo a cursos... Y es muy necesario que adquiramos habilidades de comunicación, de manera que seamos más capaces de motivar a pacientes y familias a realizar cambios en sus hábitos, para que indagemos en sus vidas y familias de forma positiva y no estigmatizante.

Un tema en que es necesaria formación es la cuestión del género. Al igual que existen diferencias en los resultados de la salud en hombres y mujeres, la vulnerabilidad frente a la obesidad es distinta, como lo son las actitudes y motivaciones de unas y otros frente a la alimentación y la actividad física. Por eso se deben diseñar estrategias diferentes tanto en la planificación como en la atención clínica de cada caso individual.

La continuidad en el tratamiento de la obesidad infantil es bastante agotadora dentro del ámbito de la consulta médica clásica, por eso se están diseñando modelos de abordaje interdisciplinar que incluyen personas expertas en nutrición y actividad física que se basan en el trabajo grupal, para que se optimice la eficacia de los esfuerzos educativos.

En resumen, las estrategias a seguir para realizar un plan integral de obesidad infantil son:

- Comunicación e información básica hacia la población.
- Promoción de la Salud y Prevención Primaria.
- Atención sanitaria integral.
- Formación y desarrollo profesional.
- Desarrollo normativo.
- Evaluación y calidad.

Desde Atención primaria pediátrica:

- Formación.
- Mejora de la comunicación.
- Estrategias individualizadas.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que cuanto mayor sea la implicación de las personas, más aumenta la eficiencia del trabajo realizado. El hecho de vivirlo como cercano y pro-

pio, mejora exponencialmente la implicación en el proyecto. El reto es importante, pero emprender nuevos caminos es estimulante.

6 Bibliografía

- <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library>.
- <http://www.who.int/diabetes/euobesity.pdf>

Capítulo 448

CÁNCER DE PRÓSTATA

LAURA DIAZ MAYO

MARIA BEJAR PEREZ

MELISA SALINAS RÍOS

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer de próstata es un crecimiento anómalo de las células de la próstata. La próstata es una glándula que solo tienen los hombres. Ésta glándula produce parte de líquido que conforma el semen. El tipo más común de cáncer de próstata es el adenocarcinoma.

2 Objetivos

El objetivo es tener muy al día las consultas periódicas con el urólogo para una detección precoz de cáncer de próstata, sobre todo a partir de los 50 años.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Factores de riesgo:

- Edad: afecta por norma general a hombres mayores de 50 años y a 6 de cada 10 casos son detectados después de los 65 años.
- Geografía: es mas común en Norteamérica y en el noroeste de Europa, Australia y en las islas del Caribe.
- Antecedentes personales: ocurre un 20%, este tipo de cáncer de próstata familiar se desarrolla debido a una combinación de genes compartidos, factores ambientales o del estilo de vida compartido.

Prevención:

No existe una forma comprobada de prevenir esta enfermedad.

Pruebas preliminares para conocer si existe la enfermedad:

- Examen físico. Es el urólogo en la consulta médica quien realiza la exploración.
- Análisis de PSA. Proteína liberada por el tejido prostático que aumenta cuando hay actividad anormal de la próstata. Este valor aumentado junto con el aumento del tamaño de la prostata determinara la posibilidad de realizar una biopsia.

Pruebas complementarias para determinar la extensión del cáncer:

- Imágenes por RMN: esta prueba se realiza para conocer de forma detallada a que órganos se extendió el cáncer.
- Ganmagrafía ósea: procedimiento para verificar si hay células malignas en los huesos.

Si la biopsia es negativa: Podemos realizar de nuevo una biopsia en caso de que el PSA continua subiendo. En caso de que la primera biopsia mostrara lesión sospechosa de cáncer pero no diagnóstica. Y en caso de que el resultado de la primera biopsia fue de un cáncer de bajo riesgo y el urólogo decide tener al paciente en un programa de vigilancia activa. El programa de vigilancia activa se refiere a la supervisión minuciosa del cáncer lo que incluye una visita al urólogo para realizar cada pocos meses un análisis del PSA y examen rectal. Además de cada 2-3 años realizar una biopsia.

Si el resultado de la biopsia es positivo: Se comprobará si ese Ca (cáncer) se ha propagado mediante las pruebas complementarias antes mencionadas si es así, a que distancia y así determinar la mejor manera de tratarlo.

Sistema TNM de determinación del estadio:

- Tumor (T): Determina el tamaño y la ubicación
- Ganglio (N): Determina si esta diseminado a los ganglios linfáticos, a dónde y cuantos.
- Metástasis (M):

Estos tres combinados con los estadios I, II, III, IV y V (de menos a más).

Tratamiento:

Para ello se siguen unos protocolos comunes en todos los hospitales siguiendo los siguientes factores.

Relacionados con el tumor:

- Tipo de tumor.
- Localización y tratamiento.
- La afectación de los ganglios y otras zonas.

Relacionados con el paciente:

- Edad.
- Estado de salud.
- Otras enfermedades.
- Deseo del propio paciente.

Principales tratamientos:

- Cirugía: suele ser el principal tratamiento. Con esta técnica, actualmente es posible intervenir de forma muy positiva conservando la mayoría de las veces el órgano donde se encontraba el tumor, así como su función. Además tiene un papel muy importante en el diagnóstico y estudio de su extensión.
- Radioterapia: este tratamiento puede usarse solo o asociado a otras terapias como cirugía y/o quimioterapia. Según su administración puede ser de dos formas:

Externa: la radiación se dirige a la glándula prostática desde una máquina que se encuentra fuera del cuerpo. Se suele usar para tratar en etapas mas tempranas o para intentar aliviar síntomas como el dolor de huesos si el Ca se ha propagado a áreas específicas de los huesos. Este tratamiento durara unos minutos y se realizara normalmente 5 días a la semana durante varias semanas. Efectos secundarios: problemas intestinales, urinarios, problemas de erección...

Interna: este tratamiento utiliza pequeñas partículas radiactivas. Cada una de ellas del tamaño de un grano de arroz. Estas se colocan directamente en la próstata. Se utiliza cuando el crecimiento del tumor es lento y en hombres que tienen mayor riesgo de que este crezca fuera de la próstata. El uso de esta técnica esta limitado en pacientes con problemas urinarios, en pacientes con glándulas prostáticas grandes (por la falta de efectividad). Efectos secundarios: estos pacientes deben evitar durante su tratamiento estar en contacto con niños y personas embarazadas ya que emiten bajas cantidades de radiación. Además de todos los problemas que podría sufrir con la radiación externa.

- Quimioterapia: es una de las técnicas mas empleadas. Su objetivo es destruir empleando gran variedad de fármacos las células que componen el tumor con el fin de reducir y/o eliminar la enfermedad. El tratamiento se administra en forma de ciclos, que consiste en la administración de los fármacos durante uno o varios días, seguido de un tiempo variable de descanso, que suele oscilar entre una y cuatro semanas. Se administra bien de forma oral o intravenosa.

5 Discusión-Conclusión

Todo el equipo de doctores como todo el personal que realiza cada prueba o tratamiento al paciente debe de mostrar siempre un trato positivo, para así hacerle mas llevadero esos momentos. Explicando todo con la mayor claridad posible ya que el paciente no suele estar acostumbrado a todo ese tipo de pruebas.

6 Bibliografía

- www.cancer.net
- www.aecc.es
- [https://doi.org/10.1016/S0210-4806\(09\)73181-X](https://doi.org/10.1016/S0210-4806(09)73181-X)

Capítulo 449

LA TAGATOSA UN AZUCAR POCO CONOCIDO

JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO

ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

La D-tagatosa es un azúcar reductor y epímero de la D-fructosa, difiriendo tan solo en el grupo $-OH$, lo que siendo una pequeña diferencia provoca que sea menos dulce que la fructosa y también que la glucosa. Sin embargo tiene una textura muy similar y una capacidad edulcorante del 92% respecto a la sacarosa. Se extiende su uso para endulzar y para compensar el sabor amargo de otros edulcorantes tradicionales, así como para texturizar alimentos gracias a sus propiedades químicas (1). Se trata de un azúcar simple que se produce comercialmente mediante isomerización de galactosa derivada de la lactosa, sin embargo no queda ningún resto de esta no conllevando ningún problema de intolerancia, no obstante sí que se ha visto cuando la ingesta es elevada problemas gastrointestinales, superándose al cabo de unas (2).

2 Objetivos

Conocer las características de la tagatosa, así como su efecto sobre el metabolismo y posibles aplicaciones nutricionales en la salud y el deporte.

3 Metodología

Para este estudio de revisión se han consultado fuentes como Pubmed, Dialnet y Google Académico, utilizando tan solo los términos tagatosa y D-tagatosa. Se limitó la búsqueda a artículos y trabajos publicados a partir del año 2000. Al final se utilizaron 9 referencias que van del año 2000 al 2018.

4 Resultados

Respecto a otras opciones endulzantes: los edulcorantes artificiales están considerados como seguros dentro de unas cantidades determinadas, sin embargo se han observado problemas gastrointestinales en dosis altas en algunos polialcoholes como el sorbitol (3). Su ingesta no está demostrada como eficaz para reducir el peso y por el contrario hay estudios que parecen indicar que proporcionan un mayor desorden nutricional e incluso un incremento del consumo calórico en la dieta y del peso en sujetos estudiados (3,4). Al mismo tiempo la toma de grandes cantidades parecen estar relacionadas de forma causal con algunos tipos de cáncer como el de colon, y aunque podría ser solo en grandes cantidades es difícil establecer la dosis especialmente al tratarse de sustancias presentes en la elaboración de gran cantidad de alimentos (4).

Valor calórico: no se trata de un edulcorante sin calorías, pero tiene un bajo valor calórico, proporcionando tan solo un 38% de calorías respecto a la sacarosa (1). Efecto sobre la caries: no tiene casi efecto cariogénico por lo que es una buena alternativa a la sacarosa (1). Efecto glucémico: tiene un bajo índice glucémico no provocando picos de insulina en sangre (1) lo que reduciría el riesgo de procesos inflamatorios, lipogénesis, de engordar y de problemas graves como la obesidad, y enfermedades metabólicas como los diferentes tipos de diabetes.

5 Discusión-Conclusión

Efecto sobre enfermedades metabólicas (diabetes y obesidad).

Se está estudiando la posibilidad de que no solo tenga un efecto menos dañino para los casos de diabetes, por su bajo índice glucémico, sino que pueda además poseer propiedades positivas para su tratamiento. Se ha encontrado en sujetos a los que se les había suministrado tagatosa una reducción en la presencia de glucosa en sangre y una reducción de la ingesta global de comida y calorías. También se reflejó un incremento de lipoproteínas de alta densidad. Estos datos lo

convertirían en una herramienta útil en el control de la diabetes tipo I y II (5). Estos beneficios, que se están intentando confirmar con estudios científicos, junto a posibles propiedades antioxidantes y probióticas, lo colocan como un posible fármaco que aportaría beneficios no logrados con ninguno hasta ahora (2).

Efecto en el intestino.

Tan solo es absorbida en un 15-20% en el intestino delgado, y por el contrario mayoritariamente en el ciego y colon (6), creyéndose que puede promover el crecimiento de la microbiota, con efectos beneficiosos en trastornos intestinales y cáncer (7). Se ha visto también mediante su fermentación un incremento de producción de ácidos grasos de cadena corta ricos en butirato lo que actuaría como protector frente al cáncer de colon (1).

Hipótesis del interés deportivo.

Continuamente se estudian diferentes sustancias para comprobar posibles efectos ergogénicos sobre los deportistas con la finalidad de mejorar en lo posible el rendimiento deportivo. Aún no existen artículos científicos (revisado en pubmed) que estudien la posible utilización de este azúcar, pero podemos aventurar que en un futuro próximo se analizará su posible efecto ergogénico. El pobre valor calórico y bajo índice glucémico frente a otros hidratos de carbono hacen suponer que no tiene un interés real para deportes de resistencia o de juego intermitente. Sin embargo, hay una hipótesis que puede indicar lo contrario, se trata de la diferente forma y lugar de absorción respecto a otros azúcares, esto se ha observado en algunos estudios donde se muestra una mayor capacidad de absorción de azúcares, hasta 80gr/hora cuando se combinan azúcares con diferente vía de absorción como pasa con la glucosa y la fructosa frente 60gr/hora cuando solo es glucosa (8), lo que supondría una mejora del rendimiento en algunas actividades deportivas (9). En un futuro Habría que confirmar si la tagatosa puede ser añadida a otras azúcares y si esto mejoraría la capacidad de absorción, o si por el contrario no lo hace o lo hace en sentido negativo, así como las consecuencias de un preparado de estas características en la hidratación del deportista.

6 Bibliografía

1. Corzo Martínez M. Caracterización, funcionalidad tecnológica y bioactividad de proteínas lácteas glicosiladas vía Reacción de Maillard. Tesis Doctoral. Consejo Superior de Investigaciones Científicas Instituto de Fermentaciones Industriales. 2010.

2. Lu Y, Levin GV, Donner TW. Tagatose, a new antidiabetic and obesity control drug. *Diabetes Obes Metab.* 2008;10(2):109-34.
3. García-Almeida JM, Casado Fernández GM, García Aleman J. *Nutr Hosp.* 2013; 28(supl 4):17-31.
4. Cernuda Martínez JA, Fernández García A. Los edulcorante y su papel sobre el metabolismo humano. *Enfer comunitaria.* 2016; 4(2):13-22.
5. Donner TW, Magder LS, Zarbalian K. Dietary supplementation with d-tagatose in subjects with type 2 diabetes leads to weight loss and raises high-density lipoprotein cholesterol. *Nutr Res.* 2010; 30(12):801-6.
6. Laerke HN, Jensen BB, Hojsgaard S. In vitro fermentation pattern of D-tagatose is affected by adaptation of the microbiota from the gastrointestinal tract of pigs. *J Nutrition.* 2000; 130:1772-9.
7. Mountzouris KC, McCartney AL, Gibson GR. Intestinal microflora of human infants and current trends for its nutritional modulation. *Br J Nutr.* 2002; 87:405-20.
8. Jeukendrup A. La ingesta de carbohidratos durante el ejercicio: ¿cuándo, qué y cuánto?. En Jeukendrup A. *Guía práctica de nutrición deportiva.* Tutor, Madrid. 2011. pp 28-29.
9. Currell K, Jeukendrup AE. Superior endurance performance with ingestion of multiple transportable carbohydrates. *Med Sci Sports Exerc.* 2008; 40(2):275-81.

Capítulo 450

CANCER DE MAMA

YARINA PRIETO ALCAÑIZ

ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO

ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ

LAURA CAMPA CAMPA

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno que se origina en el tejido celular de la glándula mamaria. Cuando las células tumorales vienen del tejido glandular de la mama y tienen la capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, hablamos de cáncer de mama.

¿Cómo se desarrolla el cáncer de mama?

Nuestro cuerpo está formado por un conjunto de órganos que así mismos están formados por células, cuya función es dividirse para remplazar las envejecidas o muertas para mantener la integridad y el correcto funcionamiento de los órganos. Cuando este funcionamiento se ve alterado en la célula, esta y sus descendientes empiezan una división incontrolada que en el futuro dará lugar a un tumor o nódulo.

Si aparte de crecer sin control crean la capacidad de invadir tejidos y órganos de alrededor, de trasladarse y proliferar en otras partes, es lo que llamamos tumor maligno, también denominado cáncer.

El cáncer de mama se desarrolla en el tejido de la glándula mamaria, por eso cuando se invaden los tejidos sanos de alrededor y alcanza órganos alejados y se implanta en ellos se denomina cáncer de mama. Los signos del cáncer de mama pueden ser distintos en cada persona. Algunas personas no tienen ningún tipo de signos o síntomas.

Algunas señales son:

- Un nódulo nuevo o engrosamiento en la mama o la axila (debajo del brazo).
- Aumento del grosor o hinchazón de una parte de la mama.
- Irritación o hundimientos en la piel de la mama.
- Enrojecimiento o descamación en la zona del pezón o la mama.
- Hundimiento del pezón o dolor en esa zona.
- Secreción del pezón, que no sea leche, incluso de sangre.
- Cualquier cambio en el tamaño o la forma de la mama y dolor.

¿Cómo detectarlo o prevenirlo?

Mamografía: una mamografía es un tipo especial de radiografía de las mamas. Que puede ser usado para la detección del cáncer de mama. También puede ser usada si tiene un bulto u otro signo de cáncer.

Una mamografía de detección es un tipo de mamograma que se examina cuando no hay síntomas. Puede ayudar a reducir el número de fallecimientos debido a este cáncer en las mujeres de 40 a 70 años.

Autoexploración: la autoexploración mamaria es fundamental para detectar cualquier anomalía o cambio que se produzca en la los pechos de la mujer. Es especialmente importante de cara a la detección precoz de un posible cáncer de mama. La autoexploración mamaria se debe realizar una vez al mes, después de haber concluido la regla. Las mujeres que ya han superado la menopausia pueden establecer un día concreto al mes para llevarla a cabo. Pasos a seguir para realizar la autoexploración mamaria hay que colocarse ante un espejo. En primer lugar hay que dejar los brazos caídos y girar el tronco a uno y otro lado para observar si hay algún bulto tanto en la piel como en los pezones. Levantar los brazos para comprobar que el contorno de los pechos es uniforme y que ambos se leven de la misma manera. Palpar cada una de las mamas con la mano contraria utilizando la yema de los dedos y movimientos circulares, empezando desde la parte externa hacia el pezón. Hay que recorrer toda la mama siguiendo líneas rectas, ya sea horizontal o verticalmente. También hay que apretar los pezones para comprobar si sale algo de líquido. La autoexploración mamaria debe finalizar con el examen de las axilas, ya que gran parte de los tumores se producen en la parte de la mama

más cercana a la misma, esta parte de la exploración se realiza con los brazos bajados.

Las posibles alteraciones que se pueden detectar con la autoexploración mamaria y que deben ser motivo de consulta con el ginecólogo son las siguientes:

- La palpación produce dolor en el algún punto concreto.
- Cambia el color o tiene una textura similar a la piel de naranja.
- Se detectan bultos o hundimientos.
- Sale líquido de los pezones.

2 Objetivos

- Dar información sobre el cáncer de mama, etiopatogenia y detección precoz.
- Analizar las diferentes técnicas quirúrgicas que hay para extirpar el cáncer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tratamientos quirúrgicos.

La cirugía a nivel de la mama es una intervención quirúrgica mayor, por lo que es necesario un ingreso hospitalario durante un tiempo que puede variar de una persona a otra, pero por lo general suele ser menor de una semana. Asimismo, es necesaria una anestesia, que siempre será de tipo general.

Cirugía conservadora.

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación del tumor con un margen de tejido mamario sano, manteniendo intacto el resto de la mama. La cirugía conservadora siempre se ha de complementar con un tratamiento de radioterapia, con el objetivo de destruir las células tumorales que puedan quedar en la mama. La realización de la cirugía conservadora, depende de una serie de factores como es la

localización del tumor, el tamaño de las mamas, la estética tras la intervención, etc. El cirujano, junto con el paciente, valorará esta posibilidad. La tendencia actual es que cada vez se emplee más la cirugía conservadora para el tratamiento del cáncer de mama. Mastectomía: consiste en la extirpación de toda la mama. Puede ser de dos tipos:

- Mastectomía radical modificada: Es la más utilizada. En ella se extirpa la mama.
- Mastectomía radical (también denominada mastectomía tipo Halsted): consiste en la extirpación de la mama, de los músculos pectorales y de los ganglios axilares. Esta técnica se utilizaba mucho en el pasado, pero no en el momento actual. Los efectos secundarios de alteración de la imagen corporal, alteraciones en la movilidad del miembro superior, edema etc... son muy frecuentes.

Existe la posibilidad de que sea necesario un tratamiento con radioterapia tras la mastectomía, aunque esto ocurre en un porcentaje bajo de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión sacamos que el cáncer de mama es algo que afecta mayoritariamente a mujeres y que es uno de los tumores que más afectan actualmente.

Un estilo de vida sano y un debido control con la autoexploración mamaria como los programas de prevención y control por su médico es importante para prevenir el cáncer de mama.

6 Bibliografía

- <https://www.aecc.es>
- <https://www.mayoclinic.org>.
- <https://www.lespanol.com>
- <https://www.cancer.net>

Capítulo 451

LACTANCIA EXITOSA: POSTURAS PARA AMAMANTAR.

JULIA SANCHEZ REQUEJO

NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN

MONTSERRAT VIGUERA SOLIS

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La mejor manera de alimentar a un niño en las primeras etapas de su vida es a través de la lactancia materna, como indica la OMS hasta los seis meses siendo lactancia exclusiva y manteniendola junto con otros alimentos aptos para los niños hasta los dos años o mas. Uno de los factores para poder llevar a cabo una lactancia exitosa es el agarre del bebé a la hora de mamar, lo que implica una postura adecuada de la madre y el niño.

2 Objetivos

Indicar a las madres los diferentes posturas que hay para amamantar dependiendo de sus necesidades y las de sus bebés en cada momento, pudiendo así conseguir una lactancia exitosa y duradera en el tiempo, donde los niños tengan un buen agarre y las madres no tengan dolor.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la Asociación Pediátrica Española y en guías de diferentes hospitales hasta el año 2017.

4 Resultados

A continuación se detallaran las posturas y las explicaciones de como llevarlas a cabo:

- Posición de crianza biológica: La madre se colocará recostada (entre 15° y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en estrecho contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta posición pone en marcha una serie de reflejos en ambos que faciliten el buen agarre, la eficiencia de la toma y una mejor producción de leche. Esta posición es adecuada durante los primeros días y cuando haya problemas de agarre.
- Posición sentada: Se debe colocar al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. De esta manera la madre puede sujetarlo con la mano en la espalda apoyando la cabeza en el antebrazo, con la otra mano puede dirigir el pecho hacia la boca del bebé. Es la posición mas utilizada pasados os primeros días. Hay que tener cuidado con que el cuello del bebé se flexione o no pueda estirlo bien hacia atrás ya que le dificulta tragar y un buen agarre.
- Posición acostada: La madre y el bebé se sitúan acostados en la cama, la madre con la cabeza ligeramente elevada, han de tener los cuerpos enfrentados y pegados. Es una posición cómoda para las tomas nocturnas.
- Posición en paralelo inverso: La madre y el bebé se sitúan acostados en la cama con los cuerpos enfrentados, pero a diferencia de la posición acostada en esta el bebé se sitúa con el cuerpo en la posición contraria a la madre, es decir con los pies hacia la cabeza de la madre. Es una posición menos frecuente que la anterior pero es útil en caso de obstrucciones o mastitis agudas localizadas ya que ayuda al vaciado de esa parte del pecho.
- Posición a cuatro patas: En esta postura, te pones a cuatro patas, y colocas a tu bebé boca arriba para mamar. No es muy común pero en caso de tener obstrucción en la zona superior del pecho.
- Posición invertida o en balón de rugby: Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con lo que el

pezón queda a la altura de la nariz. Es una posición muy cómoda para amamantar a gemelos y a prematuros. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello estirado para atrás, lo que le permite agarrar mejor el pecho y tragar mas cómodamente.

- Posición de caballito: Estando la madre sentada, el bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura puede ayudar en casos de grietas y en bebés con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, bebes con labio leporino o fisura palatina, mandíbula pequeña o problemas de hipotonía.

5 Discusión-Conclusión

No hay una sola postura que sea la mejor para la lactancia, cada madre y cada niño encuentran la suya, que se va variando y alterando con el tiempo en función de las necesidades del niño y la comodidad de la madre en cada etapa del amamantamiento.

Una postura es adecuada cuando la cara del bebé mira hacia el pecho, la madre mantiene su cuerpo cerca de ella y la cabeza y cuerpo del niño están en línea recta.

6 Bibliografía

- Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Comité de Lactancia materna Hospital 12 de Octubre y Centros de Salud de AP.
- Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Comité de lactancia materna de AEP. José Manuel Martín Morales. Edición 2012.
- <http://www.aeped.es>
- Curso de formación teórico practico en lactancia materna para profesionales. Hospital Universitario Central de Asturias. Ruth Miguelez López. Oviedo 2017.

Capítulo 452

LA DISFAGIA INFANTIL

JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

La disfagia es un problema que se puede presentar a lo largo de toda la vida y que forma parte de diversas patologías y lesiones. Se da en ocasiones en niños lo que se denomina disfagia infantil.

La incapacidad o dificultad para ingerir alimentos se puede producir por diversos factores y con diferente incidencia e intensidad. Tanto la forma de manifestarse como los factores y raíz del problema se debe diagnosticar cuanto antes y para ello la mejor forma es la multidisciplinar para analizarlo en toda su amplitud. Esto es importante pues se trata de una deficiencia que surge por motivos anatómicos, motores, neurales, pero también por situaciones traumáticas, relaciones sociales, comportamiento del entorno familiar, etc.

Este diagnóstico precoz y su tratamiento resultan especialmente relevantes cuando se trata, como en la disfagia infantil, de niños pequeños, debido a la importancia que tiene en estas etapas una adecuada nutrición para su desarrollo y futura salud durante la edad adulta. Una vez conocida en profundidad el tipo de disfagia que tiene el niño, así como sus motivos y forma de presentarse en el tiempo e intensidad, se deberá idear un plan nutricional que cubra las necesidades del niño, evite riesgos al ingerir los alimentos, y permita ayudar de forma decisiva en el proceso de solución del problema.

2 Objetivos

Profundizar en el conocimiento de la disfagia infantil, así como de los grados de prevalencia y relación con otras patologías, forma de diagnóstico y posible orientación del tratamiento.

3 Metodología

Para esta revisión se han consultado las fuentes PubMed, Dialnet y Google Académico. Seleccionándose los términos disfagia y disfagia infantil. Se ha limitado la búsqueda a los artículos y trabajos publicados a partir del año 2000, y seleccionándose 9 artículos entre los años 2005 y 2018.

4 Resultados

Se entiende por disfagia a cualquier dificultad o situación fuera de lo normal en el acto de pasar el bolo alimenticio de la boca al estómago (1). Por lo que se puede hablar de tres fases: oral, faríngea y de esófago (2). Habitualmente se describe como toda dificultad en el proceso de tragar, sin que se produzca aspiración de saliva, presencia de alimentos o líquidos en laringe, tráquea o pulmón. La disfagia se produce en cualquier fase de la vida y está asociada a diferentes enfermedades, trastornos y lesiones (3), denominándose disfagia infantil cuando se produce en niños. En la disfagia pediátrica estas alteraciones no se producen de forma aislada sino como un síntoma de diversos problemas.

Se manifiestan con mayor asiduidad en diferentes casos, como en niños prematuros, cuando hay enfermedades genéticas, disfunciones neuromotoras, anatómicas, o anomalías motoras orales, lo que debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico y control de las disfgias en niños (4). Por otro lado, parece tener una gran relación con disfunciones neurales y neuromotoras lo que habrá que controlar para que no pasen inadvertidas (5).

5 Discusión-Conclusión

¿Cuáles son los tipos de disfagia que se pueden presentar?

Tradicionalmente se habla de dos tipos según sea la fase en la que se produce: disfagia orofaríngea que sería un fallo en la fase oral al pasar el bolo alimenticio

de la boca a la faríngea. Y, disfagia esofágica o de la fase faríngea. Sin embargo, teniendo en cuenta las causas se pueden establecer más tipos (6):

- Neuromusculares.
- Infecciosas-Inflamatorias.
- Compresivas.
- De esofagitis.
- Post-intervención.
- Estructurales.

¿Hay algunas patologías en las que pueda ser más prevalentes?

Se observa que mientras la disfagia infantil afecta a entre un 20 y un 40%, estas cifras aumentan hasta un 80% cuando se trata de niños y niñas con un desarrollo más lento o con cierta carencia de capacidades. También se ve mayor incidencia en niños prematuros y con bajo peso en el nacimiento (7). También se puede decir que las patologías nerviosas, neuromotoras propias de la deglución incrementan la incidencia de este problema (5).

¿Cómo se puede realizar el diagnóstico?

Convendría un trabajo multidisciplinar que abarcara todos los posibles tipos y desencadenantes. Se deberá llevar a cabo por los profesionales de la medicina la evaluación clínica con un control y exploración detallado para detectar cualquier problema de salud física y mental. Aproximarse a los posibles desórdenes mentales, pero también de su entorno familiar y social (7,8). Es fundamental realizar desde un principio un control del grado de incidencia y prevalencia de las dificultades en la ingesta (7).

¿Cuál debería ser el tratamiento dietético ante un caso de disfagia a líquidos en niño pequeños?

Habría que conocer profundamente y de forma multidisciplinar la situación para poder aconsejar las mejores pautas nutricionales. El objetivo será nutrir bien al paciente en estas edades tan importantes para un óptimo desarrollo, con un mínimo riesgo de aspiración y asfixia. Con la información disponible, siendo un niño sin merma de consciencia y con capacidades plenas para su desarrollo, se tratará de una alimentación que tenga alimentos con baja consistencia y líquidos espesados. En ambos casos habrá que ir ajustando el grado más óptimo del espesor, así como las texturas. La toma de líquidos tampoco es recomendable cuando hay problemas de consciencia, desarrollo o neurológicos, por lo que conviene espesarlos (8).

Podrá ser interesante escoger alimentos que se consumían y gustaban antes de la

aparición de la disfagia. Se buscarán alimentos con una alta densidad nutricional para aprovechar las ingestas de la forma más eficiente desde un punto de vista de la alimentación del niño. Se buscarán texturas homogéneas con la ayuda de la batidora y con alimentos nutricionalmente muy interesantes como aceite de oliva. Las raciones presentadas serán variadas y pequeñas, con presentaciones bonitas o incluso divertidas para el niño (8).

6 Bibliografía

1. García Burriel, JI. Disfagia en la infancia. *An Pediatr Contin.* 2014;12(5):221-30.
2. Morgan AT, Mageandran SD, Mei C. Incidence and clinical presentation of dysarthria and dysphagia in the acute setting following paediatric traumatic brain injury. *Child Care Health Dev.* 2010;36(1):44-53.
3. López-Liria R, Fernández-Alonso M, Vega-Ramírez FA, Salido- Campos MÁ, Padilla-Góngora D. Treatment and rehabilitation of dysphagia following cerebrovascular disease. *Rev Neurol.* 2014 Mar 16;58(6):259-67.
4. Cooper-Brown L, Copeland S, Dailey S, Downey D, Petersen MC, Stimson C., et al. Feeding and swallowing dysfunction in genetic syndromes. *Dev Disabil Res Rev.* 2008; 14(2):147-57.
5. Suárez-Escudero JC, Rueda Valle ZV, Orozco AF. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? *Acta Neurol Colomb.* 2018; 34(1): 92-100.
6. Martín Masot R, Ortega Páez E. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Disfagia en el paciente pediátrico. AEPap. 2017.
7. Arvedson JC. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. 2008; 14:118-27.
8. Rosenvinge S, Straky D. Improving care for patients with dysphagia. *Age Aging.* 2005; 34:587-93.
9. Laborda González L. Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea. *Endocrinol Nutr.* 2006;53(5):309-14.

Capítulo 453

EL BLW: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

JULIA SANCHEZ REQUEJO

NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN

MONTSERRAT VIGUERA SOLIS

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La lactancia materna es el mejor alimento para el niño desde su nacimiento hasta los dos años, siendo a los 6 meses cuando se le puede empezar a introducir otros alimentos de manera gradual. Un método de la incorporación de estos alimentos es el Baby Led Weaning, que se inicia sobre los 6 meses, si bien no depende tanto de alcanzar una edad sino de que el niño haya adquirido una serie de destrezas como el sedentarismo, el uso coordinado de las manos para manipular los alimentos que se le ofrecen o las funciones motoras orales que le permitan realizar los movimientos masticatorios para romper los alimentos blandos que se le ofrecen.

2 Objetivos

Conocer qué es el método BLW y sus beneficios poder enseñárselo a los futuros padres para que lo lleven a cabo con sus hijos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Dialnet y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El BLW es un método alternativo a los tradicionales purés a la hora de empezar a introducir la alimentación complementaria. Este método consiste en ofrecer al niño alimentos sólidos (blandos) y dejar que se los acerque a la boca y los pruebe, el será el que se autorregulara a al hora de comer.

Ventajas del BLW:

- El bebé tendrá un riesgo menor de padecer obesidad en el futuro.
- No se le obligará a comer y regulará la velocidad a la que lo hace.
- El bebé aceptará mas variedad de alimentos.
- El bebé se irá familiarizando con los sabores reales de la comida.
- No sufrirá la transición del puré al solido.
- Se evita la ingesta de azúcares añadidos.
- Fomenta la independencia temprana del bebé.

5 Discusión-Conclusión

El BLW es una buena opción a la hora de implementar la alimentación complementaria a los más pequeños, ya que favorece la continuidad de la lactancia y se les va introduciendo poco a poco cada alimento, siempre bajo las recomendaciones de la OMS. Además aprenden a gestionar su comida, mejoran la motricidad y se evita que ingieran productos con azúcares añadidos presentes en la comida específica para bebés.

6 Bibliografía

- Folgar, L. Aprender a comer solo. 1ª ed. España: Arcopress. 2017.

- Espín Jaime, B., Martínez Rubio, A. El paso de la teta a la mesa sin guion escrito. Baby led weaning ¿Ventajas?, ¿riesgos? [Internet] 2016 [citado 23 may 2018]
- Vega Velasco Manrique, M. Alimentación complementaria guiada por el bebé respetando sus ritmos y apoyando su aprendizaje. Medicina naturista [internet] 2014 [citado 23 mayo 2018]; 8 (2): 64-72.
- Gutiérrez Barragán, N. Efectividad y utilidad del método de destete dirigido por el bebé (Baby Led Weaning) para la alimentación complementaria: Revisión integrativa. 2017.

Capítulo 454

PREVALENCIA Y FACTORES DE LAS DEPRESIONES EN PERSONAS MAYORES

DAVID SUÁREZ CASTRO

LAURA MONTES PÉREZ

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

1 Introducción

Se conoce como depresión un estado de ánimo que perdura en el tiempo llegando a desaparecer el motivo causante de la sintomatología depresiva, en otros casos diagnosticados sin embargo no existe tal motivo de causa. El individuo depresivo se siente con el ánimo bajo, pérdida de apetito, insomnio o pensamientos negativos que mermaran la calidad de vida de la persona afectada. Los trastornos son diversos y la respuesta al tratamiento en variable (5).

Urbina, Flores, García, Torres & Torrubias (2007) el envejecimiento y la depresión han ido evolucionando conjuntamente en la sociedad actual. La población ha ido envejeciéndose en los últimos años de forma escalonada. La depresión es una de las causas de incapacidad en la población activa. Existe un gran número de recaídas de esta afección por lo que no sería extraño que cada vez más personas mayores se viesen afectados por la depresión.

El diagnóstico de esta enfermedad es poco frecuente en personas mayores debido al falso prejuicio de ver la vejez como algo triste a pesar de existir criterios que la

evidencien. Está comprobado que la depresión no diagnosticada y asistida en su momento empeora el pronóstico y aumenta el peligro de fallecimiento a lo que se añade un aumento económico.

Se debería realizar una prevención primaria analizando a través de un estudio los hábitos y culturas de cada lugar y una prevención secundaria donde se empleen escalas evaluativas para valorar el diagnóstico prematuro. Castro, Zamora, Aguilar & Díaz (2006) el envejecimiento es un gran complicación debido a la gran demanda sanitaria que esto conlleva ya que las personas mayores son las que más asistencia necesitan.

Análisis realizados en los últimos años reflejan un aumento de síntomas depresivos debido a factores genéticos, sociológicos y psicológicos los cuales se prevén que más se acentúen. Contar con la información precisa permitirá valorar todos estos factores de una forma positiva.

Salazar, Reyes, Plata, Galvi, Montalvo % Sánchez (2015) el aumento de personas hace que sea un problema para la salud pública. Este envejecimiento hará que los números de personas de morbilidad y discapacidad se vean aumentados. Siendo la depresión una de esas discapacidades que más se manifiesten de una forma capciosa y con poca sintomatología que complica su diagnóstico para los profesionales sanitarios.

Estudios reflejan la tardanza en el pronóstico de la depresión y que las personas institucionalizadas son las que mayores porcentajes presentan de padecer síntomas depresivos.

Rivas, Nuevo & Ayuso-Mateo (2010) la depresión se ha convertido en una gran perturbación para la sanidad y que no se otorga la trascendencia que se debería.

La prevalencia de depresión se presenta con mayor frecuencia en Atención Primaria. La comparación entre calidad de vida y sintomatología depresiva no siempre cumplen con el diagnóstico de padecer la enfermedad y se han descubierto que los individuos que padecen leves síntomas depresivos tienen mayores posibilidades de ser personas discapacitadas para las tareas de la vida diaria viéndose afectada su calidad de vida también.

Von Mühlenbrock, Gómez, González, Rojas, Vargas & Von Mühlenbrock (2011) difieren que la depresión es más habitual en mujeres, viudas, con enfermedades crónicas con algún tipo de trastorno y que han pasado por algún momento de estrés. Las depresiones secundarias, encubiertas y menores son las más frecuentes

en las personas mayores debido a que es visto como parte normal del envejecimiento de las personas.

Los factores más relevantes serían la pérdida de un ser cercano, la presencia de varias enfermedades, el dolor crónico persistente, alteraciones cognitivas o el uso excesivo de medicamentos hacen difícil un diagnóstico adecuado en personas mayores. La depresión conlleva un empeoramiento de la calidad de vida, complejidad para relacionarse, mala evolución de las enfermedades crónicas, aumento de la morbilidad y de intentos autolíticos.

2 Objetivos

- Presumir la prevalencia de personas mayores con depresión.
- Evaluar los sistemas sanitarios recabando datos sobre los efectos de las tácticas aplicadas para comprobar si los resultados son los deseados.

3 Metodología

Se emplean diversos participantes:

Se realiza un estudio a 591 personas mayores de sesenta y cuatro años durante el mes de enero 2002 tanto del medio urbano como rural realizando entrevistas en el centro de atención sanitaria o en su domicilio si su estado de salud no le permite desplazarse y aplicando estrategias tanto verbales como no verbales, empatía y barreras ambientales (1).

Un análisis de observación a través de 1023 personas mayores de 60 años que recibieron asistencia geriátrica en la primavera de 2006 excluyendo a quienes padecían problemas de comunicación por hablar otro idioma, problemas neurológicos o auditivos y deterioro cognitivo (2).

Se efectúa un estudio sobre prevalencia y caracteres de la demencia y el deterioro cognitivo de 839 personas mayores entre 2012 y 2014 incluyendo personas independientes y autónomas y excluyendo las personas institucionalizadas y contactando con ellos a través de programas de recreación y turismo (3).

Un análisis en 68 países realizando una encuesta a 252503 personas durante el año 2002 y utilizando para ello un cuestionario para la discapacidad y la salud (4).

Pacientes mayores de 60 años que ingresaron en medicina interna durante el verano de 2009 a los cuales se les hace una entrevista el día de su ingreso. Estas son realizadas por cinco estudiantes de pregrado de medicina (5).

En cuanto a instrumentos:

Se emplea la escala Geriatric Depresión Scale de Yesavage y Brink aplicando diversos ítems (1) (2) (3) (5). Aquellos pacientes con positivo en esta escala serán evaluados posteriormente por un psiquiatra que confirmara que no se trata de un falso positivo (5). Un cuestionario desglosado en tres departamentos (sociodemográfico, asistencial y escalas evaluativas (1). Para la evaluación funcional se emplea el índice de Barthel y para la evaluación cognitiva se aplica el test de Folstein (1). Cuestionario de Apgar donde se comprueba el apoyo familiar (2). Cuestionario de Predict (3). Una evaluación por parte de estudiantes de Psicología y Enfermería de último de carrera (3). Una escala de dismovilidad donde se podrá evaluar el grado de movilidad (5).

4 Resultados

Las pruebas obtenidas no presentaron diferencias llamativas en la población con respecto a las variables de sexo y edad (1). La depresión leve es la que mayor porcentaje presenta (2) (3) (5) y siendo muchas de ellas personas mayores con discapacidad. Las personas sin ninguna actividad o poca actividad física tienen un riesgo moderado de padecer síntomas depresivos (2) (3). Muchas de esas personas mayores con alguna discapacidad son personas dependientes con enfermedades crónicas y que toman algún tipo de varios fármacos (2).

Los grupos de edad entre 70 y 80 años, viudos o solteros se asocian a la sintomatología depresiva (3) (5).

Las mujeres con edad avanzada y nivel económico bajo están más predispuestas a padecer a padecer según los resultados obtenidos (4). Los casos analizados en la escala Yesavage los resultados obtenidos fueron positivos de los cuales una gran mayoría eran mujeres y todos estos datos fueron comprobados por un psiquiatra (5).

5 Discusión-Conclusión

Una de cada cuatro personas mayores presenta sintomatología depresiva (1). Una gran mayoría de los estudios no encontraron diferencia de sexo (1) aunque si hay

otros que dicen que las mujeres están más predestinadas a padecer depresión (2) (3), si se pudo observa que los hombres a mayor edad menos posibilidades de padecerla. Las mujeres por otra parte suelen presentar síntomas depresivos a edades más tempranas y al contrario que en el caso de los hombre con la edad las posibilidades de padece depresión disminuye (1) (5).

Entre los factores a tener en cuenta nos encontramos el poco apoyo social que termina por desencadenar síntomas depresivos relevantes (1) (2), el deterioro cognitivo (1) o enfermedades que producen una discapacidad (1) (2) (5). Otros factores menos frecuentes pero igualmente importantes son el insomnio (1) (3), los procesos de duelo. (1) (2), predisposición genética (2), no tener relación sentimental (2) (3) (5) o vivir en instituciones (3) (5).

Aquellas personas que no realizan ningún tipo de actividad laboral (2), practican una vida sedentaria (2) (5) con escasa actividad física (2) tienen mayor riesgo de padecer síntomas depresivos (2). Otros estudios demuestran que los niveles de estudios de escolaridad y de educación en las personas mayores con depresión son bajos (2) (3) (5).

En ocasiones la depresión en personas en personas mayores se presenta de una manera atípica y apenas se analiza por entenderse como un proceso natural de la vejez (5). Por eso es muy importante cuando se presente sintomatología depresiva realizar un estudio para poder hacer un diagnóstico y un tratamiento adecuado (5).

Es necesaria una buena conceptualización de la depresión (4) y así nos ayudará a una promoción del autocuidado de la salud y poder tener una sociedad con más herramientas y mejo preparada para afrontar procesos depresivos (3).

6 Bibliografía

1. Urbina Torija, J. R., Flores Mayor, J. M., García Salazar, M. P., Torres Buisán, L., & Torrubias Fernández, R. M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21, 37-42. (1).
2. Castro Lizárraga, M., Zamora, S. R., Morales, L. V. A., & de Anda, V. M. D. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(4), 132-137. (2).
3. Salazar, A. M., Reyes, M. F., Plata, S. J., Galvi, P., Montalvo, C., & Sánchez, E. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo

de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*, 31(2), 176-183. (3).

4. Rivas, M., Nuevo, R., & Ayuso-Mateos, J. L. (2010). Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud. (4).

5. Von Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L., & von Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 331-337. (5).

Capítulo 455

LA IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

DAVID SUÁREZ CASTRO

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

LAURA MONTES PÉREZ

1 Introducción

La muerte es sin lugar a duda uno de los momentos más difíciles de afrontar y que más impacto genera a las personas, además surgen sentimientos y emociones tanto para el enfermo como para su entorno, produciéndose una situación de estrés. El manejo de esta situación es uno de los retos a los que se enfrentan el equipo de profesionales de cuidados paliativos. La necesidad no sólo de cuidar, sino de ayudar a quien no puede realizar sus cuidados, ha llevado a que en los últimos años se experimenten grandes avances en cuidados paliativos. Se han introducido nuevos valores tomando como referencia las necesidades de las personas y su entorno. Los avances en la tecnología y la medicina han permitido aplicar novedosos tratamientos específicos en función de las características de cada individuo. Todo esto ha logrado que la calidad y la esperanza de vida hayan aumentado considerablemente en los últimos años y que las personas puedan convivir con enfermedades crónicas. También ha servido para que las personas aumenten sus conocimientos en cuidados y derechos planteando nuevos retos a los profesionales sanitarios y permitiéndoles tener nuevos recursos para afrontar adecuadamente esta situación.

2 Objetivos

- Indagar sobre los cuidados que precisan las personas enfermas en cuidados paliativos, analizando las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos.
- Buscar el equilibrio que permita a las personas afrontar en las mejoras garantías esos duros momentos teniendo en cuenta también otros aspectos importantes para cada individuo como pueden ser los espirituales o los religiosos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados paliativos siempre han existido, anteriormente eran funciones que desempeñaba la familia y que en los últimos tiempos ha ido evolucionando paralelamente a la medicina y que hoy en día es una labor que realizan profesionales sanitarios de manera multidisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

La función primordial que se busca a través de los cuidados paliativos es el bienestar de los individuos. El trabajo desempeñado por los profesionales en cuidados paliativos está poco valorado, aunque cada vez va tomando mayor relevancia y reconocimiento. Una buena coordinación interdisciplinar es la base para que la metodología a desarrollar sea efectiva siendo muy importante el trabajo desempeñado por cada profesional y especialmente el del psicólogo.

6 Bibliografía

- Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, F., & Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, con-

sensos y retos. *Index de enfermería*, 20(1-2), 71-75.

-Reverte, M. L., Gil, J. R., Toro, L. B., García, J., & BATISTE, X. G. (2008). Intervención psicológica en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Medicina Paliativa*, 15(1), 39-44.

-Higuera, J. C. B., González, B. L., Durbán, M. V., & Vela, M. G. (2013). Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa*, 20(3), 93-102.

Capítulo 456

ENDOMETRIOSIS

INÉS MENÉNDEZ ROLDÁN

1 Introducción

La endometriosis es una enfermedad en la que el tejido que normalmente crece dentro del útero pasa a hacerlo fuera de él. Se trata de una de las patologías ginecológicas más comunes. Sus principales síntomas son dolor e infertilidad.

2 Objetivos

Describir la enfermedad con sus diferentes formas de presentación y los tratamientos disponibles en la actualidad.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre los casos estudiados de mujeres con endometriosis, teniendo en cuenta las diferentes opciones de tratamiento. Se utilizaron también bases de datos como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y el Comité de Práctica de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva.

4 Resultados

La mayoría de los implantes de endometriosis se encuentran en la cavidad pélvica, sobre todo en ovarios, trompas de Falopio, espacio vesicouterino, asas intestinales o vejiga.

5 Discusión-Conclusión

Por un lado tenemos tratamientos para el dolor como la analgesia, tratamientos hormonales y/o tratamientos quirúrgicos. Por otro lado tenemos en cuenta los tratamientos para la infertilidad, muchas veces los ginecólogos recurren a la laparoscopia para extirpar los crecimientos anómalos. Otra opción sería la fecundación in vitro.

6 Bibliografía

- Rechkemmer Adolfo F. Manejo de la endometriosis e infertilidad. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2012 [citado 2020 Ene 02] ; 58(2): 101-105.

Capítulo 457

EL SÍNDROME DE DIÓGENES Y LA CONTROVERSIA SOBRE SU DENOMINACIÓN

BEGOÑA COLLAR ALVES

FRANCISCO JOSÉ MOROTE MORENO

SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Alrededor del 5 % de la población mundial está diagnosticada de Síndrome de Diógenes, a este porcentaje hay que sumarle todos aquellos casos que no han sido diagnosticados pero que sí que están desarrollándose, pero debido al aislamiento del enfermo no se pueden evaluar ni tratar, además a este síndrome se le suma la controversia que existe aún a no ser reconocida como tal síndrome por gran parte de la psiquiatría y comunidad médica internacional, por eso hemos querido realizar este trabajo.

Hoy en día gracias al avance de la medicina existen numerosas enfermedades que antes no eran consideradas como tales, síndromes que ni siquiera eran estudiados ni sus pacientes diagnosticados porque no se tenía constancia de su existencia, por esto, cada vez vemos aparecer nuevos síndromes y enfermedades que siempre han existido, tal vez han tenido menos prevalencia, pero que gracias a la ciencia hoy día se les puede poner nombre, tratamiento y no dejar en situación de desamparo a quienes la padecen.

Existen varias definiciones para esta enfermedad que vamos a tratar en nuestro capítulo, pero haciendo un recopilación de varias de ellas podríamos definirlo como un trastorno del comportamiento que se caracteriza por el total abandono personal y social y la acumulación en el hogar de grandes cantidades de basura y desperdicios domésticos, que de no poner solución llegan a cronificarse, hacerse sus síntomas y características más continuos y radicales hasta provocar situaciones límite para el propio enfermo y su entorno. Tanto en España como en el mundo están aumentando las cifras de casos de Diógenes, y por eso pretendemos hacer nuestro capítulo.

2 Objetivos

- Definir los patrones de conducta de las personas afectadas por la enfermedad.
- Detallar las fases que existen de la enfermedad cuando ésta ya es manifiesta.

3 Metodología

Se ha realizado este capítulo mediante la búsqueda sistemática y revisión de información en los principales buscadores: Google Académico, Pubmed, Medline, Scielo. Los descriptores utilizados son "síndrome de diógenes" / " diógenes syndrome".

4 Resultados

El patrón de conducta de los enfermos que sufren este síndrome tiene unas características que cuando ya son detectables, es cuando la enfermedad está en un estado avanzado, lo cual dificulta su diagnóstico y hace difícil hacer una estimación de datos a la hora de recabar cifras:

- Descuido de higiene y hábitos: comidas, ciclo sueño-vigilia, extrema dejadez en el autocuidado.
- Viven en un completo estado de abandono, condiciones insalubres donde pelagra su salud, en condiciones inhabitables de sus viviendas.
- Viven aislados socialmente, normalmente tienen un carácter que debido al agravamiento de su enfermedad no aceptan ayuda, no viven en la realidad se entremezcla la enfermedad el aislamiento con trastornos paranoides, que se van sumando al síndrome.

En este síndrome como en muchos otros la psiquiatría entra en controversia y muchos autores prefieren darla otras denominaciones y no englobarla como un conjunto de síntomas sino como enfermedad específica, o directamente algunos manuales internacionales no está reconocida como enfermedad y sus síntomas aparecen englobados dentro de otras enfermedades o se les denominan con otros términos:

- Silogomanía: es la acumulación obsesiva y compulsiva de cosas, objetos, sin ningún tipo de valor pero para que el enfermo evidentemente lo tiene.
- Hoard: significa acumular, hacer acopio a quienes acumulan basuras, ropa, desechos es un término en inglés y lo utilizan en medicina en vez de utilizar el síndrome de Diógenes.
- Urraquismo: hacen referencia a un patrón que suelen tener ciertos esquizofrénicos donde recolectan objetos que para ellos son valiosos, bajo su subjetismo de lo que tiene valor para cada uno.
- Abandono senil: suele producirse en personas de edades avanzadas, se caracteriza por un extremo abandono de la higiene personal y hábitos (alimenticios, etc.)

Todas estas enfermedades que si estas reconocidas internacionalmente como tales, tienen en común sintomatología con el Síndrome de Diógenes, pero, este síndrome sería como un conjunto de los síntomas de todas afecta en su mayoría a personas ancianas, pero también a personas jóvenes, son personas acumuladoras compulsivas, de basuras, de objetos que piensan que tienen valor, aislamiento social, ideas paranoides, etc.

De hecho, buscando información para este trabajo ni en la OMS acepta este término como enfermedad. Por entender el proceso que pasa este síndrome, algunos autores han tratado de dividirlo en etapas para saber, en qué fase de la enfermedad se encuentra la persona que lo padece y para que nosotros como sanitarios o incluso como entorno podamos detectarlo:

- En una primera fase: la persona empieza a tener cierto descontrol horario (salir de noche, a deshoras) hacer cosas peculiares como rebuscar en la basura, aparecen los primeros síntomas de autoabandono, desaliño, falta de higiene, empieza la acumulación obsesiva.
- Segunda Fase: se produce una acumulación tan excesiva en su domicilio que empieza a haber las primeras molestias de su entorno, avisos a las autoridades, denuncias por las condiciones de insalubridad en las que vive en esa persona y lo que su modo de vida produce a sus vecinos y resto del entorno.
- Tercera Fase: el individuo está totalmente aislado del mundo, vive en su propia

realidad normalmente tiene actitudes agresivas cuando se le intenta ayudar, ideas delirantes, paranoides, su situación hace que su vida peligre, porque su vivienda es totalmente inhabitable, roedores, infecciones, su situación es límite y lo peor es que no se suelen dejar ayudar.

Como ya sabemos a la edad de los 2 años se producen muchos cambios fisiológicos, psíquicos y físicos, en esta época es cuando hace acúmulo de los objetos que tiene cerca, tiende a acumularlos, esconderlos; algunas teorías evolutivas explican que gracias a esta causa de la, tendencia acumulativa instintiva del humano, desde que es prácticamente un bebe se consiguió hacer acopio de comida para épocas de escasez etc. Intentan estudiar el origen del síndrome de Diógenes en algún desajuste a esta edad crucial en la formación de un ser humano, a la que se le van sumando factores de riesgo, otro tipo demencias, edad, entorno, aislamiento, etc.

Muchas veces la controversia que existe con aceptar o no como síndrome una enfermedad determinada se basa más en meros trámites burocráticos que en un verdadero problema real al denominarla trastorno por acumulamiento o síndrome de Diógenes, aunque existen ciertas variantes entre ellas. Muchas veces las enfermedades van más rápido que la ciencia y sobre todo que la burocracia a respecto.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión más clara es el tremendo aislamiento y soledad que sufren los enfermos que la padecen, aislados de sus familias (los que las tienen), se vuelven personas desconfiadas a las que el aislamiento no hace más que acrecentar las enfermedades mentales asociadas que suelen tener de base desde paranoias a trastornos esquizoides, agorafobias. Pero hay muchos enfermos que no están diagnosticados porque tienden al aislamiento social y suelen tener edad avanzada. Pero las personas que trabajan no tienen círculos ni entornos sociales, acumulan basura, objetos, hasta llegar a situaciones límite donde la situación es insostenible para enfermos, entorno y vecinos. Las autoridades no pueden actuar por la inviolabilidad de la vivienda, ante la negativa del enfermo a dejar entrar a nadie, no se dejan ayudar no se les puede valorar, por tanto no se les puede diagnosticar ni tratar, hasta que no sea llevado ante un juez que pueda incapacitarlo, que en la mayoría de los casos no se les incapacita porque no son personas que estén incapacitadas para dirigir su vida, solo tienen este síndrome, este problema que le ha llevado en muchas ocasiones a una situación límite. De ahí bajo nuestra opinión la importancia que tendría el poder reconocerla a nivel internacional, como en-

fermedad porque aceleraría los procesos burocráticos. Estas personas mueren la gran mayoría en un estado de bienestar sin poder tener el más mínimo margen de actuación respecto a ayudarles.

6 Bibliografía

- VVAA (actualización 2019) Real Academia Española
- Navia,Luis (1998) Diogenes of Sinope: The Man in the Tub (Contributions in Philosophy)
- VVAA Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1992) III Masson
- Llera Ruiz,J.A. (2009) El síndrome de Diógenes
- Gomez-Feria I. Clinical Forms of Diógenes síndrome.(2008)
- Clark AN,Mankikar GD,Gray I. "Diogenes Syndrome" (1975) The Lancet 15: 366-368
- Koeck A, Bouckaert F, Peuskens J. Hoarding as the core symptom of the Diogenes Syndrome (2007) Tijdschr Psychiatr. ;49(3):195-9.
- Caixeta L. (2007) Diogenes, homeless population, antimanicomial movement and cinism. Braz J Psychiatry. Mar;29(1):91.
- Rodríguez Lozano, Emiliano, Ortiz Fuillerat, Carmen, Blasco Novaldos, Gema, Sáez Antón, Mercedes, García Gutiérrez, Fernando, & Bermejo Pérez, Carmen. (2014). Características sociodemográficas de las personas con conducta acumuladora/trastorno por acumulación (S. de Diógenes) en la ciudad de Madrid: serie de casos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34(124), 665-681

Capítulo 458

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LAS TCAE ANTE LAS PATOLOGÍAS DERIVADAS DE LOS TRASTORNOS EN EL DESCANSO INFANTIL

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

MARIA ROSA NÚÑEZ LLAMES

LILIANA VIDAL IGLESIAS

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Fisiología del sueño.

Tanto la actividad como el descanso son educables, y constituyen un contenido de gran importancia, entre ambos debe existir un equilibrio necesario para evitar el estrés y el agotamiento en los niños. El descanso es un elemento importante de la cotidianidad pedagógica, ya que en los primeros años de la vida ocupa mucho tiempo en la vida del pequeño y esta ligada a la maduración del sistema nervioso.

Funciones del sueño: durante el sueño el organismo realiza determinadas acciones:

1. A nivel físico:

- Disminución de la actividad
- Disminución de respuesta a estímulos externos
- Las células, tejidos y órganos reparan alteraciones sufridas durante el día.

2. A nivel mental:

- Las neuronas reparan las alteraciones del día.
- El cerebro procesa la información de todo el día.
- Se asimilan las vivencias afectivas y emocionales.
- Mejora y contribuye al buen funcionamiento de los procesos y capacidades cognitivas.

Períodos del sueño: Cada ciclo está compuesto primero por el sueño lento y después por el sueño REM, un ciclo de sueño completo dura 90 minutos aproximadamente. A lo largo de la noche se producen entre 4 y 5 ciclos, entre un ciclo y otro hay un despertar natural antes de pasar al siguiente ciclo.

Fases del sueño:

1. Adormecimiento previo: es aquel en el que aparecen claros síntomas de necesidad de descanso (bostezos, frotarse los ojos, dificultad para mantener abiertos los ojos, relajación muscular, búsqueda de la postura para descansar).

2. Sueño lento o sincronizado. En él aparecen dos estadios:

- Estadio 1: Sueño muy ligero: relajación muscular.
- Estadio 2: Sueño ligero: un ruido pequeño puede provocar el despertar, pero ya se va reaccionando menos ante los estímulos. Es un sueño ligero, pero más profundo que el anterior.
- Estadio 3: Sueño profundo: todas las funciones vegetativas disminuyen, también disminuye la temperatura y la presión sanguínea. Solo los sonidos fuertes pueden hacer que el/la niño/a se despierte.
- Estadio 4: Sueño profundo e inconsciente total: el /la niño/a está completamente dormido. Durante esta fase es difícil despertarse sólo los sonidos muy fuertes pueden hacer que se despierte.

3. Sueño rápido, paradójico: en él aparecen pequeñas contracciones de los dedos y la cara, hay una pérdida en el tono muscular, se realizan, movimientos oculares irregulares, el pulso y la respiración son irregular, existe un aumento del ritmo cardíaco. En esta fase se recuerdan los sueños, se producen las pesadillas y terrores nocturnos, dura entre 10 y 30 minutos. El sueño culmina con el despertar, este proceso está regulado por el cerebro, produciéndose el despertar natural cuando se ha descansado lo suficiente y se han recuperado las fuerzas.

2 Objetivos

- Concienciar a las personas que tratan con niños de la importancia de un descanso adecuado en su desarrollo.
- Saber las actuaciones que debe realizar el TCAE ante una situación de riesgo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Necesidad del sueño según la edad. Las horas de sueño van variando según la edad del pequeño:

- 0 a 1 mes: 17 H al día. Cada 2 o 3 horas duermen y lo alternan con 1H de vigilia. En la noche se alarga hasta 4 y 5 H.
- A partir de 4 meses: el sueño nocturno puede durar hasta 8H. Durante el día realizan 3 periodos de sueño de 3H cada uno.
- A partir de 10 meses: el sueño nocturno puede durar hasta 12 H. Durante el día duermen 2 siestas de 1 o 2 H, una a media mañana y otra a media tarde.
- 1 año: sueño nocturno de 12H y se suprime una siesta. La siesta diurna suele ser a mediodía y suele durar unas 2H.
- 2 años: el sueño nocturno es igual y el sueño diurno se reduce a 1H de siesta.
- 4 años: sueño nocturno de 12 H y suelen dejar de dormir la siesta con la entrada a la escuela infantil.

Consecuencias de no dormir adecuadamente:

- Irritabilidad, mal humor y llanto fácil.
- Fatiga psíquica para la realización de las actividades y exigencias cotidianas, en relación a la edad.
- Alteraciones en la percepción y coordinación.
- Alteraciones del sistema inmunitario: anticuerpos
- Alteraciones y trastornos en el crecimiento infantil.

- Obesidad infantil junto con diabetes y alteraciones cardiovasculares.

Clasificación de los trastornos del sueño en niños de 0 a 6 años.

Las disomnias son trastornos en la cantidad y horario del sueño. Existen 4 tipos:

- Insomnio: es la incapacidad de no poder dormir o no dormir lo suficiente, puede ser producido por diferentes factores, por el horario de alimentación, estimulación táctil en su defecto o exceso, sensibilidad excesiva ante los estímulos o condiciones del medio. También puede ser producido por alteraciones psicológicas como separaciones temporales traumáticas o hábitos inadecuadas para el niño. El porcentaje de niños menores de 5 años que suelen sufrir insomnio es del 35% (población general entre en 10-30 %).

- Hipersomnias: es la incapacidad de permanecer despierto, bien porque el sueño se prolonga más de lo normal o hay un incremento de la somnolencia diurna. Es poco habitual en la infancia y se relaciona frecuentemente con hábitos y con el inicio del curso escolar o alteraciones del sistema nervioso u otros sistemas. Existe la hipersomnias crónica que se asocia normalmente a enfermedades físicas o trastornos psiquiátricos.

- Apnea: se caracteriza por episodios de obstrucción parcial o total de la vía aérea superior que aparecen durante el sueño. Las conductas asociadas son la somnolencia diurna, la boca abierta al dormir y los ronquidos. La causa acostumbra a ser el aumento de las amígdalas y adenoides en las vías respiratorias superiores por infecciones.

- Alteraciones del ciclo circadiano: aquí se incluyen los trastornos que son consecuencia de una inadecuada sincronización entre el horario de sueño deseado y el real. Se trata de un desajuste por el cual el pequeño no puede dormir cuando lo desea.

Las parasomnias son las alteraciones que se producen durante las fases del sueño, afectando a la calidad del mismo. Existen 6 tipos:

- Sonambulismo: son episodios donde el niño repite conductas que ha realizado durante la vigilia, suele aparecer durante las primeras horas de sueño y el niño no recuerda nada. No suele tener tratamiento ni tampoco se puede prevenir, lo que si se debe es prevenir posibles accidentes y lesiones. Suele desaparecer en la adolescencia, y la conducta a seguir es no despertarlo y reconducirlo hacia su cama. Constituye el 10-16 % de las parasomnias infantiles.
- Terrores nocturnos: suelen aparecer entre los 2-3 años de edad y pueden llegar

hasta la adolescencia, pero generalmente van remitiéndose los episodios con la edad. Suceden normalmente hacia la primera mitad de la noche y dura entre 2-15 minutos, el niño parece despierto, pero no responde a las acciones tranquilizadoras, no puede conectar con la realidad y al día siguiente no recuerda nada. La intervención consiste en no despertarle y quedarse con él para evitar posibles lesiones. Constituyen el 8-14 % de las parasomnias infantiles.

- Pesadillas: la mayor tendencia aparece en niños entre 4 y 7 años de edad, aparecen en la segunda mitad de la noche.

Como causa psicológica, se relacionan con situaciones amenazantes para ellos: películas, animales, situaciones o personas; ya que los niños tan pequeños no saben distinguir la fantasía de la realidad. Como causa física, puede suceder si el niño tiene fiebre. Se manifiestan con miedo, ansiedad, sudoración, taquipnea y taquicardia. El tratamiento consiste en tranquilizarle cuando se despierte y hacerle entender que ese miedo carece de fundamento, así como evitar la causa que provoca las pesadillas. Representan el 45-60% del total de las parasomnias.

- Bruxismo: se debe a la acumulación de tensión en la zona de la mandíbula, que se descarga durante el período del sueño lento. Los dientes superiores y los inferiores se desplazan unos sobre otros produciéndose un sonido característico (rechinar los dientes). Se relaciona con el estrés y factores genéticos, tiende a desaparecer con la edad, pero puede reincidir en las diferentes etapas de la vida. Representa entre 4-10 % de las parasomnias infantiles.

-Somniloquia: se caracteriza porque el niño mientras permanece dormido, dice cosas, chilla, canta; suele aparecer en la segunda mitad de la noche y acostumbra a desaparecer con el tiempo. Puede ocasionar molestias a la persona que duerme con él o incluso puede despertarse así mismo. Representa el 20-40 % de las parasomnias infantiles.

-Movimientos automáticos o mioclonías de adormecimiento: se inician hacia los 9 meses y desaparecen automáticamente hacia los 3-4 años.

Consiste en pequeños golpes, balanceos, que se producen durante la relajación previa a quedarse dormido o en la primera etapa del sueño. El balanceo puede producirse en la cabeza o acompañarse de movimientos con diferentes partes del cuerpo. Afecta al 3-9% de la población infantil.

Actuación del TCAE ante una situación de riesgo.

El auxiliar de enfermería tanto como los demás trabajadores deben de saber cómo actuar en caso, de que algunas de las situaciones habladas en el apartado anterior,

lo principal que debemos de tener en cuenta es evitar exponer al niño en situación de riesgo, evitando principalmente que se pueda lesionar.

5 Discusión-Conclusión

Es importante identificar los posibles trastornos del sueño en los niños, ya que, aunque no suelen ser graves, si perduran en el tiempo pueden afectar a la salud infantil y dificultar el bienestar familiar.

Aunque la mayoría de los trastornos no requieren tratamiento ya que se resuelven con el tiempo y la maduración del niño, interviniendo sobre todo en los hábitos del pequeño.

Para todas aquellas personas que trabajamos como TCAES es importante que tengamos unos conocimientos respecto a las diferentes situaciones que pueden ocurrir, para poder realizar adecuadamente nuestro trabajo

6 Bibliografía

- Autonomía personal y salud infantil. Editorial: MACMILLAN Profesional, Autores ;Jaume Bruguera Busquets, Maria Elena Corbí León.
- Diccionario médico de Pediatría.
- www.psicotrec.pe.
- www.beatpsicologia.com.
- www.guiainfantil.com.

Capítulo 459

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA- TCAE

IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

M^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

RAQUEL GALVAN MARTINEZ

1 Introducción

El estrés y otras enfermedades relacionadas con el estrés y la angustia están aumentando entre el personal sanitario en general, y sus consecuencias pueden considerarse un serio problema a largo plazo.

El burnout, síndrome de “estar quemado” en el trabajo, es un estrés laboral que trae consigo un agotamiento físico y mental que afecta al personal que pierde su interés por el trabajo y sus obligaciones y responsabilidades dando lugar, al final, a un síndrome depresivo por un estrés prolongado en el trabajo.

El nombre, Burnout, surgió en EEUU en los años 70 para dar una explicación al aumento del deterioro en la atención profesional. A lo largo del tiempo el síndrome se ha consolidado como una respuesta al estrés laboral crónico (Gil-Monte,2009).

2 Objetivos

- Estudiar los grupos más propensos a padecer el síndrome de Burnout dentro del sector sanitario, así como analizar las manifestaciones que presenta y los factores intrínsecos y extrínsecos que predisponen al profesional a padecerlo.

3 Metodología

Para el estudio se han revisado artículos, revistas y estudios entre el año 2005-2016 y bases de datos de Google Académico.

Se han seleccionado aquellos artículos más actualizados y concretos en el tema.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, personal sanitario.

4 Resultados

El personal de enfermería es el que tiene un mayor riesgo de sufrirlo; por su labor y su contacto más directo con los enfermos y su familia durante un mayor tiempo y tienen un mayor riesgo de desgaste laboral (Cogollo et al 2010).

Sus manifestaciones, son muy variadas, pero sus características comunes son en general:

- Agotamiento emocional
- Perder entusiasmo en el trabajo
- Tener sensación de no aportar nada tanto a nivel emocional como laboral.
- Despersonalización total del trabajo, sin tiempo para dar una mayor calidad asistencial y personal a los pacientes.

Esta sobrecarga de trabajo y este estrés nos lleva a una realización del trabajo hospitalario, como autómatas, siendo más insensible con los enfermos y realizando el trabajo sin motivación. No llegar a poder hacerlo todo y hacerlo bien nos hace sentir poco realizados en el trabajo (West et al;2018).

Después de estudios y análisis, en materia laboral, se han clasificado por categorías los diferentes factores causantes del Síndrome de Burnout en el trabajo sanitario:

- Factores Innatos: exposición a situaciones hostiles, como la muerte, sufrimiento y ansiedad.
- Factores circunstanciales: centro de trabajo, relación entre los trabajadores y superiores; y relación entre los miembros del equipo de trabajo. Este último factor, interacción y colaboración entre los miembros del equipo de trabajo influye en los niveles de agotamiento y desarrollo del S. de Burnout (Domínguez et al ,2012).

Otros factores que también influyen, según los estudios son la poca valoración del trabajo realizado, la poca experiencia laboral y los entornos de trabajo en los que se realiza, pues algunos son más exigentes (UCI, Urgencias) .

Por último el estilo de vida del personal sanitario, con sus horarios inadecuados, la correlación sueño/descanso y la poca conciliación familiar son el punto final por el que puede llevar a un mayor estrés en el personal de enfermería. (Leal Díaz, Tirado Rodríguez y Van-Der Hofstadt 2015)

Dentro del personal sanitario no hay una tendencia única de la prevalencia del S. De Burnout en el TCAE, en algunos estudios se dice que hay una menor presencia del S. de Burnout en comparación con otros grupos profesionales de enfermería y otros trabajadores de salud (González D, Ayechu A, Huarte I,2014). En otros se dice que hay una mayor tendencia y en otros que no existen diferencias entre los distintos grupos hospitalarios.

5 Discusión-Conclusión

Este problema aún no se ha solucionado, y aunque hay más medios a disposición de los trabajadores para solucionarlo y más estudios para poner freno a esta situación: comisiones de recursos humanos, etc. Una buena gestión de los recursos humanos y elementos para crear ambiente de trabajo positivo: tiempo de descanso adecuado, dotación de personal adecuada, cargas de trabajo adecuadas etc, influirán positivamente en un menor desarrollo del síndrome.

Según los estudios el Síndrome de Burnout pone en riesgo la salud del personal sanitario y la calidad asistencial que pueden aportar (Marques M, Alves E, et al; 2014)

6 Bibliografía

1. El síndrome de quemarse por trabajo(Gil Monte,B Moreno Jiménez 2009).Desgaste profesional al y factores asociados al personal de enfermería (Cogollo et al 2010).
2. Ansiedad (Domínguez – Fernández 2012).
3. Mediación de la resiliencia entre Burnout y Salud en el personal de enfermería clínica (Arrogante ,O. 2014).
4. Buscadores de Google Académico consultados (26/2019).
5. Seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de MI (Grisaes, H;Muñoz, Y ; Osorio,D y Robles,E 2016) . Enfermería Global (Leal,C; Díaz JL, Tirado,S; Rodriguez,J y Van-der Hofstadt,C J 2015).
6. Diaz JL, Tirado,S; Rodriguez y Van-der Hofstadt,C J 2015).
7. González D, Ayechu A, Huarte I, Prevalencia del síndrome de Burnout y sus factores asociados. (En línea).
8. Pasiva I, Canario A, Paiva E, Goncalves A. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en un hospital universitarios. (En línea).
9. Marques M, Alves E, Queiros C, Norton P, Henriques A. El efecto de la profesión sobre el agotamiento en el personal del hospital.(Consultado el 28 de diciembre de 2019).
10. Salillas,R. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el ámbito hospitalario. Revista de enfermería del trabajo. (En línea) 2017; 7 (ISSN-e 2174-2510).

Capítulo 460

LAS FUNCIONES DEL TCAE EN ATENCIÓN PRIMARIA (EL TCAE EN EL CENTRO DE SALUD)

VANESSA FERNÁNDEZ CASTIÑEIRA

1 Introducción

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

La Atención Primaria debería ser considerada como un factor determinante en el sistema sanitario dado el papel fundamental que posee tanto en los indicadores del nivel de salud de la comunidad como por su gran importancia en cuanto a la curación y prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Su buen funcionamiento viene determinado por el trabajo de un equipo de profesionales multidisciplinar dentro de los propios centros de salud (tcaes, enfermeros, celadores, médicos...) que además de trabajar de una forma complementaria entre ellos, de-

berán llevar a cabo sus tareas y funciones de forma paralela y complementaria junto con otros profesionales, los de atención especializada u hospitalaria.

2 Objetivos

- Analizar la unificación de criterios en las actuaciones y fomentar el hecho de actuar de forma complementaria y paralela para optimizar los resultados.
- Valorar la importancia en la prestación de servicios al individuo, la familia y la comunidad, ya que se implica en el proceso de curación, prevención y promoción de salud al individuo y a todo lo que le rodea.
- Fomentar la prestación de servicios mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

3 Metodología

Las tareas de los tcas en el centro de salud, consisten en:

- La realización de tareas relacionadas con la higiene, alimentación, vestir y desvestir al paciente o ayudarles siempre que sea preciso.
- Colaborar en pruebas diagnósticas, bajo supervisión de personal de Enfermería.
- Colaborar en ciertos tratamientos a los pacientes, bajo la supervisión de el personal de Enfermería, que nos informarán de cuáles son las tareas en las que les podemos asistir.
- Participar en la evaluación de los diagnósticos de salud de la zona y en la planificación y organización de los programas.
- Contribuir a la mejora de calidad del sistema de salud.
- Colaborar en las campañas de prevención de enfermedades.
- Apoyar en las tareas que sean precisas al resto del personal sanitario.
- Tener empatía y un trato amable con el paciente, haciendo que se sienta cómodo, sobre todo si realizamos con él tareas de higiene o en las que se establece un contacto físico.

4 Resultados

Así es que las actividades de atención primaria a la comunidad son muy importantes, ya que se parte de la base de que muchos de los problemas que tienen lugar en el individuo tienen origen en la comunidad por lo que se emplean programas de salud, actividades programadas y planificadas para actuar sobre gru-

pos de población concretos (niños, ancianos, etc.), para prevenir problemas o promocionar la salud (planes de higiene buco-dental, actuaciones de prevención del tabaquismo, planes de nutrición para personas con diabetes, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Los centros de salud o de atención primaria precisan en su plantilla a varios Tcaes, para el buen funcionamiento del mismo.

6 Bibliografía

1. Artículos 3, 4 y 5 del RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud.
2. https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
3. <https://www.semfyc.es/la-medicina-de-familia/alma-ata/declaracion/>

Capítulo 461

INDICACIONES DE LAS TCAES EN LA HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

MARIA ROSA NÚÑEZ LLAMES

LILIANA VIDAL IGLESIAS

LAURA DIAZ MAYO

1 Introducción

El primer baño del bebe se realizará en su segundo día de vida, aunque aún no se le haya caído el cordón umbilical. El recién nacido no se puede sumergir completamente en agua en la bañera hasta un mínimo de 48 horas después de la caída del cordón, que suele caer entre la primera o segunda semana de vida. La duración de los primeros baños debe de ser breve, no más de 5 minutos para evitar la posible pérdida de calor corporal.

2 Objetivos

- Saber realizar adecuadamente la higiene en el recién nacido
- Conocer los diferentes cuidados que se deben de tener en cuenta dentro de todos los campos que engloba la higiene.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el segundo día de vida del recién nacido se realizará su primer baño, para ello se utilizará una bañera de plástico, una esponja natural, champú y jabón de ph neutro (sin perfumes) y adecuado a las necesidades de cada bebe y un aceite o crema hidratante adecuado.

No será necesario llenar la bañera con que cubra un poco sus piernas y el abdomen será suficiente.

La postura para realizar dicha acción será una mano por debajo de la axila para sujetarlo adecuadamente y así evitar que se escurra y con la otra realizaremos la limpieza, con la esponja, aunque también se puede realizar con las manos, se utilizará una cantidad mínima de jabón que utilizaremos sobre todo en la zona de los pliegues y del pañal.

Para el lavado del cabello si tiene costra láctea se le aplicara una pequeña cantidad de aceite de almendras u otro producto específico, se dejará durante 5 minutos y se retirara con el jabón. En estos casos a la hora de peinarlo se le retirara la descamación sin irritar el cuero cabelludo. Por otro lado, la higiene del cabello se realizará entre 2 y 3 veces por semana, se peinará con un cepillo de cerdas suaves, adecuado para ellos.

La higiene de los genitales se realizará de una forma u otra dependiendo del sexo del recién nacido. Si es niño se le retirará un poco la piel del prepucio, muy despacio y con mucho cuidado. Si es niña se limpiará desde la vulva hacia el ano. En ambos casos la higiene siempre será de arriba abajo.

Cuando ya esté la higiene que se debe realizar en la bañera se secará sin frotar con pequeños toques con una toalla suave y teniendo especial cuidado en las zonas de los pliegues como axilas, inglés, detrás de las orejas, el cuello. El realizar bien

este proceso será fundamental ya que es imprescindible que el cuerpo este completamente seco, dejar mal secadas ciertas zonas podría provocar irritaciones.

Después del baño se le aplicará una crema hidratante adecuada a sus necesidades; en la zona del pañal se utilizará una crema para evitar posibles rozaduras y dermatitis.

Para la higiene de la nariz se utiliza suero fisiológico en cada fosa nasal para limpiar adherencias o mucosidades. Si tiene mucha mucosidad, se realizará un lavado nasal con suero fisiológico o la aspiración de mucosidades.

Para la higiene de las orejas se usará una gasa con la cual sólo se eliminarán los restos de cera observables en el pabellón auditivo, no se debe sobrepasar al canal auditivo. El pabellón auditivo se realizará realizando movimientos de rotación suaves con una gasa.

Para la higiene de uñas lo que se hará es cortarlas cuando estén largas con una tijera de punta roma, las de las manos las cortaremos siguiendo la línea del dedo y las de los pies de forma recta, sin cortar los ángulos laterales, ya que evitaremos que se puedan encarnar.

La higiene buco dental debe realizarse también desde el nacimiento, para ello utilizaremos una gasa humedecida con agua o suero fisiológico, con lo que realizaremos un pequeño masaje sobre la superficie dentaria. Este proceso durante los primeros meses se debe realizar principalmente antes de irse a dormir, por la noche

Para la realización correcta que abarca todo lo que es la higiene en los recién nacidos se deben de realizar adecuadamente todos las pautas y con mucho cuidado, para ello se deben de conocer todos los conocimientos explicados en el apartado anterior

5 Discusión-Conclusión

Es importante tener en cuenta la importancia de la higiene en el recién nacido, ya que la higiene en el recién nacido le proporcionara un mejor descanso y esto lo ayudará a un buen desarrollo en todos los aspectos. Por ello también el personal sanitario deberá de informar a los padres sobre los diferentes cuidados los cuales ellos pueden desconocer, debemos de ofrecerles nuestros conocimientos para que ellos puedan convertirlos en rutina para sus bebés.

6 Bibliografía

- www.cuidadosdelbebe.com
- www.guiainfantil.com www.natalben.com
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 462

ABORDAJE DE PIE DIABÉTICO EN PRIMARIA

MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad que es padecida por un índice alto de la población mundial, y si no se controla puede generar diversas complicaciones, entre ellas el pie diabético. Este padecimiento se podría evitar si la población tuviera más información sobre los métodos de prevención y de esta manera llevar a cabo una buena calidad de vida.

2 Objetivos

Explicar un abordaje aceptado y actualizado del pie diabético en Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Si el paciente diabético acudiera a su enfermera o médico de centro de salud si le aparecen heridas o lesiones que no cicatrizan o están infectadas, si tiene calambres ,hormigueos o dolor en reposo o al caminar, se evitaría que la lesión del pie siga avanzando. Cuando la lesión ya avanzó demasiado, sería necesaria la amputación.

Los recursos que se van a utilizar para que el pie diabético se pueda prevenir son los siguientes: Inspeccionar diariamente los pies y sacarlos cuidadosa y correctamente, usar el calzado adecuado, es decir, cómodos y sin costuras internas, realizar pedicura de manera adecuada para evitar heridas, no caminar descalzo a menos que su médico esté de acuerdo, mejorar la circulación por medio del ejercicio.

Para la cura de una herida que aparece en el pie de un paciente diabético para poder evitar la amputación del mismo, se deberá mantener los niveles de azúcar bajo estricto control, así ayudará su cuerpo a combatir infecciones ,se debe limpiar la herida diariamente manteniendo la úlcera limpia y vendada, tratar de reducir la presión en la úlcera que está sanando.

5 Discusión-Conclusión

Realizar una valoración y cuidados integrales a pacientes diabéticos que presentan este tipo de complicación es fundamental para la prevención. Es necesaria una educación sanitaria en autocuidado y una buena protocolización de la asistencia del pie diabético para evitar complicaciones cómo por ejemplo la amputación del mismo.

6 Bibliografía

- <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- <https://www.elsevier.es>
- Guía de práctica clínica en el pie diabético

Capítulo 463

MANEJO DE LA HIDRATACIÓN EN UNA ANCIANA DEMENCIADA

ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS

VERÓNICA LORENZO GARCÍA

ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ

1 Introducción

La hidratación adecuada constituye una de las bases fundamentales para el mantenimiento de un estado físico y mental óptimos.

En este estudio se presenta el caso clínico de una anciana con una demencia inicial, ingresada en un centro residencial, que muestra una fuerte resistencia a realizar ingestas mínimamente adecuadas tanto de líquidos como de alimento, pero centrándose en las distintas estrategias para abordar el problema de su hidratación de un modo apropiado, respetuoso y eficaz.

2 Objetivos

- Tratar de mejorar en lo posible la calidad de vida de la anciana, buscando las posibles opciones para mejorar sus ingestas hídricas y su estado general.

3 Caso clínico

ML es una mujer de 93 años completamente autónoma para el autocuidado hasta seis meses antes de su ingreso en un centro residencial. Repentinamente comenzó un rápido proceso de deterioro mental que la llevó a pasar al cuidado de sus hijos y posteriormente a su internamiento. A raíz de esto, sus capacidades motoras no sufrieron una gran merma, con lo que conservó su independencia para los desplazamientos, no ocurrió lo mismo con su estado mental, caracterizado por crisis paranoicas y manías obsesivas. Una de las manías más recurrentes pasó a ser la comida y la bebida, dándose el caso de negarse a ingerir nada durante 48 horas, con las consecuencias lógicas en alguien de su edad, mareos, síncope, delirios e incluso fiebre. Se planteó para el equipo gerocultor un grave problema de urgente resolución ya que la vida de la paciente estaba directamente amenazada.

Se realizó una reunión del personal con su médico de atención primaria y su familia, para intentar clarificar la situación y aportar ideas útiles. En un primer momento, dado el estado de franco delirio de la anciana su médico optó por la solución radical de realizar una breve cura de sueño farmacológicamente inducida, con dos objetivos inmediatos, permitir a la mujer descansar cuerpo y mente tras unos días agotadores e hidratarla rápidamente por vía intravenosa. Tras este descanso, se le pautó un tratamiento que mantuviese bajo control su nivel de excitación.

Dos personas del personal y un miembro de su familia se turnaron los siguientes días en acompañarla durante el día permanentemente, dejándola hablar y cultivando con ella una relación de confianza y cariño, durante todo ese tiempo se le ofrecía constantemente algo de beber aprovechando las conversaciones para convencerla de la necesidad de mantenerse físicamente bien cuidada.

4 Resultados

Al cabo de una semana su estado se estabilizó completamente, siendo capaz de realizar por sí misma las comidas de forma normalizada con el resto de residentes y bebiendo una cantidad de líquido suficiente. Su relación con el entorno mejoró también en gran medida y al desaparecer las crisis, seguramente vinculadas a partes iguales por la deshidratación y la desconfianza o malestar por su nueva residencia, pudo tener mayor independencia personal y desarrollar más actividades.

5 Discusión-Conclusión

No es posible abordar esta clase de casos de forma estandarizada. Cada persona es única tanto clínica como humanamente y así debe enfocarse la actitud frente a sus problemas de integración o de salud, de forma integral e interdisciplinar, contando en todo momento con sus familiares, que no deben ser excluidos del proceso y a su vez utilizando los medios de los que se disponga siempre al servicio del bienestar y el equilibrio de la persona que tiene el problema. Cualquier solución que no se centre en una atención humana y comprensiva está condenada al fracaso.

6 Bibliografía

1. Capítulo 5. Deshidratación en el anciano P Molina, RML Molina, MCJ López - Salud y cuidados en el envejecimiento, 2011 - usfx.bo
2. Necesidades nutricionales e ingestas recomendadas en el adulto y anciano RP Guerrero - el Consejo Dietético - cgcom.es
3. Trastornos de la hidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, insuficiencia renal aguda y alteraciones del fósforo y del calcio
4. T Dantoine, M Rainfray - EMC-Tratado de Medicina, 2006 - Elsevier
5. Excreción fraccionar del urea en ancianos dementes severamente deshidratados. CG Musso, J Caceres, M Peralta, K Luque, F Varela... - biomed.uninet.edu
6. Síndrome confusional (delirium) en el anciano M Lázaro-Del Nogal, J Ribera-Casado - Psicogeriatría, 2009 - viguera.com

Capítulo 464

LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ

PATRICIA GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. El síndrome de burnout del que deriva la expresión “estar quemado” es considerado un trastorno que afecta a nivel emocional y psicológico a una parte importante de trabajadores que viven en un estado de estrés y ansiedad.

Su definición no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, celadores, tcae), y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. El término Burnout es descrito originalmente en 1974 por Fredeunberger aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome.

Los elementos que se revelan como más característicos serían el cansancio emocional, (C.E) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de realización personal) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. La turnicidad laboral y el horario laboral de los profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en el personal de enfermería donde esta influencia es mayor.

La clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles:

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

2 Objetivos

Conocer la prevalencia del síndrome de burnout en el personal tanto sanitario como no sanitario y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal).

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una búsqueda de información, en diferentes soportes (tanto digitales, como libros y prensa), del síndrome de burnout o también llamado síndrome del trabajador quemado para profundizar en este tema. Para ello se ha acudido a diversas fuentes entre ellas diversas plataformas y buscadores de internet, entre los utilizados destacan: google académico, redalyc y dialnet.

Las palabras clave utilizadas en la red fueron las siguientes: “síndrome”, “burnout”, “trabajador quemado”, “depresión”, “estrés laboral”, “sector asistencial”, “psicología del trabajo”, “síntomas”, “causas”, “prevención”, “ayuda”, “factores”, “ítems”, “escalas”, etc. Los descriptores que prevalecieron en las búsquedas fueron: “burnout”, “trabajador quemado” y “estrés laboral”, además de las palabras clave señaladas anteriormente.

4 Resultados

La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%.

Por profesiones:

- Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%.
- Enfermería del 7,2%.
- Celador del 6.1 %.
- Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%.

Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica.

5 Discusión-Conclusión

La mayor prevalencia de burnout se ha observado en los médicos que residen en España o Argentina seguidas del personal de enfermería y celadoras, y por especialidades en los que trabajan en urgencias y los internistas. Otras variables asociadas a burnout fueron tener menor edad, menor número de hijos, hacer guardias, haber estado de baja laboral o tener una enfermedad crónica, y las percepciones de menor valoración laboral, menor optimismo, menor satisfacción económica y profesional. Respecto a las dimensiones del MBI, el sexo femenino se asoció a mayor agotamiento emocional, menor despersonalización y menor realización personal.

6 Bibliografía

- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230.

- Bermejo, G. C. (2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

Capítulo 465

CUIDADOS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE VIDA EN EL RECIEN NACIDO SANO

MARIA YOLANDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El recién nacido es el resultado de un embarazo que muestra signos de vida después de la completa expulsión de la madre, sin tener en cuenta su edad gestacional. Los signos de vida son, el latido, respiración, y los movimientos voluntarios, para la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. En mayo del año 2005 surgió en el Servicio de Neonatología la idea de elaborar una guía de cuidados del recién nacido para las plantas de maternidad. Ha sido posible gracias a: pediatras, profesionales de enfermería y auxiliares.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir los objetivos de los cuidados.

Objetivos secundarios:

- Establecer procedimientos justificados, definidos, unificados y evaluables.
- Favorecer el trabajo y la docencia al personal sanitario.
- Implantar un control de calidad y de mejora continua.
- Elaborar una herramienta eficaz para medir las cargas de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Cochrane, PubMed, Dialnet seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas disponible en lengua española e inglesa.

4 Resultados

Todos los recién nacidos y madres deben estar correctamente identificados y deben continuar hasta el alta. Para valorar como se adapta a la vida extrauterina el recién nacido se realiza el test de Apgar, al primer minuto y quinto después del nacimiento del bebe se valoran cinco parámetros: (frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, reflejos y color de la piel), dando una puntuación de 2,1 ó 0 puntos. Crear un ambiente agradable, tranquilo y seguro. Apoyar a la madre y al niño para que la adaptación a la vida extrauterina sea adecuada.

Las primeras 48 horas de vida:

- Fomentar la colaboración de los padres, informar de las actuaciones a realizar a los padres del RN.
- Comprobar las condiciones ambientales: temperatura 22-25°C y sin corrientes de aire.
- Temperatura del agua estará entre los 35-37°C. El primer aseo se limpiara los restos de sangre, principalmente de la cabeza, si es necesario y no de forma rutinaria. Con una esponja desechable sin jabón o con poca cantidad de jabón neutro humedecida en agua, para secar se envolverá la zona húmeda con una toalla suave y se darán toques sin frotar. No debe quitarse el vérnix ni limpiar zonas de la piel que no lo precisen. Sólo se limpiarán los restos de sangre o meconio.

Después de las primeras 48 horas de vida se puede realizar el baño por inmersión, introduciendo lentamente en el agua de forma que cabeza, cuello, y hombros reposen sobre el brazo y la mano sujete de forma segura al niño por debajo de la axila, con la otra mano se hará una limpieza suave, sin frotar con esponja sin jabón o con jabón neutro. Se realizara el baño desde las partes limpias a las partes sucias, en primer lugar la cara y por último la zona perianal. Para secar se envolverá en una toalla, se secará con toques suaves sin frotar, secando bien zona de cordón umbilical, pliegues ect.

- El cordón umbilical: Cae durante las 2-4 semanas de vida, se cura con alcohol de 70° con gasas estériles debe vigilarse y cada cambio de pañal fijarse que este seco y limpio, no debe apurar la caída del cordón debe caer solo.
- El cabello: Se utilizaran champús específicos para bebés, después se peinará con cepillos de cerdas blandas adecuados para bebés, en caso que tenga costra láctea aplicarle aceite de almendras al cuero cabelludo diez minutos antes del baño a continuación lavar con el champú, no echar colonia sobre cabello o piel sobre todo si lleva alcohol, puede ponerse sobre la ropa.
- La piel: Después del baño es importante hidratar la piel los RN descaman la piel, mayormente en tobillos y muñecas con cremas hidratantes específicas de bebé, hipoalergénicas y mejor sin parabenos y perfumes.

La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Dar de mamar exige un poco de paciencia y mucha práctica, la posición del niño al pecho es importante para contribuir en el éxito de la lactancia. El personal sanitario está para enseñar y ayudar las veces que se necesite.

La leche materna se debe dar a demanda, contiene todas las sustancias nutritivas, para combatir enfermedades que en las leches artificiales no se encuentran, la composición nutritiva cambia y se ajusta a las necesidades del niño a medida que crece y se desarrolla. Al amantar a tu bebé también crea un contacto directo con tu piel, y la seguridad que siente en tus brazos.

Entre 48-72 horas será dado de alta si fue un parto vaginal, por cesárea sería entre 72-96 horas, el pediatra será el que de el alta al bebé y le explicará pautas a seguir en casa informándole de revisiones, calendario de vacunas, etc.

5 Discusión-Conclusión

La atención del RN es el conjunto de cuidados, intervenciones y actividades dirigidas a los niños y niñas durante el nacimiento y después de nacer para garantizar el bienestar del recién nacido, estos cuidados le ayudarán a superar el periodo de transición neonatal. Debe recibir los cuidados necesarios e informar a los padres los cuidados necesarios para su desarrollo.

6 Bibliografía

- Keefer C. Cuidados del recién nacido sano. JP. Clherthy, AR. Stark (eds). Manual de Cuidados Neonatales. Masson S.A. Barcelona. 1999; pp 71-78.
- Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc) 2009;71(9):349-361.
- López-Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediat Mex 2014;35:513-517.
- Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. Anales de Pediatría 2005; 63(4): 340-356.

Capítulo 466

CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE LA GRIPE

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

1 Introducción

La gripe es una infección que afecta a las vías respiratorias (nariz,garganta,pulmones) y que es causada por el virus de la influenza. Las medidas de propagación más habituales son a través de pequeñas partículas que se encuentran en nuestra saliva y que se expulsan al toser o al hablar.

Podemos definir la gripe como una enfermedad común en el que el período de tiempo entre la incubación y la aparición de la enfermedad es de 1 a 4 días, y entre el inicio de los síntomas gripales a su total desaparición pueden pasar entre una y dos semanas. En algunas ocasiones pueden aparecer complicaciones en pacientes con otras patologías que pueden poner en riesgo su salud incluso provocarles la muerte.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas de la gripe y las medidas más adecuadas para prevenirla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Existe un grupo de población que tiene una mayor probabilidad de contraer la gripe entre ellos se encuentran: los niños, los ancianos, las mujeres embarazadas y los enfermos crónicos.
- En España el periodo de tiempo donde se acumulan la mayor parte de casos de gripe es entre los meses de Diciembre a Marzo.
- Debemos identificar el conjunto de síntomas clínicos que presenta la gripe: fiebre, escalofríos, congestión nasal, dolor de cabeza y dolores musculares y cansancio.
En pacientes pediátricos y en algunos adultos también es común la aparición de vómitos y diarreas.
- En algunas ocasiones la gripe puede tener complicaciones esto puede derivar a la aparición de otras patologías como pueden ser: neumonía, bronquitis, encefalitis, fallos multiorgánicos, entre otras.
- Es importante saber que existen unas medidas de prevención para tratar de evitar la propagación de la gripe, entre estas pautas se encuentra: el uso de mascarillas desechables, una buena higiene de manos, taparse la boca al toser, evitar zonas con grandes aglomeraciones de personas, una ventilación adecuada del hogar para favorecer la renovación de aire y nunca se deben compartir cubiertos ni vasos con otras personas.
- En el caso de padecer la enfermedad existen una serie de recomendaciones para tratar de aliviar los síntomas clínicos, entre ellos: reposo absoluto, evitar el consumo de tabaco, fomentar la ingesta de líquidos y seguir el tratamiento adecuado, recomendaciones y cuidados pautados por un profesional.

5 Discusión-Conclusión

La gripe no es solo un problema de salud, supone un gran gasto económico para nuestra sociedad ya que en algunas ocasiones los pacientes requieren un ingreso hospitalario, farmacología, cuidados por parte de profesionales sanitarios y esto a su vez repercute en el buen funcionamiento de los centros sanitarios.

En algunas ocasiones intervenciones quirúrgicas se ven afectadas y deben ser aplazadas debido a que se dispone de un menor número de camas en el recinto hospitalario, esto ocurre especialmente cuando hay un gran número de pacientes que se ven afectados por esta enfermedad.

Por ello es importante conocer las medidas de prevención anteriormente citadas ya que si todos ponemos de nuestra parte podremos reducir dentro de lo que cabe las posibles complicaciones causadas por la gripe.

6 Bibliografía

- www.juntadeandalucia.es
- Bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

Capítulo 467

LA INCONTINENCIA URINARIA POSTPARTO

NATALIA GARCÍA CARBAJAL

ABILIO ALVAREZ GONZALEZ

NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL

MÓNICA GONZÁLEZ BRAÑA

RAFAEL SANCHEZ IBAÑEZ

1 Introducción

Según la OMS la Incontinencia Urinaria (IU) es una pérdida involuntaria de orina que genera un problema higiénico y/o social, y que puede demostrarse objetivamente.

La IU es una afección común en las mujeres que causa menor calidad de vida y abandono de las actividades físicas de ejercicio.

La IU se clasifica en los siguientes tipos:

- De esfuerzo: pérdida de orina en acciones como reír, toser, estornudar, caminar, correr o realizando ejercicio físico de impacto o gran esfuerzo.
- De urgencia: necesidad repentina e intensa de orinar, con imposibilidad de retención antes de llegar al baño.
- Mixta: es la suma de IU de esfuerzo e IU de urgencia. Es muy común en el postparto.

- Por rebosamiento: pequeñas pérdidas de orina de forma constante. No existe un vaciado completo de la vejiga debido a que sus músculos no se contraen adecuadamente.

Para poder entender porque se produce algún tipo de incontinencia, es necesario conocer la estructura de suelo pélvico femenino y sus funciones.

El Piso Pélvico es un grupo de músculos esqueléticos cuya función en las mujeres es apoyar el contenido de la cavidad abdominal en posición vertical, comprimir la uretra, estrechar el diámetro transversal de la vagina y hiato urogenital, participar en funciones sexuales y fijar la parte final del tracto alimentario.

Cuando existe una disfunción del piso pélvico puede causar efectos negativos en la calidad de vida de la mujer: IU, incontinencia fecal, prolapso de órganos pélvicos, disfunción sexual y dolor en la zona pélvica.

Como ya se indicó anteriormente, el embarazo y el parto pueden dañar los mecanismos musculares. Se trata de uno de los principales factores de riesgo para desencadenar en una incontinencia urinaria mixta. Durante este periodo se producen cambios que pueden desencadenar en una menor fuerza y disfunción de apoyo esfinteriana del piso pélvico:

- Cambios fisiológicos: aumento de la presión del útero y aumento del peso fetal sobre el musculo del suelo pélvico.
- Cambios hormonales: aumento de la progesterona, disminución de la relaxina y colágeno.

Otros factores de riesgo que se creen que están asociados con el desarrollo de la IU durante el embarazo son:

- Factores genéticos
- El envejecimiento
- La obesidad
- El estreñimiento
- El tabaquismo
- La IUE antes del embarazo
- La diabetes mellitus gestacional

Los factores que determinan la IU:

- Factores Obstétricos: son los que están relacionados con el proceso de gestación y el parto como el parto vaginal, parto vaginal asistido, la cesárea, y la episiotomía.
- Factores no Obstétricos: se entiende que son aquellos que pueden influir en la

gestación y/o el parto como la edad, el índice de masas corporal, el tabaquismo, el estreñimiento y la diabetes mellitus gestacional.

Los métodos generales más efectivos para prevenir la IU son:

- Entrenamiento muscular del suelo pélvico, basado en los ejercicios de Kegel
- Ejercicio físico leve o moderado y de impacto controlado
- Pérdida de peso en caso de sobrepeso
- Abandono del tabaquismo
- Evitar el estreñimiento

Como método específico para el control y prevención de la IU postparto, se parte de las medidas preventivas anteriormente explicadas y en la aplicación de un correcto trabajo del parto, previniendo el prolapso de órganos y músculos pélvicos, y evitando una lesión uretral.

2 Objetivos

- Definir aspectos generales relacionados con la incontinencia urinaria
- Describir específicamente los aspectos relacionados con la incontinencia provocada durante y después del embarazo.
- Describir factores de riesgo y medidas preventivas de la IU postparto
- Dar a conocer las complicaciones y limitaciones provocadas por la incontinencia.
- Describir la efectividad del entrenamiento muscular del suelo pélvico para las incontinencias

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática, basada en analizar y seleccionar la información científica sobre la incontinencia urinaria provocada durante o después del embarazo.

Se han consultado Bases de Datos a través del buscador Google Académico en el ámbito de Ciencias de la Salud: Pubmed, Scielo, Cochane y Medilne Plus.

Se han combinado distintos descriptores de Ciencias de la Salud DeCS y Mesh, usando como palabras clave: incontinencia urinaria, complicaciones urogenitales durante y después del embarazo, protección perineal, piso pélvico, prolapso de órganos pélvicos, ejercicios de Kegel, entrenamiento muscular del suelo pélvico.

La búsqueda se ha basado en la selección de documentación en inglés y español, incluyendo información actualizada en los últimos diez años. Se han revisado 54 artículos, de los cuales, han sido seleccionados 7.

4 Resultados

Existe un mayor riesgo de IU en mujeres después de un embarazo y parto que en comparación con las mujeres que no han tenido ningún hijo.

Aproximadamente un 30-60 % de las mujeres de mediana edad tiene patologías del suelo pélvico, aunque es muy probable que este porcentaje sea mayor, ya que, muchas mujeres no están diagnosticadas porque los problemas del periné son temas considerados tabú que en muchas ocasiones no son consultados ni tratados. Se considera que un tercio de las mujeres tendrán IU después del parto, debido al traumatismo que supone el parto vaginal.

El parto vaginal es considerado como un factor de riesgo grave para el desarrollo de la IU postparto. En él, se produce un gran estiramiento de músculos, fascias y ligamentos que componen el suelo pélvico. Durante la etapa final del periodo expulsivo se daña la estructura del suelo pélvico ocasionando la IU. Pero también se ha encontrado bibliografía, aunque en menor medida, que afirma que el parto vaginal no es suficiente ni una condición necesaria para desarrollar la IU en las mujeres.

Se han encontrado también evidencias de que el suelo pélvico se daña cuando la duración del trabajo en la segunda parte del parto se alarga. Varios estudios demuestran una gran relación entre el número de veces que una mujer da a luz y la IU, sin embargo, otros afirman que este daño no parece tener efectos acumulativos por partos anteriores.

No se ha encontrado información que demuestre que los partos espontáneos reducen el número de casos de IU postparto. Si se ha encontrado información de que la IU y el prolapso de órganos pélvicos prevalecen más en mujeres que dieron a luz mediante parto vaginal sobre las que lo realizaron mediante cesárea.

Hay estudios que afirman que la realización del ejercicio puede resultar beneficioso para prevenir el desarrollo de la IU en mujeres que son continentes, pero no es efectivo para tratar la IU en mujeres que ya la padecían antes del embarazo.

Existe evidencia de que el uso del cono o bolas vaginales aumentan el

rendimiento muscular, por lo tanto, pueden servir para prevenir o tratar la IU.

Con respecto al parto vaginal asistido, es decir, aquel que precisa instrumental (fórceps, ventosas...), se relaciona con trabajos prolongados del parto, presentación anormal del feto y macrosomía. Hay bibliografía que afirma que se produce un gran aumento en el riesgo de la IU después de la utilizar instrumental en comparación con el parto vaginal espontáneo. El daño producido por un desgarro o lesión de terminaciones nerviosas después de un parto instrumental puede causar una lesión que provoque una disfunción más severa del piso pélvico.

La cesárea disminuye la lesión de músculos, y tejidos del suelo pélvico. La incidencia de la IU después del parto por cesárea se reduce con respecto un parto vaginal normal. Existe bibliografía que afirma que la cesárea resulta protectora en el desarrollo de la IU, pero hay bastante controversia ya que otros estudios afirman que la IU no es prevenible por la cesárea.

La episiotomía (incisión en la zona del periné de la mujer) tiene como objetivo aumentar el tamaño de la apertura vaginal durante la expulsión del feto y evitar así desgarros perineales graves. Hay estudios que afirman directamente que la episiotomía no es un factor de riesgo para la IU, pero otros autores la identifican como un factor de riesgo para la IU.

La edad es un factor de riesgo muy importante para producir la IU durante el embarazo y postparto, principalmente en primíparas. El riesgo más bajo se produce en mujeres que tienen el primer hijo entre los 25 y 30 años en comparación con mujeres que fueron madres a una edad superior a los 30-35 años. Sin embargo, otros afirman que la variable de la edad no puede considerarse un factor de riesgo.

El aumento del Índice de Masa Corporal durante el embarazo, el sobrepeso materno posterior al parto y cifras elevadas en el peso del feto, se consideran un factor de riesgo en el desarrollo de IU. Concretamente, se estima que por cada 100 gramos de ganancia aumenta un 3% el riesgo de padecer de IU y asociándose con la IU pesos por encima de los 3200-3500 gramos.

Las mujeres que padecen Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) tienen mayor posibilidad de desarrollar una mayor IU postparto con respecto a las mujeres que no padecen esta enfermedad. Ciertos autores afirman que no existe asociación directa entre las mujeres con DMG y la IU, sino que lo relacionan con un IMC

incrementado por el exceso del azúcar de la dieta. Además, la hiperglucemia en diabéticos puede cursar con poliuria, provocando inestabilidad en el músculo detrusor.

El estreñimiento, es muy común durante el embarazo, principalmente en el último trimestre de gestación. Los esfuerzos al defecar son factores relacionados con el desarrollo de la IU. El vaciado de la vejiga si está dificultado por heces acumuladas en el recto, también afecta al músculo detrusor. Los cambios hormonales producidos durante el embarazo también se han relacionado con el estreñimiento, especialmente la progesterona que inhibe el músculo liso intestinal, reduciendo su movimiento y capacidad de contracción.

°Finalmente, el tabaco tiene sustancias tóxicas que aumentan la probabilidad de desarrollar una IU. Concretamente, el monóxido de carbono del tabaco puede producir atrofia de los músculos del piso pélvico. Además, el consumo del tabaco puede producir tos crónica, causando un aumento de presión en la vejiga y dando lugar a la fuga de orina.

5 Discusión-Conclusión

El principal mecanismo de IU en las mujeres (sobre todo de la incontinencia urinaria de esfuerzo) consiste en la pérdida de fuerza y función de la musculatura del suelo pélvico, desencadenada por distintos factores durante el embarazo y postparto.

Se dispone de mucha información sobre el diagnóstico y tratamiento de la IU, pero hay poca información de calidad y guías de práctica a desarrollar como prevención primaria sobre la incontinencia que se puede desarrollar en la etapa gestacional y después del parto.

El cuerpo de la mujer después del parto sufre una gran transformación, por lo que es necesaria la ayuda de especialistas para el cuidado de la mujer durante esta etapa: ginecología, enfermería, matrona, y fisioterapeuta del suelo pélvico. Son estos profesionales sanitarios de las mujeres quienes deben conocer los factores de riesgo y medidas de prevención de este tipo de IU para reducir los efectos físicos y emocionales que esta patología desencadena. En concreto, la enfermera o matrona será quien decida mediante una continua valoración de la mujer durante todo el parto, el procedimiento a seguir para minimizar el daño que se pueda producir en los músculos o fascias perineales.

Toda mujer embarazada debería saber también, que la gran mayoría de los problemas del suelo pélvico tienen solución, y ser partícipe de los conocimientos aportados por los profesionales y su puesta en práctica.

Existen varios factores obstétricos y no obstétricos que influyen en el desarrollo de la IU postparto. De forma unánime, se afirma que el parto vaginal (instrumentalizado o no), es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de la IU en el periodo posterior al parto, ya que la musculatura pélvica se ve muy afectada. Por ello, el enfoque principal para evitar esta patología se basa en el entrenamiento muscular del piso pélvico.

Se debería ofrecer un programa generalizado para todas aquellas gestantes, basado en ejercicios de la musculatura del suelo pélvico donde se trabaja principalmente el entrenamiento de la fuerza muscular. Dicho entrenamiento precisa un seguimiento profesional durante el embarazo y el postparto.

La realización de ejercicios de fortalecimiento muscular o ejercicios de Kegel todos los días y varias veces al día, conseguirá disminuir los efectos negativos que surgen durante el embarazo en el suelo pélvico. Es muy importante preparar el periné para el momento del parto mediante masajes perineales ya que pueden mejorar la elasticidad y reducir hasta un 30% de desgarro perineal.

Se debe dar información de otros factores que pueden ayudar a la aparición de la incontinencia: edad de gestación superior a los 30 años, índice de masa corporal elevado. Es labor del profesional sanitario, promover una educación sobre hábitos de alimentación adecuados, evitar estreñimiento, tabaco y ejercicio de gran impacto.

También es importante destacar otros factores como la preparación al parto, una dilatación lo más corta posible, evitando que las estructuras en el interior de la pelvis se vean afectadas con la presión de la cabeza del feto. Si el periodo expulsivo es lento y controlado, disminuye el riesgo de tener un desgarro perineal y un parto con instrumental.

La postura en el parto también influye mucho en el estado del periné. Una postura ginecológica limita la apertura del estrecho inferior de la pelvis. Hay otras posiciones que facilitan más esa apertura: tumbada de lado, a cuatro patas apoyadas sobre el respaldo de la cama o de cuclillas. Por tanto, es labor de los profesionales que atienden durante el parto, facilitar dichas posturas y así disminuir efectos secundarios que afecten al aparato urinario después del parto.

Después del alumbramiento no se puede deducir que el cuerpo vuelva a su estado basal, pero si se puede afirmar que una musculatura pélvica, muy dañada, producirá peor calidad de vida (dolores de espalda, dolores durante el acto sexual, pérdida de orina, gases y/o heces, prolapsos genitales).

Es muy importante una adecuada prevención y seguimiento para evitar la IU postparto, pero si esta se desencadena es fundamental reconocer que se tiene IU para acudir a un experto y poder iniciar el tratamiento para que sea efectivo de forma precoz. No tratar el problema producirá alteraciones muy importantes después de años.

En España, en ciertos hospitales, existen unidades muy especializadas para evaluar a cada mujer embarazada y establecer las posibles soluciones. En un futuro, se debería conseguir la implantación en todos los hospitales estatales.

También se debería acudir al fisioterapeuta especialista en suelo pélvico tras seis semanas del parto, que valore el estado de la musculatura abdominal y perineal, y e implantar un tratamiento para la recuperación integral de la mujer si ésta lo precisa. Cabe destacar que lo ideal es haber acudido a este especialista profesional ya durante el embarazo.

Una vez instaurada la IU postparto se necesita una recuperación, basada en la electroestimulación, gimnasia hipopresiva, reeducación y entrenamiento vesical, correcta higiene postural. Todas ellas, son medidas de tratamiento específicas para la IU postparto, pero que la sanidad pública española no cubre en su totalidad. Aún queda un largo camino por recorrer para que la cobertura de la seguridad social implante todas estas medidas.

La relación de los factores de riesgo en el desarrollo de la IU, los diferentes métodos de educación y prevención, los posibles tratamientos efectivos para la IU postparto... son temas de investigación en los que se debe trabajar para conseguir de este modo una atención sanitaria completa y de calidad por medio de programas de salud basada en la promoción de la salud.

6 Bibliografía

- OMS. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/topics/hepatitis/es/>
- Schantz, Br J Sport Med, Davenport, Nagpal, Motolla. Métodos de prevención de la lesión y disfunción perineal durante el embarazo. Gynecol Obstet fértil senol.

2018; 46 (12): 922-927

- Woodley SJ, Boyle R, Cody JD, Morkved S, hay- Smith EJC. Entrenamiento muscular del piso pélvico para la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal en mujeres prenatales y postnatales. Cochrane dabatase syst Rev: 2017;
- Oblasser C, Christie J, McCourt C. Conos o bolas vaginales para mejorar el rendimiento muscular del piso pélvico y la continencia urinaria en mujeres después del parto. Partería: 2015; 31(11):10017-25
- Nygaard IE, Shaw JM. Actividad física y suelo pélvico. Soy J. Obstet Gynecol: 2016: 214(2): 164-171
- Park SH, Kang CB, Jang SY, Kim BY. Efecto del ejercicio kegel para prevenir la incontinencia urinaria y fecal en mujeres prenatales y postnatales. J Korean Acad Nurs: 2013; 43(3):420-30
- Morkved S, Bo K. Efecto del entrenamiento muscular del piso pélvico durante el embarazo y después del parto en la prevención y el tratamiento de la incontinencia urinaria. Br J Sport Med: 2014; 48(4): 299-310

Capítulo 468

LA ALIMENTACIÓN EN EL RECIEN NACIDO, LACTANCIA MATERNA.

ROSA MAR NIETO MORAN

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL

FRANCISCA TORRU BEJAR

1 Introducción

La lactancia materna es algo inherente a los mamíferos y los humanos somos unos de ellos. Sin embargo durante el último siglo la LM ha presentado cambios significativos. Actualmente sólo un 37% de los lactantes menores de seis meses en países de ingresos bajos y medios son amamantados de forma exclusiva, y este número es aún menor en países de ingresos altos.

La leche materna es el alimento más recomendado para la alimentación del recién nacido. La Organización Mundial de la Salud, a nivel internacional, y la Asociación Española de Pediatría, a nivel nacional, recomiendan la leche materna como la alimentación exclusiva del lactante durante al menos los primeros 6 meses de vida y como complementaria hasta los dos años de edad (Healthy People 2010), fundamentalmente, por motivos de salud y de buena nutrición del niño.

2 Objetivos

- Establecer la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), junto con enfermería en la lactancia materna natural
- Establecer las diferencias entre lactancia materna (LM) y lactancia artificial (LA), así como los beneficios de la LM.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Utilizando DECS (descriptores de la salud) para encontrar de forma más eficiente los artículos requeridos.

4 Resultados

- Los TCAE realizan una importante labor de educación sanitaria desde todos los niveles en las que principalmente participa junto con el personal de enfermería, haciendo especial hincapié en la promoción de la LM como beneficio natural para el recién nacido con todos los beneficios que eso supone.

Como consecuencia de esta promoción de la lactancia materna, además de los beneficios para la madre y el recién nacido, se favorece un mejor impacto económico. Una evaluación inglesa de impacto económico concluyó que si todos los lactantes de pretérmino nacidos el 2013 hubiesen sido alimentados con LM, el sistema de salud hubiese ahorrado un estimado de £46,7 millones (£30,1 millones durante el primer año) y hubiese ganado un total de 10,594 de años de vida ajustados por calidad (QALYs) por mejoras en salud.

- La leche materna en comparación con las preparaciones comerciales tiene las cantidades adecuadas de carbohidratos, proteínas y grasa y proporciona las proteínas digestivas, minerales, vitaminas y hormonas que los bebés necesitan, y tienen anticuerpos que ayudan a evitar que los recién nacidos enfermen.

La lactancia materna protege frente a numerosas complicaciones como:

Alergias.

Infecciones del oído.

Gases, diarrea y estreñimiento.

Enfermedades de la piel (tales como eccema).

Infecciones estomacales o intestinales.

Problemas de sibilancias.

Enfermedades respiratorias, como la neumonía y la bronquiolitis.

El riesgo de no dar lactancia materna en el neonato incluye: alteración de la cavidad oral, alteración de la microbiota intestinal, alteración de la oxigenación y termorregulación, rinitis, asma, y mayor riesgo de obesidad y diabetes.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado en multitud de estudios los beneficios de la lactancia materna frente a la lactancia artificial en los recién nacidos (RN). Puede ser que por problemas no comunes la técnica sea dificultosa o resulte imposible. Pero se ha de insistir a las madres en los beneficios para ella y para su hijo, y en darles apoyo continuo para que no se desesperen si el RN no es capaz de mamar bien los primeros días ya que a veces resulta complicado y optan por dar lactancia artificial por la comodidad que ello supone.

A parte de los beneficios físicos y de salud se ha demostrado en varios estudios, como se ha comentado más arriba en Inglaterra los beneficios económicos de una LM de calidad.

6 Bibliografía

- Rosato N. Lactancia materna e inmunidad. Nuevos aspectos. Arch Arg Pediatr 2008; 106: 385-6
- Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. Anal Esp Pediatr 1999; 50: 333-40
- Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. 2010 [cited 2017 04/01/17]; Segund.
- Lawrence RM, Lawrence RA. The breast and the physiology of lactation. In: Resnik R, Lockwood CJ, Moore TR, Greene MF, Copel JA, Silver RM, eds. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 11.

Capítulo 469

PROLAPSO UTERINO

MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ

NORMA LORENA BUYO AVALOS

SARA FERNÁNDEZ RICO

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

1 Introducción

El prolapso uterino se produce por el estiramiento y la debilidad de los órganos pélvicos, esto hace que el útero baje hasta la vagina, e incluso, sobresalga de ella. Se suele dar en mujeres de edad avanzada, también en mujeres que hayan tenido varios partos vaginales, o por diversos factores como: obesidad, estreñimiento crónico, cirugías pélvicas, factores congénitos, tos crónica, etc.

Si el prolapso es leve, no suele provocar síntomas ni signos, por el contrario, cuando es moderado o grave si provoca síntomas, tales como: problemas urinarios, ya sea incontinencia o retención de orina, sensación de presión vaginal, traumatismos en la zona, dolor o dificultad en las relaciones sexuales, dolor en la zona inferior del abdomen, tumores pélvicos, dolor o dificultad para hacer deporte, sensación de que "algo cuelga en la zona..."

Para valorarlo, además de examinar el estado general de la paciente y evaluar su deambulación, se debe realizar una inspección genital para ver si existen lesiones

cutáneas relacionadas con la incontinencia, tanto de orina como anal, y observar que no haya cicatrices o fistulas relacionadas cirugías reconstructivas o con partos anteriores. A continuación se realizará un examen ginecológico. En dicho examen hay que valorara las características del suelo pélvico, se inspecciona el cuello del útero, se busca un descenso de las paredes vaginales, del útero o de la cúpula vaginal, así como, la presencia o la ausencia de cualquier rugosidad en la mucosa vaginal.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones a seguir para evitar el prolapso uterino en la mujer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se siguen también los estudios y protocolos de actuación del área de ginecología y suelo pélvico del Hospital Universitario Central de Asturias.

4 Bibliografía

- www.fisioterapia-online.com
- Bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

Capítulo 470

INFORME CLINICO DE URGENCIAS SOBRE PATOLOGIA DE LA SOCIEDAD:ANSIEDAD Y ESTRES

YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ

ANDREA ISABEL LLERA PEÑA

MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ

LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ

ANA ISABEL GARCIA LOPEZ

1 Introducción

Mujer de 39 años vecina de Avilés. Acude a urgencias por comenzarle un dolor torácico en hemitorax izquierdo, acompañado de mareos más sensación de falta de aire.

2 Objetivos

- Solicitar una interconsulta con psiquiatría para reajuste del tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente que acude a urgencias por el comienzo de un dolor torácico en hemitorax izquierdo, acompañado de mareos más sensación de falta de aire. Se realizan exploración física con nivel de conciencia: Consciente y orientada. Cabeza y cuello: normal exploración pulmonar: MVC exploración abdominal :anodina extremidades: no signos TVP ni edemas Exploraciones neurologicas: refiere no poder levanta el MID porque lo tiene agarrotado. Pares craneales normales y pupilas isocóricas y normorreactivas moviliza simétricamente ambos miembros superiores con fuerza conservada.

Se le realizan pruebas complementarias normales dentro de los parámetros tasnto rx torax , ekg y analítica de coagulación y hemograma.

4 Resultados

Con los resultados obtenidos de la pruebas realizadas se le solicita ic psiquiatria: clinica compatible con crisis de ansiedad paroxística: mareo, sudoración fría, temblores , palpitaciones, dolor precordial que describe como pinchazo.

Buen resultado durante meses que estuvo tomando Seroxat en CSM1. EL tratamiento que se les precibe al alta junto con la Interconsulta a Psiquiatria Seroxat 1/2 comprimido y tranquimazin 2mg medio comprimido sublingual si crisis. Repetir si precisa.

5 Discusión-Conclusión

La ansiedad es una patología cuya sintomatología se puede confundir con patologías cardiacas. Se debe de acudir a urgencias para descartar lo último.

6 Bibliografía

1. Informe clínico Del Hospital Universitario de Aviles (2009).

Capítulo 471

EL SÍNDROME DE ASPERGER

RUT MORILLAS IGLESIAS

YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN

SHEILA PRIETO LÓPEZ

ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO

1 Introducción

Se llama síndrome de Asperger a un conjunto de conductas y conductas mentales que forman parte de los trastornos autistas.

2 Objetivos

Abordar la patología del Síndrome de Asperger.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hay mucho desconocimiento sobre el síndrome de Asperger, son personas hipersensibles, con dificultades para la comunicación social, aunque razonan bien y a menudo pasan inadvertidos. Tienen que hacer un esfuerzo enorme para aprender a vivir en la sociedad, ya que les resulta muy difícil reconocer y comprender las reglas sociales “ no escritas “ por lo que a veces, puede comportarse de forma inadecuada sin darse cuenta. A parte, no se manejan bien en situaciones en las que tienen que interactuar con muchas personas a la vez, lo que puede parecer que no quiere relacionarse o integrarse.

5 Discusión-Conclusión

Un adecuado conocimiento de este síndrome permitirá una mejor atención, cuidado y evolución del paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 472

EL RIÑÓN Y LA IMPORTANCIA DE SUS PATOLOGÍAS

LYDIA ALVAREZ RIOS

SOUKAINA EL HIRCH FARHI

JENNIFER QUIRANTES GIL

OLAIA CHOMON MENDOZA

SANDRA MORENO SANCHEZ

1 Introducción

Los riñones son dos órganos en forma de judía, de un color rojo moreno o marrón. Su tamaño es aproximadamente de unos 12cm de longitud, 6cm de ancho y 3cm de grosor, el izquierdo suele ser más voluminoso que el derecho, su peso oscila en 140 gramos en un varón y 125 gramos en una mujer. Están situados en la fosa lumbar entre la T11 y la L3 uno a cada lado de la columna vertebral.

Las principales funciones de los riñones son las siguientes:

- Filtrado de la sangre para posteriormente eliminar las sustancias de desecho a través de la orina.
- Regulación del equilibrio del medio interno del organismo (homeostasis).
- Fabricación de hormonas que regulan la producción de glóbulos rojos (eritropoyetina) y de la presión arterial (renina).

Su mal funcionamiento o ausencia de ellos no es compatible con la vida.

Las enfermedades más comunes asociadas con los riñones son las siguientes:

- Infecciones renales: son las infecciones de las vías urinarias que inicia en la uretra o vejiga y puede acabar desembocando en uno o ambos riñones. Los síntomas más habituales son escozor al orinar, micciones muy frecuentes, dolor en los costados, fiebre, náuseas, hematuria, etc. Este tipo de infecciones es más común en mujeres que en hombres. Su tratamiento suele ser con antibióticos.

- Litiasis o cálculos renales: es la acumulación de cálculos o piedras en las vías urinarias o riñones. Se forman por sustancias comunes de la orina que por diferentes motivos se han acumulado y solidificado en fragmentos de mayor o menor tamaño. Los síntomas son dolor en las zonas lumbares que irradia al abdomen, hematuria, incremento de las micciones en pequeñas cantidades. En el 90% de los casos los cálculos se eliminan de forma espontánea en tres o cuatro semanas si no fuese así se recurriría a técnicas poco agresivas como litotricia extracorpórea o ureteroscopia. En casos más graves se recurriría a la cirugía

- Insuficiencia renal: esta se produce cuando los riñones pierden la capacidad para filtrar la sangre, se puede dar de dos formas, la primera se trataría de la insuficiencia renal crónica (los riñones van perdiendo su funcionalidad de forma lenta y progresiva a lo largo de los meses o años). La segunda sería la insuficiencia renal aguda (los riñones dejan de funcionar repentinamente en cuestión de pocos días u horas).

El tratamiento para revertir el estado anómalo del riñón es la diálisis; que es el filtrado de la sangre de forma artificial por medio de una máquina. Cuando el fallo renal es muy grave, es necesario un trasplante de riñón.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia del cuidado de nuestros riñones y la prevención así como informar sobre los factores de riesgo y fomentar hábitos de vida saludables para su cuidado.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un método de búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cuidateplus, MAYOCLINIC, Sociedad Española de Nefrología, ALCER.

Se utilizan palabras claves riñón , enfermedades renales , trasplante.

También se ha buscado información en revistas científicas, libros y panfletos médicos.

4 Resultados

Se estima que mas del 30% de la población padecen insuficiencia renal crónica (IRC) y su prevalencia progresa asta el punto de necesitar Tratamiento Renal Sustitutivo (diálisis o trasplante) y que esta cifra se puede incrementar dado a que es una patología que aumenta con la edad y el envejecimiento de la población.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy las enfermedades renales son poco conocidas, pero según la Sociedad Española de Nefrología (SENEFRO) afectan a mas de 4 millones de españoles. Entre uno de los principales problemas que existen para su diagnóstico es que no existen síntomas claros, de hecho cuando se detecta la enfermedad ya está muy avanzada.

Es muy importante darle visibilidad a esta enfermedad, ya que ha aumentado la mortalidad en torno a un 30% en los últimos diez años en España, según datos de la Sociedad Española de Nefrología y la Federación Nacional de Personas con Enfermedades Renales (ALCER), datos que fueron dados a conocer con motivo del Día Mundial del Riñón. Este incremento va ligado al envejecimiento poblacional, así como al aumento de enfermedades tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la hipertensión arterial o el tabaquismo. Fomentar las estrategias de prevención y detección precoz de esta patología, así como promover hábitos de vida saludable reduciría estas cifras

6 Bibliografía

1. <https://cuidateplus.marca.com/>
2. <https://www.mayoclinic.org/>
3. <https://www.kernpharma.com/>
4. www.senefro.org
5. <https://alcer.org/>

Capítulo 473

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAE

MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO

SANDRA MARINERO GONZÁLEZ

CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ

LAURA SANCHEZ MONTEIRO

1 Introducción

Los riesgos ergonómicos, en particular los sobreesfuerzos, producen trastornos o lesiones músculo-esqueléticos (TME) en los trabajadores, como por ejemplo dolores y lesiones inflamatorias o degenerativas (Fernández-González et al., 2014). Por lo general, este tipo de trastornos se localizan en la espalda y en las extremidades superiores. Hoy en día los TME se encuentran entre una de las principales causas de baja laboral en los países desarrollados, lo cual nos indica la importancia de su riesgo, así como de la necesidad de prevención (Arias y García, 2017).

A lo largo de este texto se estudiarán los riesgos físicos más comunes que afrontan las auxiliares de enfermería, así como los factores que los provocan. Son los principales causantes de riesgo laboral y, por lo tanto, de accidentes de trabajo. En una actualidad, además, en la que se producen recortes económicos de todo tipo que termina repercutiendo de una u otra manera en las trabajadoras, esto se traduce en un deterioro de las condiciones ergonómicas del trabajo que conlleva un

aumento de los trastornos de tipo músculo-esquelético (Vásquez, Suazo y Klijn, 2014).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los riesgos existentes en las actividades realizadas por el personal sanitario y el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) , así como describir las limitaciones de este estudio.

Objetivo secundario:

- Diferenciar los riesgos en función de la zona corporal afectada, así como los posibles riesgos psicosociales presentes en la profesión.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, en Noviembre de 2019 se hace una consulta en las bases de datos PubMed, Web of Science y Scielo, utilizando como términos de búsqueda: (“riesgos” o “ergonomía”) y (“enfermería” o “auxiliar” o “TCAE”) y (“prevención” o “seguridad”) con restricción de fecha 2000-2019. Además, se llevó a cabo una búsqueda básica en Google Scholar, se examinaron otros resúmenes recientes y se revisaron las listas de referencias bibliográficas de los artículos recuperados para identificar cualquier estudio elegible adicional. Posteriormente, a partir de los títulos y resúmenes, se hizo una selección de las publicaciones que cumplían los criterios de búsqueda.

A través de estos tópicos, se encontraron 63 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 37 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 26 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otro trabajo fue excluido en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 17.

4 Resultados

Movilización y sobrepeso de los pacientes: los esfuerzos físicos, transportar enfermos, levantar pesos con las manos, posturas incorrectas, trabajos en turno nocturno, situaciones de estrés y ansiedad, falta de material, así como de iluminación adecuada con factores de riesgo característicos de la actividad diaria de las auxiliares de enfermería.

- Levantar pacientes es una de las prácticas más habituales de este trabajo, y conlleva un gran riesgo para las vértebras lumbares debido a las fuerzas de cizalla que estas tienen que soportar (sobre todo la 5ª vértebra lumbar y la 1ª vértebra sacra), independientemente de si el levantamiento lo realiza más de una persona o del peso del objeto o paciente a levantar.
- Las posturas incómodas son factores de riesgo muy repetidos en este ámbito laboral. Es por ello que se consideran tareas de alto riesgo aquellas que supongan forzar una postura inadecuada, como por ejemplo la movilización de paciente en la cama, agravado además en función del peso del paciente y la ausencia de dispositivos que faciliten moverlo. Se estima que, al final de una jornada laboral, aproximadamente el 50% de los trabajadores habrán adoptado posturas forzadas en miembros superiores, así como en sus columnas cervicales o lumbares debido a la movilización de pacientes.

Aún con todo lo explicado y siendo conscientes de la gravedad e importancia de las posturas forzadas, hay que tener en cuenta que el traslado de pacientes ya sea levantándolos de la cama a la silla o viceversa, trasladarlos en silla de ruedas, etc, apenas suponen un 4% de las actividades diarias que se realizan en un turno. A esto hay que sumar los movimientos físicos más repetidos en el trabajo, como por ejemplo: flexión y extensión del codo, que supone un 71% de los movimientos diarios; movimiento reiterativo de manos y muñecas, que suma un 68%; o levantamiento de objetos y cargas pesadas, que supone un 38%.

Finalmente, y como se ha visto reflejado en los párrafos dedicados a la misma, la actividad física que más desgasta es el transporte de pacientes en cama debido a las malas posturas y a la inexistencia de un mobiliario adecuados para dicha actividad.

- Región lumbar: es una de las más afectadas por los TME en el trabajo de auxiliar de enfermería. A lo largo de una jornada laboral, los auxiliares realizan múltiples movimientos relacionados con dicha zona como movimientos de flexionar y/o rotar el tronco, pasar muchas horas de pie, levantar y transportar cargas sin ayuda

mecánica, etc.

Pasar muchas horas de pie conlleva un dolor dorsal leve en la espalda que, con el tiempo, puede causar una baja laboral. También el manipular cargas superiores a 15 kg, algo habitual en este trabajo ya que aproximadamente un 40% de los y las auxiliares levantan cargas de hasta 25 kg en su labor diaria. Esto está totalmente contraindicado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), el cual en su guía de riesgos laborales en el sector sanitario considera como factores de riesgo los siguientes: manipular cargas de 25 kg o más en cualquier situación ergonómica en el caso de los hombres, y de 15 kg o más en el caso de mujeres o trabajadores/as jóvenes; y tampoco manipular cargas cuyo peso supere los 3 kg en condiciones ergonómicas inadecuadas, como por ejemplo girar el tronco mientras se manipula la carga, o levantarla por encima de la cabeza.

- Extremidades superiores (EES): también se pueden ver afectadas por los TEM, sobre todo los hombros. Según un estudio hecho en Iowa, Estados Unidos, someter a las extremidades superiores a ángulos por encima de 60° puede suponer un factor de riesgo para desarrollar dolor de hombros. Sin embargo, el número de situaciones en las que un auxiliar de enfermería realizará movimientos de este tipo es más bien escaso.

- Extremidades inferiores (EEI): según estudios, las mujeres tienden a ser más afectadas que los hombres por lesiones de rodilla, mientras que estos sufren más que las mujeres en la zona del tobillo; la edad también hay que tenerla en cuenta, ya que los dolores de pies pueden surgir a partir de los 40 años; también influye el estado físico, ya que un índice de masa corporal (IMC) elevado parece estar asociado con fuertes dolores al final de la jornada laboral debido a que cuanto más pesa una persona, más carga soportan los pies; aun así, no se hay suficiente información para establecer una relación estadísticamente significativa.

Factor de riesgo psicosocial (FRP): son factores de riesgo a tener en cuenta ya que pueden provocar estrés, el cual aumenta la tensión muscular lo cual puede conllevar una lesión física. Esta relación se explica por los siguientes mecanismos:

- Estar expuesto durante un tiempo a factores de riesgo puede activar el sistema nervioso central, lo cual aumenta la carga biomecánica de la musculatura y los tendones, contribuyendo así a que aparezcan TME.

- Factores como una organización deficiente, falta de personal, muchos pacientes a los que atender, etc. suponen una presión psicológica que puede llevar a realizar movimientos y/o posturas inadecuadas.

- Trabajar en un ambiente psicosocial inadecuado durante largo tiempo puede rebajar el umbral del dolor, aumentando de esta forma dolores y molestias.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos músculo-esqueléticos pueden producir bajas laborales e incapacidad para utilizar la parte afectada; esto, a su vez, puede llevar a sentimientos de ansiedad y temor ante la posibilidad de perder el puesto de trabajo, ya que las enfermedades causadas por los TME suelen ser reiterativas, es decir, se producen recaídas de forma repetida en el tiempo. Aparte, supone un gasto económico para instituciones y/o empresas ya que implica la necesaria contratación de personal suplente para cubrir las bajas causadas por estos trastornos. Es por ello que es de vital importancia la adecuación del material de trabajo y la contratación del personal suficiente para prevenir, en la medida de lo posible, el surgimiento de los TME.

6 Bibliografía

- Ahumada Quezada, G. E., & Noriega Elío, M. (2010). Trastornos físicos y psíquicos asociados al trabajo en enfermeras de un hospital psiquiátrico infantil. *Salud de los Trabajadores*, 18(2), 96-106.
- Amézquita, R., María, R., Rosario, A., & Isabel, T. (2014). Prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos en el personal de esterilización en tres hospitales públicos. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 60(234), 24-43.
- Arias, A. R. B., & García, A. M. (2017). Asociación entre la exposición laboral a factores psicosociales y la existencia de trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería: revisión sistemática y meta-análisis. *Revista española de salud pública*, 91, 1-27.
- Artazcoz, L. (2016). Factores de riesgo psicosocial y trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería hospitalario. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(1), 35-36.
- Harari, F. (2010). Trastornos músculo-esqueléticos en auxiliares de enfermería de un hospital en Quito. *Eídos*, (3), 30-43.
- Maldonado Delgado, A. P. (2015). Evaluación ergonómica en el personal de enfermería de un servicio sanitario del hospital metropolitano y su relación con trastornos músculo esqueléticos (Doctoral dissertation, Universidad Internacional SEK).

Prieto, A. A. M., Múnera, Y. M. C., & López, M. C. R. (2015). Riesgo ergonómico asociado a sintomatología musculoesquelética en personal de enfermería. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 132-146.

- Sezgin, D., & Esin, M. N. (2015). Factores predisponentes de síntomas musculoesqueléticos en enfermeras de unidades de cuidados intensivos. *International nursing review en español: revista oficial del Consejo Internacional de Enfermeras*, 62(1), 99-109.

- Vásquez, P. C., Suazo, S. V., & Klijn, T. P. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en enfermería*, 32(2), 271-279.

- Fernández González, M., Fernández Valencia, M., Manso Huerta, M. Á., Rodríguez, G., Paz, M., Jiménez Recio, M., & Coz Díaz, F. D. (2014). Trastornos musculoesqueléticos en personal auxiliar de enfermería del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores "Mixta" de Gijón-CPRPM Mixta. *Gerokomos*, 25(1), 17-22.

Capítulo 474

PROGRAMAS FORMATIVOS DIRIGIDOS A CUIDADORES PRINCIPALES IMPARTIDOS POR EL TCAE

CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ

LAURA SANCHEZ MONTEIRO

MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO

SANDRA MARINERO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (en adelante UPP) son heridas en la piel cuya causa suele ser secundaria a otro proceso, tal como la presión a la que se ve sometida esa zona del cuerpo, por causa de fricción, cizallamiento o, en ocasiones, una combinación de varias. De no tratarse adecuadamente, una UPP podrá llegar a necrosar la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo, pudiendo asimismo lesionar huesos y articulaciones (Blanco-López, 2003).

Las úlceras por presión se producen de forma más frecuente en pacientes que, por diversas circunstancias, tienen que pasar mucho tiempo encamados: por causa de

una cirugía, una enfermedad, una discapacidad... Es habitual encontrarlas en personas dependientes, especialmente en ancianos de edad avanzada, cuyo cuidado se asienta sobre un cuidador informal o principal, generalmente un familiar. De forma histórica, se encuentra que dicha figura aparece por factores claros: el hecho de que haya aumentado la esperanza de vida, unos mejores tratamientos hospitalarios y un alta más pronta; nuevas patologías con curso degenerativo, enfermedades que se cronifican, población cada vez más envejecida... (Ubierno, Ruiz, Gavilán y Molina, 2005). La calidad de la asistencia que estos cuidadores principales dispensan a quien está a su cuidado, y lo determinante de los conocimientos que poseen sobre la realización de la misma, es fundamental para prevenir las UPP (Sanz-Sanz y Castillo-Lizárraga, 2007).

Dicho de otra manera, los pacientes encamados o dependientes, con riesgo de presentar UPP o que ya las presentan, van a precisar de unos cuidados muy concretos y específicos que se añadirán a los cuidados principales. Dichos cuidados complementarios serán realizados, asimismo, por el cuidador principal (Mayorga-García, 2016). Por ello, la formación y educación dirigida a los cuidadores informales de personas dependientes debería ser una clara prioridad del sistema de salud, fomentando conocimientos tanto a nivel de prevención como de tratamiento de las úlceras por presión.

2 Objetivos

Principal objetivo:

- Analizar el nivel de conocimientos y el perfil del cuidador principal de personas dependientes con riesgo a desarrollar úlceras por presión.

Como objetivo secundario:

- Describir la eficacia de programas formativos llevados a cabo por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y personal de enfermería dirigidos a estos cuidadores principales.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: prevención, úlceras por presión, cuidador principal, programas formativos, sanidad. A través de estos tópi-

cos, se encontraron 18 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 9 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 9 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 2 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

Perfil del cuidador principal de personas dependientes: tras analizar los estudios seleccionados, se encuentra que el perfil mayoritario de cuidadores principales es el que sigue:

- Mujeres.
- De edades comprendidas entre los 40 y 60 años.
- Niveles de estudios medios (primaria-secundaria).
- En la mayoría de los casos son hijos/as de las personas dependientes.
- Llevan una media de 5 años siendo las cuidadoras principales.
- Dedicación completa al cuidado de la persona dependiente.

Conocimientos en prevención de las úlceras por presión (UPP) de los cuidadores principales. Con relación a los conocimientos que estas cuidadoras principales tienen acerca de la prevención de úlceras por presión, son las que siguen:

- Son conocedoras de que la inmovilización de la persona es el factor de riesgo principal ante la aparición de las úlceras por presión.
- Utilización habitual de superficies adecuadas de apoyo, de manera correcta.
- Desconocimiento de otros factores de riesgo, a nivel generalizado.
- Falta de experiencia en prevención y en los distintos aspectos que pueden funcionar como factores preventivos.
- Desconocimiento de que cualquier prominencia ósea puede ser lugar de aparición de las UPP.
- Aunque la gran mayoría realiza cambios posturales de forma asidua a la persona dependiente, hay un pequeño porcentaje que no los realiza y uno más amplio, rondando el 50%, que los hace, pero con una diferencia horaria entre uno y otro demasiado amplia.

De forma añadida, entre los sanitarios se encuentra una percepción de que falta

formación acerca de estos cuidados de la piel entre los propios facultativos y sanitarios de atención primaria y especializada, así como una carencia en la transmisión de información básica a los pacientes que presentan heridas en la piel, encontrando que muchos de estos pacientes no llevan a cabo las recomendaciones del médico o personal sanitario por encontrarlas inconclusas y demasiado técnicas.

Eficacia de programas formativos en prevención de UPP

Por todo ello, diversos programas educativos y formativos, con medidas pre y post, han comenzado a implementarse en diversos centros sanitarios. Son llevados a cabo por TCAE y personal de enfermería. Estos programas educativos se basan en instruir al cuidador principal sobre las características de las UPP, mecanismos preventivos y formas de tratamiento eficaces. Los conocimientos trabajados van especialmente dirigidos a formar sobre la alimentación, toma de líquidos, cambios posturales, cuidados y limpieza de la piel, uso de dispositivos de alivio de la presión, etc. Posteriormente, se evalúa la efectividad de la formación, encontrando que un alto porcentaje de ellos hidratan mejor a la persona dependiente, cuidan más la alimentación y realizan los cambios posturales con una mayor asiduidad. Se avala, por lo tanto, -tras las comparaciones realizadas entre varios estudios-, la efectividad de este tipo de programas formativos.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que estas lesiones se podrían evitar en su gran mayoría, por lo que esto ha de ser una prioridad para la sanidad y sus profesionales, debiendo ser una obligación la planificación de estrategias preventivas. En este sentido, el primer paso es prevenir a nivel ambulatorio, educando a los cuidadores principales de las personas dependientes, quienes deberían estar asesorados y formados por los facultativos y profesionales sanitarios de atención primaria.

Por otro lado, como propuesta de futuro, sería interesante realizar un estudio longitudinal basado en analizar cómo un programa de formación continua afecta a las actuaciones puestas en marcha por estos cuidadores a nivel cotidiano sobre las personas a su cargo.

Acciones formativas de estas características podrían evitar inversiones a medio y largo plazo a nivel sanitario y social, ganando asimismo estos cuidadores principales calidad de vida por estar previniendo, a la vez, problemas futuros en sus familiares que podrían derivar en consecuencias fatales.

6 Bibliografía

- Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu*, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.
- Carbajal Rixe, J. M. (2015). Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento del cuidador primario en la prevención de las úlceras por presión en los servicios de medicina de un hospital nacional. da Silva, M. D. L. B., Vasconcelos, M. A., Lopes, R. E., Lima, M. C. G. A., Chagas, M. I. O., & Ferreira, A. G. N. (2009). Saberes e práticas de cuidadores domiciliares sobre úlcera por pressão: estudo qualitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 8(3).
- López, R. M., & Martínez, D. P. (2011). Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. *Enfermería Global*, 10(4).
- Martín Campano, S. (2016). Programa de educación para la salud: aumentar conocimientos y habilidades sobre las úlceras por presión en los cuidadores principales de pacientes en domicilios de Sabadell.
- Mayorga García, J. E. (2016). Efectividad de una intervención educativa en cuidadores primarios de pacientes con úlceras por presión en reposo prolongado hospitalizados en el HGZ No. 1 IMSS, Delegación Aguascalientes, de diciembre 2015 a febrero 2016.
- Quispe, O. A. (2013). Efectividad del programa educativo “Cuidando con amor” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador–EsSalud, Lima, Perú. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 6(2).
- Rocha, A. P., Rodrigues, A., Silva, A. J., Mendes, L. F., Coelho, M., Gonçalves, P., & Hernández-Martínez, F. J. (2014). Metodologías educativas para la prevención de las úlceras por presión: estudio piloto en las islas Azores. *Gerokomos*, 25(1), 41-43.
- Rodríguez Palma, M., Malia Gázquez, M., & Barba Chacón, A. (2000). Nociones básicas acerca de las úlceras por presión y su prevención: una guía para los cuidadores familiares. *Gerokomos (Madr., Ed. impr.)*, 11(3), 152-156.
- Sanz Sanz, M., & Castillo Lizárraga, M. (2007). El cuidador principal: manejo de los problemas de afrontamiento. *Jano*, 23.
- Ubiergo, M. C. U., Ruiz, S. R., Gavilán, M. V. V., & Molina, R. R. (2005). El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enfermería clínica*, 15(4), 199-205.

Capítulo 475

ENFERMEDAD SEVERA DE LA CIRROSIS HEPATICA.

ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ

MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO

ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA

1 Introducción

La cirrosis es una enfermedad crónica de uno de los órganos principales de nuestro organismo (hígado) tiene como características el ser una enfermedad difusa, progresiva, irreversible y con diferentes causas, las más frecuentes suelen ser por el alcohol y por el virus de la hepatitis B y C.

Los pacientes ante esta enfermedad, se presentan habitualmente asintomáticos, estado en el que pueden permanecer durante meses o años.

La enfermedad se presenta desde el punto de vista clínico por uno de los siguientes síndromes:

Síndrome de insuficiencia hepática: la cirrosis da comienzo a la observación de alguno de los siguientes síntomas.

- Astenia. Según la evolución de la enfermedad, presenta diferentes grados.
- Trastornos neuropsiquiátricos. Van desde la somnolencia hasta el coma.
- Ictericia. Suele ser de moderada a ligera.
- Arañas vasculares. Dilatación arteriolar central de la que parten pequeños capilares, se deben al aumento de la formación periférica de estrógenos por la reducción del aclaramiento hepático.

- Eritema palmar. Patología similar a las arañas vasculares.
- Edemas. Habitualmente se deben a la hiposerinemia y los trastornos hidrosalinos que comporta la insuficiencia hepática.

Síndrome de hipertensión portal: tiene lugar al producirse un obstáculo en la circulación de la sangre venosa que proviene del territorio portal, suele aparecer en pacientes en fase avanzada de la enfermedad.

Síndrome ascítico: Aumento marcado del volumen del abdomen, delgadez de la cara y las extremidades.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Demostrar la importancia que tiene el conocimiento de lo que es la cirrosis, en que es posible prevenirla mediante la atención primaria como el principal eslabón de prevención.

Objetivo específico:

- Identificar las posibles causas y proponer formas de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La prevención se clasifica de acuerdo al nivel de las necesidades del individuo.

- Prevención primaria. Enfermedades transmisibles y no transmisibles como el alcohol en la población, grupos de riesgo que incluyen al individuo y a la comunidad.
- Prevención secundaria. Actividades que se realizan cuando aparece la enfermedad. Diagnostico precoz y seguimiento de afecciones crónicas.

- Prevención terciaria. Se realiza con el objetivo de alteraciones y complicaciones mayores.

Las principales recomendaciones para prevenir la cirrosis hepática

- Evitar el consumo de alcohol.
- Evitar el uso de medicamentos que se metabolizan en el hígado.
- Evitar las infecciones por los virus que causantes de la hepatitis.
- Se recomienda la vacunación contra la hepatitis B a personas de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

La cirrosis hepática a pesar de ser una importante causa de mortalidad en la población, muchas de las causas que la producen se deben a malos hábitos o costumbres de las personas. De ahí la gran importancia de la prevención, puesto que una vez que la persona padezca esta enfermedad, tiene un carácter irreversible, afectando a uno de los órganos principales para la vida. Estas labores de prevención se realizan a través de talleres, charlas educativas, videos debate y otros métodos.

6 Bibliografía

- Castellanos Fernandez, Marlen Ivon/Nutricion y cirrosishepatica. En: RevistaCubana Acta Medica: Vol 11No. 1.
- MedlinePlus Enciclopedia Medica. Cirrosis;

Capítulo 476

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS TRANSCULTURALES

NURIA GONZALEZ NORIEGA

MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ

MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO

MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cuidados paliativos

El progresivo envejecimiento que la población mundial ha experimentado durante los últimos años ha provocado un incremento del número de pacientes que sufren enfermedades crónicas y degenerativas, circunstancia que ha aumentado igualmente las necesidades de cuidados paliativos de los mismos (1).

Los cuidados paliativos pretenden garantizar la atención de los pacientes que abandonan el tratamiento de las enfermedades crónicas que los afectan, teniendo, por tanto, como misión, asegurar la mejor calidad de vida posible para aquellas personas que sufren enfermedades caracterizadas por una baja expectativa de vida, teniendo en cuenta tanto los síntomas de la enfermedad como el apoyo emocional, por lo cual el paciente debe ser atendido desde un punto de vista multifactorial (2). El personal sanitario encargado de la aplicación de los cuidados al

final de la vida es responsable de imprimir un carácter integral a éstos, siendo considerado de forma adecuada el contexto espiritual, étnico y cultural de los pacientes terminales (2).

Cuidados transculturales

Actualmente, los efectos de la globalización pueden ser observados en numerosos países, existiendo poblaciones multiculturales como consecuencia de los flujos de migración (3).

Como consecuencia de estos flujos de migración de poblaciones que se producen en todo el mundo, se observa una situación de diversidad cultural, étnica y religiosa en numerosos países que repercute en los profesionales sanitarios encargados de atender a los pacientes terminales, en el sentido de que las creencias religiosas y los valores culturales de cada persona deben ser atendidos de forma adecuada con el fin de garantizar la efectividad de los cuidados paliativos (2,4,5).

Los cuidados transculturales o también denominados cuidados culturalmente congruentes representan la fusión de conceptos antropológicos y de atención sanitaria, haciendo referencia a los cuidados que deben realizarse en pacientes terminales y tomando como base su espiritualidad y su cultura, con el objetivo de favorecer que puedan tener una muerte digna y tranquila (4,6).

El concepto de cultura se refiere al modo de vivir de cada individuo siguiendo una serie de normas y patrones (7). Algunos autores indican que es necesario que la cultura y el cuidado de los pacientes estén íntimamente relacionados para proporcionar un tratamiento correcto debido a la influencia que tienen los valores culturales en el comportamiento de los pacientes y en su terapia (3,7).

Además, la actitud de cada persona ante la muerte y ante el proceso que lleva a ella viene determinada por su cultura y sus creencias, manifestándose mediante comportamientos y símbolos concretos (8). El conocimiento de las características específicas de la cultura y de las creencias de los pacientes que reciben cuidados paliativos por parte de los profesionales sanitarios, dota a éstos de una capacidad de respuesta adecuada en el desarrollo de sus funciones (8).

2 Objetivos

- Analizar la importancia de los cuidados transculturales en el desempeño de la labor sanitaria relacionada con la atención del enfermo terminal.

- Identificar aspectos relacionados con el contexto espiritual y cultural del paciente terminal.
- Determinar estrategias adecuadas para la adquisición de empatía por parte del personal sanitario hacia los valores culturales y las creencias religiosas del enfermo terminal.
- Analizar las barreras relacionadas con cuestiones de comunicación, culturales y religiosas que pueden obstaculizar la aplicación de cuidados paliativos de alta calidad.
- Determinar los factores que influyen en el establecimiento de una comunicación efectiva entre los profesionales sanitarios y los pacientes que reciben cuidados al final de su vida.

3 Metodología

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realiza una búsqueda de publicaciones en la base de datos PubMed (9), recuperando artículos recientes relacionados con los cuidados culturalmente congruentes aplicados a pacientes terminales.

La estrategia de búsqueda está basada en la utilización de diferentes combinaciones de palabras clave, empleando los términos "transcultural care", "cultural competency" y "cultural diversity" en combinación con los términos "hospice care", "palliative care", "terminal care" y "end of life", mediante el operador booleano AND.

Criterios de selección. Después de la lectura del título y del resumen de cada artículo, se aplican los criterios de selección. Se tienen en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Duplicación: se descartan todos aquellos artículos que aparecen duplicados en la búsqueda como consecuencia de la utilización y de la combinación de las palabras clave mencionadas.
- Irrelevancia del tema de estudio: se descartan todas aquellas publicaciones que no guardan relación con el estudio de los cuidados transculturales de los pacientes que sufren enfermedades terminales.

En las publicaciones restantes se consideran los siguientes criterios de inclusión:

- Idioma de la publicación: se seleccionan publicaciones escritas en inglés o español, descartando los artículos redactados en cualquier otro idioma.

- Fecha de publicación: se seleccionan exclusivamente artículos publicados durante los últimos 10 años.

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda y seguidos los criterios de selección, se obtienen 10 artículos que son sometidos a una lectura crítica con el fin de extraer la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La información más relevante de los artículos seleccionados es sintetizada y presentada a continuación. Fang et al. (10)

Este artículo demuestra que existen varios factores que afectan a la recepción de los cuidados paliativos en grupos que son diversos cultural y espiritualmente, provocando consecuencias que disminuyen la calidad de vida de estos pacientes (10).

Entre estos factores se encuentran las diferencias culturales existentes entre los profesionales que proporcionan estos cuidados, los pacientes que los reciben y sus familiares, la baja utilización de estrategias sensibles a la cultura de los pacientes y de sus familias para mejorar los cuidados paliativos, las barreras idiomáticas, la falta de conocimiento en materia de diversidad religiosa y cultural por parte del personal sanitario, la exclusión de las familias del paciente en el proceso de toma de decisiones (abandono del tratamiento e incorporación a cuidados paliativos) y el acceso inadecuado del paciente y de sus familiares a información relativa a los cuidados de fin de vida con el propósito de facilitar la toma de decisión de abandono del tratamiento (10).

Además, los autores de esta publicación ponen de manifiesto la necesidad realizar esfuerzos activos para llevar a cabo un cuidado integral que tenga en cuenta aspectos culturales y espirituales (10).

Finalmente, la publicación demuestra la necesidad de establecer directrices y recomendaciones de calidad sobre las prácticas de cuidados paliativos que atiendan los requerimientos culturales y espirituales de los pacientes (10).

Esta publicación describe la introducción de los futuros miembros del personal sanitario en programas de enseñanza sobre la aplicación de cuidados paliativos teniendo en cuenta las demandas culturales del paciente (11).

Los autores demuestran que la incorporación de los futuros profesionales sani-

tarios al entrenamiento en competencia cultural durante su época de estudiantes tiene repercusiones positivas en la aplicación de cuidados en pacientes terminales de diferentes etnias, culturas y espiritualidad (11).

En esta publicación los autores encuentran que no existe una idea clara acerca del concepto de cuidados de fin de vida de alta calidad, aunque éstos parecen tener relación con la mejora del dolor y de otros síntomas y con la atención emocional de los pacientes y de sus familias (12).

Además, el artículo indica que los pacientes pertenecientes a minorías no suelen recibir cuidados paliativos debido a que se produce un diagnóstico tardío, a cuestiones culturales o religiosas y al comportamiento del personal sanitario, que no muestra una empatía acorde con la cultura y la espiritualidad del paciente, provocando frustración y reticencia en el mismo y disminuyendo su calidad de vida (12).

Kirby et al. (13)

Estos autores analizan experiencias de pacientes con diversidad cultural y lingüística y de profesionales sanitarios relacionados con el entorno de los cuidados paliativos, encontrando una gran variedad en lo que respecta a la superación de barreras lingüísticas, a creencias sobre el tratamiento y a cuestiones relacionadas con la muerte y el proceso de morir (13).

Este artículo resalta la necesidad de una mayor atención para el desarrollo de habilidades comunicativas efectivas en el personal sanitario, la identificación de valores particulares espirituales, lingüísticos y culturales de los pacientes y el reconocimiento de la naturaleza única de cada interacción entre el personal sanitario y los pacientes (13). Además demuestra las dificultades que existen en la comunicación con estos pacientes sobre el significado de los cuidados paliativos, dado que el entendimiento del contexto y de los servicios ofrecidos por los mismos es incompleto o ausente en la mayoría de los casos (13).

Este artículo destaca también la importancia de la capacidad del personal sanitario para identificar y remediar malentendidos o falta de entendimiento sobre el significado y el contexto del cuidado paliativo por parte de los pacientes con diversidad cultural y lingüística, siendo primordial garantizar simultáneamente el respeto por su cultura y espiritualidad y la captación del significado del idioma (13).

Kirby et al. (13) observan reticencia o negativa por parte de los pacientes que

reciben cuidados paliativos a discutir el significado real de los mismos, independientemente de su origen y cultura, lo cual proporciona una perspectiva acerca de la importancia de tabúes culturales sobre enfermedades terminales, la muerte y el proceso de morir. Sin embargo, aparte de la existencia de estos tabúes, el artículo demuestra que la razón principal que esgrimen los pacientes para mostrarse reservados acerca de este tema está constituida por el deseo de mantener la esperanza y prevenir el sufrimiento o la preocupación de sus familiares (13).

Los autores indican que la interacción entre la cultura y el cuidado paliativo en la experiencia diaria es compleja, no dependiendo exclusivamente de la posesión de una nacionalidad o de un origen cultural concretos, sino que la disposición tanto del paciente como del cuidador a discutir sobre cuestiones relacionadas con la muerte depende además de la experiencia individual, de las relaciones familiares y del logro educacional (13).

Esta autora demuestra que la evaluación y la atención de las necesidades espirituales de los pacientes que reciben cuidados paliativos son factores importantes en la promoción de su calidad de vida, destacando que el personal sanitario encargado de aplicar estos cuidados posee una posición única para trabajar con los pacientes y sus familias en la exploración de las numerosas variables que utilizan como guía situaciones médicas delicadas, como es el caso de una enfermedad terminal (14).

La autora de esta publicación indica que la exploración de las creencias espirituales del paciente puede ser llevada a cabo como parte de cualquier encuentro entre el paciente y el cuidador, por ejemplo investigando cómo ha soportado el paciente tiempos difíciles en el pasado y si la espiritualidad o las creencias religiosas fueron de ayuda. En este sentido el artículo describe herramientas de evaluación espiritual como HOPE, SPIRIT y FICA, que pueden servir para iniciar conversaciones de índole espiritual, aunque deben utilizarse con la sensibilidad necesaria para permitir el establecimiento de una adecuada relación terapéutica (14).

En cuanto a las barreras que pueden existir en el cuidado espiritual, Richardson (14) señala que el propio cuidador puede constituir un obstáculo, debido a que éste puede experimentar incomodidad durante la atención de las necesidades espirituales del paciente si considera que no son su responsabilidad, a la consideración de que tales conversaciones son demasiado intrusivas o íntimas o al hecho de carecer de creencias espirituales o religiosas propias.

En este artículo se demuestra que no existe una definición de cuidado de final de la vida en práctica, sino que en su lugar se utiliza internacionalmente la definición "cuidado paliativo" de la Organización Mundial de la Salud, observándose que los encuestados aportan también otras definiciones que tienen en común la necesidad de alcanzar metas adecuadas para optimizar la calidad de vida del enfermo terminal, previniendo y aliviando su sufrimiento mediante una atención correcta (15).

Este estudio demuestra que la comprensión de los conceptos relacionados con el cuidado paliativo es diferente dependiendo de factores geográficos, institucionales y personales, identificando patrones culturales y algunas definiciones específicas de cultura (15).

Además, el artículo identifica elementos problemáticos en la definición de cuidados paliativos, tales como la especificación adecuada del momento en el que deben ser aplicados o los límites entre el tratamiento del paciente con el objetivo de obtener su curación y el cuidado con el fin de ofrecer una muerte digna (15).

Por último, Gysels et al. (15) señalan que el cuidado paliativo es una preocupación universal y que requiere la inclusión de distintos puntos de vista correspondientes a pacientes con diferentes orígenes culturales.

Las autoras estudian la influencia de la diversidad cultural sobre los cuidados paliativos, proporcionando estrategias para los profesionales sanitarios relacionados con ellos, y analizan los obstáculos que pueden encontrar al ser aplicados a pacientes pertenecientes a diferentes grupos étnicos y culturales (16).

El estudio indica que, en el contexto del cuidado paliativo culturalmente apropiado, se requiere el entendimiento de las preferencias del paciente respecto a la capacidad para tomar la decisión de abandonar el tratamiento y continuar su existencia con cuidados paliativos, de cuestiones de privacidad específicas, del significado asignado a la enfermedad y a sus síntomas, de la actitud del paciente y de su familia frente a la medicación y la nutrición, de las costumbres religiosas y espirituales del paciente y de su familia y de los rituales de final de vida específicos (16). Las autoras consideran que la dedicación de tiempo a la comprensión de las necesidades culturales únicas de cada paciente, de sus valores y de sus creencias es la forma más respetuosa de aplicar cuidados paliativos y de facilitar una muerte digna (16).

Por último, este artículo demuestra que la cultura del paciente está influenciada por su etnia y por creencias y valores aprendidos a lo largo de su vida, asociándose la diversidad cultural con sistemas de creencia diferentes acerca de la muerte y del proceso que lleva a ella (16).

Leong et al. (17)

En esta publicación los autores realizan una intervención educacional de una hora para mejorar el conocimiento de las enseñanzas islámicas en el personal sanitario, debido a que consideran que este colectivo debería poseer al menos unas nociones básicas de las religiones más extendidas del mundo, siendo el Islam una de ellas, ante la gran probabilidad que existe de que deban relacionarse con pacientes de diferentes religiones y culturas al aplicar cuidados paliativos (17).

Los autores indican que la competencia cultural es una habilidad clave para los profesionales sanitarios encargados de los cuidados paliativos y demuestran que una breve intervención educacional es suficiente para mejorarla (17). En este artículo se mejora la competencia cultural en relación con la cultura musulmana, proporcionando puntos clave sobre el Islam y el cuidado en el final de la vida, aunque los autores proponen la expansión del plan educacional a otras religiones del mundo en estudios futuros (17).

Mataoui et al. (18)

Estos autores estudian la influencia que puede tener el entendimiento, por parte de los profesionales sanitarios, del papel del Islam para los musulmanes en comportamientos relacionados con la salud y con la toma de la decisión de abandonar el tratamiento médico y recibir cuidados paliativos (18).

Según esta publicación, la naturaleza íntima de los cuidados paliativos precisa de un desarrollo más profundo del conocimiento de las prácticas culturales y de las creencias relativas a la salud que existen en los pacientes musulmanes (18). Dado que en la sociedad musulmana el núcleo familiar tiene un papel primordial y las decisiones acerca de la salud y el tratamiento de un miembro de la familia son tomadas de forma colectiva, el artículo pone de manifiesto que el personal sanitario debe desarrollar lazos de confianza, tanto con el paciente como con los miembros de su familia (18).

Por otro lado, la publicación señala que debido a que en la comunidad musulmana el contacto entre personas de géneros diferentes se limita al ambiente familiar, es recomendable que el profesional sanitario que aplica los cuidados paliativos sea del mismo género que el paciente que los recibe (18). Además, en cuanto al apoyo

espiritual el personal sanitario debe evitar las interrupciones en los momentos de oración (5 veces al día) con el fin de proporcionar cuidados paliativos de alta calidad (18).

En este estudio se indica la importancia del papel de la cultura y de la fe en la toma de la decisión de abandonar el tratamiento para incorporarse a los cuidados paliativos, en la comunicación al paciente terminal sobre su propia muerte y en el significado que tienen el dolor, el sufrimiento y el proceso de morir en el paciente (19). En concreto, en cuanto al abandono del tratamiento la publicación indica que en muchas culturas la familia es responsable de tomar este tipo de decisiones (19).

5 Discusión-Conclusión

Las publicaciones incluidas en esta revisión bibliográfica analizan la importancia de los cuidados culturales congruentes en el desarrollo de la atención sanitaria asociada a enfermos terminales (10-19).

Como demuestran los resultados de las publicaciones revisadas, existe una íntima relación entre la calidad de los cuidados paliativos que se aplican en un paciente terminal y el conocimiento que posee el personal sanitario acerca de la espiritualidad, la cultura y la religión del mismo (10,11,13-18).

La incorporación de los profesionales sanitarios a programas de formación continua desde su etapa estudiantil, que les dota de un mejor conocimiento de las particularidades espirituales y culturales que encuentran diariamente durante la aplicación de los cuidados paliativos en pacientes con orígenes diferentes, provoca la adquisición de mayor sensibilidad cultural y un aumento de su competencia cultural, que repercute directamente en el incremento de la calidad de estos cuidados (10,11,13,14,16-18).

El mero conocimiento de las características específicas que corresponden a la espiritualidad y a la cultura de un paciente terminal que recibe cuidados paliativos no basta para que estos cuidados sean los más adecuados. Diferentes publicaciones sugieren que es necesario que además el personal sanitario desarrolle o adquiera capacidades de empatía y sea capaz de exteriorizarlas para establecer una comunicación efectiva con el paciente (10,12-14).

En este sentido, existen estrategias para facilitar la comunicación adecuada entre el paciente y el personal sanitario, permitiendo una mejor relación terapéutica y

la aplicación óptima de los cuidados paliativos, como son la utilización de intérpretes lingüísticos en la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario o la utilización de herramientas de evaluación espiritual por parte de este último (12,14).

Los cuidados paliativos transculturales pretenden proporcionar el mejor cuidado posible al paciente terminal, independientemente de su etnia, espiritualidad, país de origen o valores culturales, con el fin de asegurar su respeto y su dignidad en los últimos días de su vida (14).

Considerando en conjunto los resultados publicados por los artículos revisados, se pueden extraer una serie de conclusiones que se resumen a continuación:

1. La diversidad que existe actualmente en la mayoría de países del mundo se ve reflejada en los pacientes terminales que necesitan cuidados paliativos al final de su vida.
2. Independientemente de su etnia, religión, espiritualidad y valores culturales, cualquier paciente terminal merece el acceso a unos cuidados paliativos de la mayor calidad posible.
3. Los cuidadores encargados de atender los últimos días de este tipo de pacientes requieren empatía hacia valores culturales y religiosos diferentes y habilidades comunicativas efectivas, con el fin de poder aplicar unos cuidados de final de vida de máxima calidad, con independencia de las particularidades espirituales, religiosas y culturales del paciente que recibe estos cuidados.
4. La incorporación, desde la etapa estudiantil, del personal sanitario encargado de administrar cuidados paliativos a programas de enseñanza destinados a aumentar su competencia cultural tiene efectos beneficiosos para su labor diaria.
5. La comunicación efectiva entre el paciente y el cuidador es primordial para la proporción de una atención adecuada durante la aplicación de cuidados paliativos, teniendo en cuenta en todo momento la identidad cultural y espiritual específica del paciente y evitando generalidades que podrían dar lugar a una disminución de la calidad de estos cuidados.

6 Bibliografía

1. Giger JN, Davidhizar RE, Fordham P. Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: developing cultural competency. *Journal of Cultural Diversity*. 2006; 13(1): 3-9.
2. Hui D, Cruz M, Mori M, Parsons H, Kwon J, Torres-Vigil I, et al. Concepts and definitions for "supportive care", "best supportive care", "palliative care", and

- "hospice care" published literature, dictionaries, and textbooks. *Supportive Care in Cancer*. 2013; 21(3): 659-685.
3. Maier-Lorentz M. Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*. 2008; 15(1): 37-43
 4. Douglas MK, Rosenkoetter M, Pacquiao DF, Callister LC, Hattar-Pollara M, Lauderdale J, et al. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014; 25(2): 109-121.
 5. Holman D. The emotional labour of caring for patients at the end of life. *End of Life Journal*. 2014; 4(1): 1-5.
 6. Dewey C. Training in hospice and palliative care a "huge need". *Grand Rapids Business Journal*. 2014; 32(39): 19.
 7. Bengre A. Transcultural nursing: cultural competence in nurses. *International Journal of Nursing Education*. 2012; 4(1): 5-7.
 8. Holloway M. Death the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7):833-839.
 9. U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
 10. Fang ML, Sixsmith J, Sinclair S, Horst G. A knowledge synthesis of culturally- and spiritually-sensitive end-of -life care: findings from scoping review. *BMC Geriatrics*. 2016; 16: 107.
 11. Lubimir KT, Wen AB. Towards cultural competency in end-of-life communication training. *Hawaii Medical Journal*. 2011; 70(11): 239-241.
 12. Abunafeesa H, Elsayem AF. Cultural diversity and barriers to high-quality and of life care. *Annals of Palliative Medicine*. 2017; 6(2): 183-186.
 13. Kirby E, Lwin Z, Kenny K, Broom A, Birman H, Good P. "It doesn't exist...": negotiating palliative care from culturally and linguistically diverse patient and caregiver perspective. *BMC Palliative Care*. 2018; 17(1): 90. doi: 10.1186/s12904-018-0343-z.
 14. Richardson P. Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*. 2014; 3(3): 150-159.
 15. Gysels M, Evans N, Meñaca A, Higginson IJ, Harding R, Pool R. Diversity in defining and of life care: an obstacle or the way forward? *PLoS One*. 2013; 8(7): e68002. doi: 10.1371/journal.pone.0068002.
 16. Clark K, Phillips J. End of life care - the importance of culture and ethnicity. *Australian Family Physician*. 2010; 39(4): 210-213.
 17. Leong M, Olnick S, Akmal T, Copenhaver A, Razzak R. How Islam influences end-of-life care: education for palliative care clinicians. *Journal of Pain and Symp-*

tom Management. 2016; 52(6): 771-774.

18. Mataoui F, Kennedy-Sheldon L. Providing culturally appropriate care to American Muslims with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2016; 20(1): 11-12.

19. Wiener L, McConnell DG, Latella L, Ludi E. Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. *Palliative and Supportive Care*. 2013; 11(1): 47-67.

Capítulo 477

HIPERTIROIDISMO. CLÍNICA Y TRATAMIENTO.

ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ

MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO

ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA

1 Introducción

El hipertiroidismo es una patología endocrina que se caracteriza por un aumento de función de la glándula tiroidea, produciendo una cantidad excesiva de hormonas tiroideas y una disminución de la Hormona Estimulante del Tiroides (TSH).

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Identificar características clínicas en pacientes con hipertiroidismo.

Objetivos secundarios:

-Determinar la incidencia de esta enfermedad.

-Describir las características epidemiológicas.

-Describir las posibles complicaciones.

-Identificar la terapia y el tipo de respuesta entre los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los principales síntomas del hipertiroidismo son:

- Uñas separadas de la piel subyacente.
- Escaso parpadeo, ojos saltones y mirada fija y brillante.
- Pérdida de peso.
- Sudoración y palpitaciones.
- Intolerancia al calor y mayor tolerancia al frío.
- Pérdida de pelo.
- En las mujeres pueden darse alteraciones menstruales.

Existen diferentes tratamientos dependiendo de los síntomas, edad del paciente o grado de la enfermedad. Los más comunes son:

- Medicamentos antitiroideos. Recomendados para pacientes con hipertiroidismo prolongado.
- Yodo radioactivo. Destruye las células tiroideas.
- Cirugía. Tratamiento definitivo, sólo se le deja al paciente un segmento de la glándula para mantener los niveles de hormonas circulantes.
- Agentes betabloqueantes.

5 Discusión-Conclusión

El hipertiroidismo es una patología endocrina muy frecuente en nuestro medio y tiene mayor incidencia en mujeres.

Es importante conocer la sintomatología más común para poder diagnosticarlo y administrar tratamiento lo antes posible. Hay multitud de tratamientos que hay que conocer e individualizar en cada caso.

6 Bibliografía

- www.endocrineweb.com/thyroid.html
- www.thyroidimaging.com

Capítulo 478

EL TCAE Y EL TRATO DIGNO AL PACIENTE

RAQUEL GALVAN MARTINEZ

IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

M^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Es Indudable la vulnerabilidad que padece un paciente durante el proceso de enfermedad, produciéndose una alteración global en el ser humano, el hecho de estar hospitalizado o de tener que asistir a un centro sanitario es un contratiempo que se intensifica cuando surge la falta de comprensión, ya sea por ignorancia o por la falta de información de forma correcta, si a ello unimos un trato incorrecto, se pone de manifiesto aún más el sentimiento de dependencia, de carencia, de impotencia, e incluso, de despersonalización(Enfermería 21,2014)

Habitualmente los usuarios en el Sistema Sanitario Nacional dejan de sentirse personas para convertirse en un número, el de su historia clínica o el de su habitación, o en el nombre el de su patología (Regina V, 2014). Los protocolos interminables, las salas abarrotadas, la falta de empatía, o los procesos tecnológicos que hace que el profesional esté más pendiente de las historias clínicas que

de escuchar al paciente, hacen sentir al usuario encontrarse en lugares desagradables.

Las tareas asistenciales, la presión asistencial generada por el trabajo contrarreloj, las discordias entre el personal, la extenuación o la desmotivación producen la falta de trato digno (Rodríguez P, 2014), adecuado al ser humano en el proceso asistencial; la pericia para tratar al paciente han pasado a un segundo plano, la relación del hombre con la técnica ha llevado a la pérdida de la identidad, la independencia y la integridad del ser con respecto a los pacientes (Ávila J, 2017)

2 Objetivos

Objetivo General:

- Definir Trato Digno en el ámbito sanitario.

Objetivos Específicos:

- Estudiar las sensaciones que el paciente tiene sobre trato digno.
- Analizar las características que pueden ayudar mejorar la relación con el paciente.

3 Metodología

El trabajo se ha realizado mediante el estudio de distintos artículos encontrados tras realiza una búsqueda en distintas bases de datos como: Dialnet, Scielo, Pubmed, Elsevier...y buscadores como Google Scholar.

Como criterios de inclusión hemos escogido: estudios avalados científicamente, textos completos. Publicaciones en idioma Inglés y Español. Se excluyen gran parte de los textos por su carente interés con el estudio, se estudian exhaustivamente 18 por su similitud con el estudio a presentar.

Las palabras empleadas para su búsqueda fueron: Trato, digno, Paciente, calidad, entorno, sanitario.

4 Resultados

Trato digno con el paciente es aquel coherente con los valores que la persona percibe como únicos e inalienables, dando un significado coherente con lo que permite dar un significado a la existencia humana, (Bermejo J, 2018). Trato

digno en el ámbito sanitario es el cuidado del enfermo en el sentido más estricto de la palabra, promoviendo y protegiendo la salud, curando las enfermedades, garantizando un ambiente sano y armonioso tanto físicamente, emocionalmente (Delafuente M, 2018), socialmente y espiritualmente.

La sensibilización con el paciente según los códigos deontológicos de los profesionales de la salud ha de realizarse intentando llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1947), elaborando un abordaje integral de la persona, ponderando las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual; reforzando la asistencia, haciéndola digna y acorde a los valores inalienables al ser humano y a la dignidad de la persona.

De los distintos artículos y encuestas de calidades estudiadas se puede apreciar que el paciente asocia principalmente trato digno con 10 conceptos:

- Humanidad: concepto moral que hace referencia a tratar al usuario como nos gustaría que nos trataran, un simple saludo unido a una sonrisa, la cordialidad, la escucha activa...por parte del auxiliar de enfermería o el personal sanitario en general, producen en el paciente una importante disminución de ansiedad e incertidumbre (Bermejo J, 2018).
- Equidad de Trato: La eliminación de cualquier discriminación, ya sea de género, cultural, edad, socioeconómico,,,, que en el entorno de la salud es un derecho fundamental.
- Empatía: La competencia del profesional de situarse en el lugar del paciente, comprendiendo sus emociones y sentimientos, sin mostrar enojo o irritabilidad ante las reacciones del usuario.
- Consideración como ser global: La apreciación de la persona enferma como un ser humano, considerando su situación familiar, social,...no como una enfermedad o su patología.
- Trato personal: recordando que el paciente tiene un nombre propio que le identifica, no es un número, ni una patología.
- Atención adecuada: Con la atención necesaria que el paciente requiera, mediante las prestaciones necesarias y sin listas de esperas penosa, acordes a las necesidades.
- Ánimo para cuidar: Atendiendo los requerimientos de aseo, ante dolores, ayuda...con la mayor celeridad posible.
- Capacidad de respuesta: Que el personal sanitario sepa dar respuestas informativas al usuario ante cualquier requerimiento, ya sea este tan simple como explicar dónde se encuentran los baños, cómo más complejos.

- Respeto a la privacidad: Ofreciendo al enfermo y familia la suficiente intimidad que aseguren sus necesidades.
- Acceso a la Información: Que será clara, concisa sin tecnicismos y acorde al nivel de comprensión de la persona que esté recibiendo la información.

De los distintos artículos estudiados afirmaremos que los principales puntos que pueden mejorar la calidad relacional con el paciente son: la formación y entrenamiento del personal en habilidades sociales, dejando un poco de lado los procedimientos y centrándose más en la persona (Villanueva A, Nebot C, Galán G, Gómez G, Cervera M, Joaquín J, Pérez J y Tomás ,2006).

El adiestramiento en la escucha activa no es una habilidad fácil de manejar para todo el mundo, permitiendo a aquel que la domine ofrecer una atención completa, no limitándose únicamente a oír sino a entender sentimientos e ideas que la persona está expresando con palabras. La validación emocional demostrando que se ha escuchado y comprendido, entendiendo los sentimientos y decisiones generan en el enfermo un efecto positivo al sentirse reconocido.

La empatía es otra de las habilidades que el entorno sanitario necesita mejorar, (Estela M, 2019) situarse en el lugar del otro no es sinónimo a estar de acuerdo, sino a entender la posición o punto de vista de los demás, respetando sus decisiones.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de los estudios de calidad y encuestas de satisfacción del usuario podemos determinar que el paciente opina que la cultura sanitaria padece de amplias carencias de humanización ,siendo necesario un cambio significativo entre instituciones, personal ,tanto sanitario como de servicios..., (Hernández M, 2019) pacientes y familiares que finalice en el bienestar del ser humano enfermo.

La limitación que sufre el paciente en su naturaleza, volviéndole frágil, con deficiencia de orden físico y que altera su naturaleza, su vida familiar, social..., afectando a su capacidad psicológica y que dificulta su adaptación a la nueva situación durante el proceso de enfermedad, que le hace ser más indefenso, implica al personal sanitario y no sanitario (Regina V, 2014). En la obligación de cuidar y atender con todas aquellas medidas dignas al ser humano.

La repercusión emocional que el concepto de trato digno, tiene en el paciente, exige del profesional el adiestramiento y conocimiento de habilidades que le per-

mita hacer frente, no solamente a los aspectos racionales y objetivos de la enfermedad, sino a los subjetivos vividos por el paciente y sus familiares (Ávila, J 2017).

Finalizaremos afirmando que un paciente satisfecho con la atención recibida, genera importantes beneficios, tanto para el usuario como para la institución. Un paciente complacido continua las indicaciones, los tratamientos, disminuyendo las estancias hospitalarias... generando mejores resultados, optimizando recursos y con menores sanitarios

6 Bibliografía

1. Enfermería 21. Artículo Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional. Formación Actualidad y desarrollo Profesional.. [En línea] 2014 ; 17 (80.549 mil) :
- 2.Ávila, J. La deshumanización en medicina Desde la formación al ejercicio profesional. Iatreia [En línea] 2017; 10 (0121-0793).
3. Rodríguez P, 2014. Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo.
4. Regina, V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Índex Enferm. [En línea] 2014; 23 (ISSN 1132-1296)
5. Fluriache, P. Plan Dignifica Una oportunidad para la humanización de la asistencia en un Área Integrada. Salud: revista de ciencias y humanidades. [En línea] 2018; 2 (ISSN-e 2444-5304) : 34-36.
6. De la fuente M, Rojas M, Gómez M, Lara P, Morán E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina intensiva. [En línea] 2018; 42 (ISSN-e 1578-6749): 99-109.
7. Bermejo, J. Derecho a la humanización.
8. Estela M. De: Argentina. Para: Concepto de Salud OMS.
9. Artículo 43. Cap. III: De los principios rectores de la política social y económica, Tít. I De los derechos y deberes fundamentales La Constitución española.
10. 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.
11. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
12. Villanueva A, Nebot C, Galán G, Gómez G, Cervera M, Joaquín J, Pérez J y Tomas L. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos so-

bre cómo llevar a cabo la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente.
Medisan 2006; 21 (DOI: S1134-282X (06) 70781-3): 199-206.

Capítulo 479

LOS PELIGROS DE LA MUERTE SUBITA EN LOS NIÑOS

ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ

MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO

ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA

1 Introducción

La muerte súbita es un síndrome infantil al que se le define como el fallecimiento repentino de un lactante sin patología alguna y sin ninguna explicación científica que pueda explicar su muerte.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Describir los peligros de la muerte súbita del niño.

Objetivos específicos.

- Definir quiénes se ven afectados por la muerte súbita.
- Describir las causas y factores de riesgo así como la hipótesis de triple riesgo de la muerte súbita
- Analizar estrategias para prevenir o evitarla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El síndrome de muerte súbita, suele afectar a los niños menores de un año, De media en el mundo, dos niños de cada mil recién nacidos, suelen ser afectados por dicha patología. Existen múltiples teorías sobre las causas de la muerte súbita infantil, aunque ninguna explica la aparición de este síndrome en el lactante.

Por otro lado, la hipótesis llamada de “triple riesgo “ dice que la muerte súbita se produciría por la superposición de tres factores:

- Genéticos: desarrollo del niño en la vida intrauterina.
- Infeccioso: producido durante su primer año de vida.
- Ambiental: riesgo externo que desencadenaría la muerte.

Además, se evidencia que la muerte súbita se produce siempre cuando el niño está durmiendo. Los factores que incrementarían el riesgo de muerte entre otros son:

- La edad de la madre.
- El consumo de drogas o alcohol durante la gestación.
- El sobrecalentamiento a la hora de acostar al niño (arropamiento excesivo).
- La posición boca abajo a la hora de dormir.
- Antecedentes familiares de algún otro hermano.

Por último, es aconsejable evitar los factores de riesgo y por ello se aconseja vigilar al niño por la noche, acostarlo en posición de lado o boca arriba en su propia cuna, reducirle la presencia de peluches, una correcta vacunación y sobre todo evitar cualquier consumo de drogas y alcohol durante el embarazo.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de muerte súbita infantil tiene más probabilidades de que ocurra entre los 2 y 4 meses de edad y afecta en mayor número a los niños que a las niñas. Las tasas de muerte han bajado en los últimos años de forma considerable desde que los especialistas comenzaron a recomendar a las familias acostar a los bebés de lado o boca arriba, aunque cierto es que es una causa probable todavía de muerte en los bebés.

Se debe hacer mayor hincapié a los padres en los factores de riesgo que pueden desencadenar esta patología para que, con unas sencillas pautas, reduzcan las posibilidades de que sus hijos la padezcan.

6 Bibliografía

- Latorre-Castro ML et al. Síndrome infantil de muerte súbita: nuevos conceptos y una misma solución. Rev. Fac. med. 2014
- Sanchez Ruiz- cabello, J. prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. En recomendaciones PrevInfad/PAPPS. Actualizado enero de 2016.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 480

ESTABLECIMIENTO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE SANO

PILAR LOPEZ DIAZ

1 Introducción

La lactancia materna, es sin duda, la forma más adecuada de alimentación para el recién nacido normal, durante los meses siguientes a su nacimiento.

Con el paso del tiempo es necesaria la introducción de alimentos sólidos en la dieta del bebé.

2 Objetivos

El objetivo es desarrollar cuándo y cuáles son los tiempos y los alimentos que deben formar parte de la alimentación complementaria a la leche materna.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Evaluación de la introducción de alimentación complementaria siguiendo:

-Aspectos Nutricionales.

-Aspectos Educativos.

-Aspectos socioeconómicos.

Normas generales para la introducción de alimentación complementaria.

El momento de introducción de los alimentos sólidos en la dieta ha sido objeto de numerosas polémicas, pero actualmente disponemos de diversos estudios que, valorando diferentes factores, nos permiten establecer unos límites de edad aconsejables:

- Factores Nutricionales: La leche humana satisface adecuadamente las necesidades nutricionales de un bebé durante los seis primeros meses de vida. Después de éste periodo, probablemente es incapaz de cubrir los requerimientos de ciertos minerales, oligoelementos y vitaminas por sí sola.

- Factores Educativos: Una de las razones que se ha postulado para la introducción de los alimentos sólidos en la dieta, es que de esta forma se enseñará al niño a masticar, tragar la comida sólida y acostumbrarse a nuevos sabores. Si por ejemplo los alimentos sólidos no le son presentados en la etapa en la que la capacidad de masticar está apareciendo, la adquisición posterior de esta aptitud le puede resultar más difícil. También se ha sugerido que la introducción de la alimentación con cuchara es más fácil antes del establecimiento de la dentición.

- Factores Socioeconómicos: En ocasiones, las circunstancias socioeconómicas pueden hacer necesaria la introducción temprana de la alimentación complementaria. En los países industrializados sucede fundamentalmente en los grupos socioeconómicos más débiles donde la mujer trabaja fuera de casa y sus ingresos pueden resultar demasiado bajos para permitirle el uso de una leche adaptada, pudiendo suceder lo mismo en los países subdesarrollados si cesa pronto la alimentación materna. En estos casos una fórmula preparada en casa y la introducción temprana de los sólidos puede ser aconsejable.

Existen diversos efectos adversos con la introducción temprana de alimentación complementaria como es la interferencia con la alimentación al pecho, ya que, como es sabido, el volumen de leche producido está en relación con el grado de vaciado del pecho. Por otro lado, los alimentos sólidos también pueden suponer una sobrecarga renal de solutos. La introducción precoz de los sólidos, también puede facilitar las alergias alimentarias debido a la inmadurez del sistema inmune local del intestino durante las primeras etapas de la vida. También se ha acusado

a los alimentos sólidos de provocar obesidad, aunque no esté demostrado. Los alimentos sólidos pueden tener elementos cuya introducción temprana puede ser perjudicial. La Sacarosa se ha implicado directamente en la patogénesis de las caries dentales y su introducción precoz podría acostumar al niño a los sabores dulces. En algunos vegetales como las Espinacas, puede existir altas concentraciones de nitritos y constituir un peligro para los niños por debajo de los 3-4 meses. El Gluten de algunos cereales incrementa el riesgo de padecer una enfermedad Celiaca en edades tempranas, que es cuando sus manifestaciones pueden ser más peligrosas.

5 Discusión-Conclusión

Al aconsejar la introducción de la alimentación Complementaria se debe tener en cuenta el ambiente sociocultural de la familia, la actitud de los padres y la calidad de la relación madre/hijo.

Nunca se deben introducir alimentos sólidos, entendiendo por éstos aquellos que no sean leche bien de madre o fórmula, antes de los tres meses. Las etapas del destete e introducción de nuevos alimentos son a menudo distintos de unos niños a otros, lo mismo que son distintos los caminos recorridos hasta llegar a ellos, por lo que la edad de introducción de nuevos alimentos no va a ser la misma para todos los niños, pero de modo general y en condiciones normales se puede concluir que hasta los cuatro meses o mejor, hasta los cinco o seis, no está indicada la alimentación complementaria.

Va a ser entonces cuando el niño es capaz de tener buen apoyo, buen control neuromuscular de la cabeza y cuello, siendo capaz de demostrar el deseo de alimentos abriendo la boca o mostrar su desinterés echando la cabeza hacia atrás.

Cualquier nuevo alimento que se emplace inicialmente, debe administrarse una vez al día y en pequeña cantidad, aumentando progresivamente la dosis. Los alimentos nuevos, generalmente se aceptan mejor si están triturados diluïdos. No tiene especial importancia la hora del día en que se le administre.

A la edad de 6 meses la alimentación complementaria no deberá proporcionar más del 50% de las calorías. No obstante, y al fin de racionalizar las cosas, una buena opción inicial puede ser la de cereales infantiles sin gluten y un sólo grano, con progresiva introducción de los demás. La adición de frutas, vegetales y carnes posteriormente, introduce una variedad y establece un patrón de una dieta diver-

sificada.

6 Bibliografía

- ESPGAN. Committe on nutrition. Acta pediatric. Scand. suppl.302,1982.
- FORMON. S.J. "Infant nutritioon" 2nd ed. Philadelphia WB Sanders 1974.
- BEHRMAN, R.E. VAUGHAN, V.C. NELSON-Text book of Pediatrics. 12nd. ed. Phiiladelphia, WB Sanders 1984.

Capítulo 481

LA OBESIDAD INFANTIL

PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ

YOANA LLAMES GONZÁLEZ

ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO

1 Introducción

La obesidad infantil es uno de los grandes problemas del siglo XXI según la OMS. La obesidad es una enfermedad que puede dar lugar a diferentes enfermedades crónicas como diabetes o colesterol alto. Su diagnóstico está ligado al exceso de porcentaje graso en el organismo.

El índice de masa corporal (peso/talla al cuadrado) es la medida más aceptada para evaluar el grado de obesidad del paciente y para la comparación entre poblaciones.

La valoración de la obesidad es más difícil en niños y en adolescentes debido a los cambios producidos durante el crecimiento. Además, actualmente podemos observar en edad infantil consecuencias que antes solo se veían en adultos como hiperglucemia, hipertensión, trastornos del sueño o repercusiones psicológicas.

2 Objetivos

- Analizar la situación de la obesidad infantil en España.
- Identificar diferentes métodos para la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en Pubmed, en revistas de pediatría de atención primaria, en publicaciones de UNICEF y en la Biblioteca Virtual de Salud de España.

4 Resultados

La obesidad infantil ha ido en aumento a lo largo de los años por un estilo de vida sedentario y por una alimentación inadecuada. Además, la obesidad infantil tiene también que ver con el peso de los progenitores: la posibilidad de ser un niño obeso cuando al menos uno de los progenitores es obeso es entre 3 y 4 veces mayor.

En España, la referencia representativa más actualizada sobre obesidad infantil es el estudio PASOS, impulsado y coordinado científicamente por la Gasol Foundation. La recogida de datos se ha llevado a cabo en 2019 en población infantil y adolescente española de 8 a 16 años. El estudio muestra que en base al Índice de Masa Corporal (según curvas de crecimiento estandarizadas de la OMS), un 20,7% de los niños, niñas y adolescentes tienen sobrepeso y un 14,2% obesidad, lo que suma un 34,9% de exceso de peso.

Hay una creciente evidencia que sugiere que el estatus socio económico de la familia es un factor de riesgo para la obesidad infantil. Para la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil, es necesario conocer mejor la interacción entre nivel socio económico y exceso de peso.

Es importante dar seguimiento al crecimiento y el desarrollo adecuado de los niños y de la madre desde el embarazo, dar consejo a los padres e incidir en el abordaje preventivo de la malnutrición y apoyar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Para prevenir y tratar la obesidad infantil es imprescindible modificar los hábitos de vida teniendo una alimentación equilibrada y realizando ejercicio físico. Además, el sueño y descanso de calidad es un pilar fundamental para la salud infantil y adolescente, ya que entre otras cosas las horas de sueño determinan el riesgo de sufrir este trastorno.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la detección de la obesidad infantil en Atención Primaria para poder intervenir educativamente y así, inculcar desde la primera infancia la importancia del ejercicio físico, de la alimentación saludable y disminuir el consumo de comida rápida y de los alimentos con alto contenido en azúcar.

6 Bibliografía

- Colomer Revuelta J., y Grupo Prevlnfad. Prevención de la obesidad infantil.
- Revista pediátrica de atención primaria. 2005. 7:255-275. (Valencia)
- UNICEF Malnutrición, obesidad infantil y derechos de la infancia de España. Octubre 2019. (Madrid)

Capítulo 482

LA ENFERMEDAD CELÍACA Y SUS CONSECUENCIAS

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

1 Introducción

La enfermedad celíaca o enteropatía sensible al gluten es una enfermedad sistémica con una intolerancia inmunológica a la proteína del gluten en productos que contienen cebada, trigo, centeno y avena. El gluten tiene cuatro componentes proteicos que son: gliadinas, gluteninas, albúminas y globulinas, siendo las gliadinas y gluteninas las más abundantes y las que ocasionan un grave problema intestinal en el paciente con enfermedad celíaca. Cuando un celíaco ingiere alimentos ricos en gluten el sistema inmunitario causa un daño a las vellosidades intestinales, impidiendo que realicen la absorción de nutrientes con normalidad y las conduzcan al torrente sanguíneo para que lleguen a los órganos. Esto ocasiona serios problemas que repercuten en la salud de las personas que tienen una intolerancia al gluten.

2 Objetivos

- Determinar los signos más comunes de la enfermedad celíaca y las medidas que se deben aplicar para tratar de aliviar sus síntomas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La enfermedad celíaca puede afectar a cualquier persona sin importar su edad o sexo. Según los estudios realizados podemos determinar que existe un mayor número de casos en mujeres que en hombres. A su vez la población de origen europeo acumula un mayor número de casos diagnosticados. Se estima que un 75% de personas celíacas están sin diagnosticar y desconocen por completo que tienen una intolerancia al gluten.

Hay variabilidad en la sintomatología entre los adultos y los niños. Los síntomas en niños suelen ser: comportamiento irritable e hiperactividad, estatura por debajo de lo normal para su edad, cambio de coloración en las piezas dentales, náuseas, vómitos y diarreas.

Los síntomas en adultos: inflamación y dolor abdominal, anemia, malestar general, artritis, náuseas, vómitos y diarreas. Existen cinco tipos de celiaquía, las cuales se manifiestan de diversas formas: celiaquía clásica o sintomática, celiaquía subclínica o asintomática, celiaquía potencial, celiaquía latente y celiaquía refractaria. Algunos alimentos (pan, galletas, pasta, bizcochos, alimentos rebozados o preelaborados, cerveza) pueden ser realmente perjudiciales para la salud de las personas celíacas porque contienen un alto valor de gluten, por lo tanto se debe evitar totalmente su consumo.

Otro de los grandes problemas existente es la contaminación cruzada que sucede cuando alimentos con gluten entran en contacto con alimentos que no tienen gluten, normalmente a través de objetos o de las manos ocasionando graves problemas al consumidor.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con celiaquía se ven limitados a consumir ciertos productos, tener que sustituir unos alimentos por otros y estar pendientes siempre de su dieta alimentaria. Esto les genera una preocupación constante. Por suerte cada vez más tiendas de alimentación y establecimientos de ocio están concienciados con la enfermedad, ofreciendo al consumidor más productos sin gluten.

6 Bibliografía

- www.celiacos.org

Capítulo 483

CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES EN FASE TERMINAL

MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO

ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA

ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos nos ofrecen una atención integral a los pacientes mediante un trabajo interdisciplinario, de voluntariado, ofrecer un cuidado también a los propios cuidadores y profesionales de la salud, orientándolos hacia los objetivos, necesidades del enfermo y su familia. Debemos de eliminar la expresión popular de que no podemos hacer ya nada, por la de morir recibiendo cuidados paliativos de calidad “Muerte Digna”.

El cuidado paliativo a diferencia de la llamada eutanasia no busca en ningún momento el terminar con la vida de la persona, sino ofrecer atención hasta que la muerte llegue.

Para dar lugar a la muerte, en algunos casos pasa por varias fases.

- Fase terminal criterios: presencia de una enfermedad incurable. Falta de respuestas a un tratamiento específico. Apariencia de numerosos problemas o síntomas intenso, múltiples y cambiantes.

Impacto emocional en los pacientes su familia y el equipo terapéutico.

- Fase terminal avanzada. El paciente tiene una esperanza de vida corta, con insuficiencia de órganos y complicaciones irreversibles finales.

- Situación de agonía. Antecede a la muerte cuando esta se produce en forma gradual existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, pérdida de consciencia de ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

2 Objetivos

- Facilitar el conocimiento de la filosofía en los cuidados paliativos.
- Formar a los profesionales en los problemas más relevantes y frecuentes que suelen aparecer.
- Manejar la comunicación, documentos de últimas voluntades en base a la bioética.
- Actualizar los tramites de los tratamientos para un buen control de los síntomas.
- Garantizar el seguimiento ambulatorio en pacientes con enfermedad terminal

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda sistemática por diversos artículos sobre la materia en el buscador Google académico a fin de que fuese lo más actual posible.

4 Resultados

Una buena calidad de atención de los enfermos terminales , a la docencia de los profesionales la investigación , ayuda y asesoramiento a la familia en esos duros momentos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de garantizar el acceso a los programas de cuidados paliativos de calidad a todos los pacientes durante las fases avanzadas y a las terminales de su enfermedad, independientemente de las características sociodemográficas y su lugar de residencia, a cualquier nivel asistencial incluyendo la intervención de equipos específicos ante situaciones de mayor complejidad.

Todos los programas e intervenciones en cuidados paliativos deberán diseñarse según las necesidades y preferencias de los pacientes, alrededor de los cuales

deben de organizarse la provisión de los mismos contemplando para ello las diferentes ubicaciones, niveles de atención y grados de especialización o complejidad posibles.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.cancer.org>
- <https://www.saludcastillayleon.es>
- <https://www.sjdhospitalbarcelona.org>

Capítulo 484

LA IMPORTANCIA DEL AGUA EN NUESTRO ORGANISMO

MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO

ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA

ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

El agua en el ser humano representa un promedio del 60% del peso corporal del adulto joven. El contenido del agua corporal va del 50 al 90% dependiendo del género, edad y constitución física. El contenido del agua en el tejido adiposo es del 15% y del 85% en el muscular.

El cuerpo humano está constituido por agua más un 17-18% de proteínas y sustancias relacionadas; el 15% de lípidos, el 7% de minerales y menos de 1% de carbohidratos.

Por eso es tan importante el agua en nuestro organismo debido a que ocupa todos los compartimentos del cuerpo humano y participa en las reacciones bioquímicas intracelulares y extracelulares.

El agua tiene la capacidad disolvente y es responsable de dos funciones importantes para los seres vivos, el aporte de nutrientes y la eliminación de desechos del organismo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Demostrar al ser humano que el agua es un nutriente esencial para la vida.

Objetivos secundarios:

- Probar la importante función estructural en nuestro organismo, destacando su papel en la composición de los músculos.
- El objetivo principal es aprender a hidratarse de forma correcta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Debido a la ingesta de agua favorecemos una mayor diuresis con lo que facilitamos la eliminación de toxinas previniendo ciertas enfermedades. La correcta hidratación también es importante para un buen funcionamiento del cerebro, sus células reciben sangre oxigenada y el cerebro se mantiene en alerta. El agua es un gran aliado para la piel ayudando a mantener la elasticidad de la misma y su tonicidad.

5 Discusión-Conclusión

El agua es muy importante en el organismo ya que tiene diferentes funciones:

- Tiene la capacidad de ser solvente universal.
- Produce la mayoría de las reacciones químicas corporales.
- Sirve como transporte de sustancias y regulador térmico.

6 Bibliografía

- <https://hammamandalus.com>

- <https://www.hydrationforhealth.com>
- <https://www.sanitas.es>
- <https://www.normon.es>

Capítulo 485

NUTRICION Y ALIMENTACION

MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA

MARÍA CELIA CABO SUÁREZ

CLARA MARIA GARCIA HERRERO

1 Introducción

La alimentación es la actividad mediante la que tomamos del mundo exterior una serie de sustancias necesarias para poder nutrirnos. Estas sustancias están contenidas en los alimentos que componen nuestra dieta. Para alimentarnos correctamente es imprescindible conocer la composición de los alimentos, para así poder elegir los que sean más adecuados y conseguir con ello un buen estado de salud y un crecimiento y desarrollo óptimo en la infancia.

La educación para una alimentación adecuada impartida en la educación obligatoria es escasa. Además, en la sociedad de la comunicación en la que vivimos se transmiten una serie de mitos y creencias que llevan a confundir a los ciudadanos.

La alimentación es una actividad fundamental en nuestra vida. Por una parte, tiene un papel importantísimo en la socialización del ser humano y su relación con el medio que le rodea, por otra, es el proceso por el cual obtenemos los nutrientes que nuestro cuerpo necesita para vivir.

Los nutrientes son las sustancias químicas contenidas en los alimentos que el cuerpo descompone, transforma y utiliza para obtener energía y materia para que las células lleven a cabo sus funciones correctamente.

Existen diferentes tipos de nutrientes, teniendo cada uno de ellos funciones distintas:

- Los macronutrientes son aquellos que necesitamos en grandes cantidades; comprenden las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas.
- Los micronutrientes son aquellos que sólo necesitamos en cantidades muy pequeñas. Consideramos dentro de este grupo a las vitaminas y los minerales.
- Otros como el agua y la fibra (no siendo ésta última un nutriente propiamente dicho), que también necesitamos en cantidades adecuadas.

Algunos de los nutrientes que necesitamos para vivir podemos fabricarlos a partir de otros que obtenemos de lo que comemos. Otros, sin embargo, no podemos fabricarlos y debemos ingerirlos en la dieta. Éstos últimos se llaman nutrientes esenciales.

Como no existe ningún alimento que nos proporcione todos los nutrientes, en cada alimento predominan uno o varios nutrientes:

1. Cereales , patatas, azúcar.
2. Alimentos grasos y aceites.
3. Carnes, huevos, pescados, legumbres y frutos secos.
4. Leche y derivados.
5. Verduras y hortalizas.
6. Frutas y derivados.

Como no existe ningún alimento que nos proporcione todos los nutrientes en las cantidades que necesitamos es preciso elaborar una dieta equilibrada, esto es, una dieta que incluya alimentos de todos los grupos en la proporción adecuada para cubrir las necesidades del organismo de una forma correcta.

2 Objetivos

- Localizar las necesidades que tienen que satisfacer los nutrientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La población geriátrica está aumentando progresivamente como consecuencia de la mejoría de la esperanza de vida. En España, en 1987 el 12% de la población tenía una edad superior a los 65 años, mientras que en el 2023 se estima que ésta llegue al 16,5% . En los países desarrollados los ancianos son el segmento de la población con mayor prevalencia de malnutrición. Es sabido que la malnutrición se relaciona con un aumento de la morbilidad y mortalidad, sobre todo en las personas en edades extremas como niños y ancianos.

Por ello, en la tercera edad es imprescindible mantener un estado nutricional adecuado para aumentar la longevidad y para mejorar la calidad de vida (2).

- Causas de la malnutrición en la tercera edad:

Los ancianos son un grupo con riesgo de desnutrición debido a una serie de cambios fisiológicos, sociales, económicos y psicológicos relacionados con el proceso de envejecimiento (Tabla I). Esta malnutrición favorece la aparición de enfermedades que a su vez repercutirán negativamente en el estado nutricional del anciano, instaurándose de esta manera un círculo vicioso malnutrición-enfermedad . En la Tercera Edad la nutrición es muy importante.

La salud, la comida y la edad van de la mano, y las tres influyen e interaccionan en la forma de responder el cuerpo.

El aumento de la edad puede producir una disminución del apetito debido a la poca actividad física, todo ello lleva a reducir la ingesta de alimentos.

- ¿Por qué es preciso variar la alimentación en la Tercera Edad?

En las personas de la Tercera Edad se dan cambios metabólicos y corporales, hay un aumento de grasas y una pérdida de tejidos.

Asimismo el tracto gastrointestinal también sufre modificaciones al hacerse las digestiones mucho más lentas.

También está la masticación que al perder piezas dentales, por la edad, provoca un cambio en la forma de la alimentación.

Es necesario que la nutrición a estas edades sea rica en frutas, legumbres, hortalizas, pescado azul, carnes blancas,...

Los nutrientes deben satisfacer tres tipos de necesidades:

1. Energéticas,
2. Estructurales,
3. Funcionales y reguladoras.

1. Energéticas: La energía no es ningún nutriente sino que se obtiene tras la utilización de los macronutrientes por las células. Así, todos los alimentos, en función de los nutrientes que los componen, aportan energía o, lo que es lo mismo, calorías en mayor o menor medida. Las calorías que consumimos deben cubrir estos gastos del organismo para que éste pueda funcionar correctamente. Un exceso o un defecto de aporte energético provocarán problemas en nuestra salud.

- Cereales y patatas: Este grupo de alimentos se caracteriza por tener una composición predominante en carbohidratos. Son alimentos “energéticos”.
- Alimentos grasos y aceites: Este grupo de alimentos se caracteriza por tener un contenido predominante en lípidos. Se consideran alimentos “energéticos” por su alto contenido calórico.

2. Estructurales:

- Proteínas: Las proteínas son grandes moléculas compuestas por cientos o miles de unidades llamadas aminoácidos. Según el orden en que se unan los aminoácidos y la configuración espacial que adopten formarán proteínas muy distintas con funciones diferentes.

La función principal de las proteínas es la función estructural. Son el principal “material de construcción” que constituye y mantiene nuestro cuerpo: forman parte de los músculos, los huesos, la piel, los órganos, la sangre....

- Carne, huevos, pescados, legumbres y frutos secos: Este grupo de alimentos se caracteriza por tener una composición predominante en proteínas. Son alimentos “plásticos”.
- Leche y derivados: Este grupo se caracteriza por tener una composición predominante en proteínas. También son alimentos “plásticos”.

3. Funcionales y reguladoras.

- Vitaminas: Las vitaminas son sustancias orgánicas de composición variable. Las necesitamos en pequeñas cantidades, pero son indispensables para el buen funcionamiento del cuerpo. Su principal función es la reguladora, pues actúan ordenando múltiples reacciones químicas del metabolismo que ocurren en las células.
- Minerales: Son sustancias inorgánicas. Algunos se encuentran disueltos en nuestro organismo y otros, como el calcio, forman parte de estructuras sólidas como los huesos o los dientes

- Verduras y hortalizas: Este grupo se caracteriza por su aporte predominante de agua, vitaminas, minerales y fibra. Se consideran alimentos “reguladores”.
- Frutas y derivados: Este grupo se caracteriza por contener principalmente agua, azúcares, vitaminas, minerales y fibra. Se consideran alimentos “reguladores”.

Es importantísimo realizar una dieta equilibrada y variada, esto es, comer de todos los grupos de alimentos en cantidades adecuadas.

La base de nuestra alimentación deben ser los alimentos ricos en hidratos de carbono como el pan, la pasta, el arroz o las legumbres (pues son una buena fuente de energía para nuestro cuerpo), así como las frutas y las verduras (pues son una buena fuente de vitaminas, minerales, fibra y agua).

También debemos asegurar un buen aporte de proteínas, especialmente en épocas de crecimiento, pero sin excedernos. Para ello utilizaremos alimentos de origen animal como lácteos, carnes, huevos y pescados, en equilibrio con alimentos de origen vegetal como cereales y legumbres.

Elegiremos productos con grasas “saludables” (como el aceite de oliva, el pescado, el huevo, los frutos secos) frente a aquellos con grasas más perjudiciales.

5 Discusión-Conclusión

Debido a una disminución del metabolismo basal, las necesidades energéticas se reducen de acorde con la menor actividad física. Se aconseja seguir la dieta mediterránea pues reúne todos los requisitos para gozar de buena salud. Lo ideal es comer frutas, verduras, hortalizas, legumbres, lácteos o derivados, pescado azul, carnes blancas, frutos secos...

Con la edad el gasto energético se reduce debido al sedentarismo. La persona mayor no gasta tanta energía, se modifica la composición corporal y las necesidades. Hay que adaptar la dieta a la demanda del organismo en estas condiciones.

La doctora López Mongil añade, “al ser el gasto energético menor, las raciones habría que reducir las en tamaño y comer en un plato de postre”. Esto no quiere decir que se reduzca la calidad sino solamente la cantidad, que ésta esté de acorde al gasto de energía. Como apunta la doctora a los 60 y 70 años se deben de reducir los productos con azúcares como los dulces, la bollería, galletas,..., al igual que los hidratos de carbono.

Es aconsejable tomar alimentos ricos en fibra ya que a estas edades puede haber propensión al estreñimiento, asociado al sedentarismo. A las personas que tienen este problema hay que introducir en su dieta mucha fruta y verdura para ayudar al tránsito intestinal.

Tomar huevos y lácteos es conveniente. Los huevos pueden ingerirse la cantidad de 5 por semanas o más. Los lácteos sería ideal tomar de 3 a 4 veces al día o más.

A partir de los 80 y 90 años los problemas de masticación se agudizan, la dieta debe modificarse, la textura ha de ser blanda. Los alimentos tienen que ser ricos en agua, vitaminas y antioxidantes. No debemos olvidar que las personas de la Tercera Edad tienden a beber menos líquidos, es de obligatoriedad el proporcionarles alimentos ricos en líquidos para evitar la deshidratación.

- Hidratación: Con los años se siente menos sed, llegando algunas personas mayores a deshidratarse por la falta de líquido. Por ello es preciso que tomen líquido como caldos, infusiones, zumos y sobre todo agua.

Hidratos de carbono: Deben de representar en la dieta el 50-55% total al día. Es una de las principales fuente de energía.

Pueden consumirse arroz, pan, patatas,..., y con moderación los dulces, bollería, chocolate, pasteles,...

- Grasas: Se ha de tomar de un 25-30% de la dieta diaria. Se deben consumir menos asiduamente las grasas saturadas como la carne roja, chorizo, salchichas,...Se recomienda el aceite de oliva, el salmón, atún, sardina, caballa, pollo, conejo,...

- Pescados: El pescado se ha de consumir más a menudo que la carne y mejor si el pescado es azul.

- Huevos y lácteos: Los huevos pueden comerse de cuatro a cinco a la semana y los lácteos tres raciones al día como mínimo.

- Frutas, verduras y legumbres: Tanto las frutas como las verduras y legumbres tienen que formar parte de la dieta de las personas de la Tercera Edad.

- Las frutas aportan gran cantidad de vitaminas y azúcares.

- Las verduras además de las vitaminas son antioxidantes. Las hojas verdes crudas incorporan clorofila con efecto depurativo y enzimas.

6 Bibliografía

- <http://www.sld.cu/galerias>
- <https://www.seghnp.org>
- <https://gestionydependencia.com/>
- Grupo de trabajo de Alimentación y Nutrición de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
- Aranceta J. coord. Guía práctica sobre hábitos de alimentación y salud.
- Gil A. dir., Sánchez de Medina F. coord. Tratado de Nutrición. Tomo I:
- Bases fisiológicas y bioquímicas de la nutrición. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
- Gil A. dir., Ruiz M.D. coord. Tratado de Nutrición. Tomo II: composición y calidad nutritiva de los alimentos. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana 2010.

Capítulo 486

RECOMENDACIONES PARA LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR EN EL MANEJO DE PERSONAS CON CUIDADOS PALIATIVOS

LUCIA ARDURA GONZALEZ

NOELIA CERNUDA MORA

FELICIDAD PENELOPE PROENZA GARCÍA

MONICA ALVAREZ GARCIA

1 Introducción

Los cuidados paliativos suponen un tratamiento integral del paciente por parte del equipo multidisciplinar. La atención integral es fundamental así como dar la misma importancia a los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales. La búsqueda del bienestar evitando el dolor en todo caso es otra de las máximas a tener en cuenta.

El dolor crónico es el que tiene una duración superior a tres meses (según la mayoría de artículos revisados) y puede asociarse a un montón de cambios importantes para el usuario tanto a nivel social, como funcional o psicológico, llegando a desencadenar síndromes depresivos o ansiosos. El dolor es además un mal dependiente del umbral de la persona, no todos tenemos el mismo dolor en las mismas circunstancias.

En el manejo de personas dependientes con cuidados paliativos hay que tener un especial cuidado para el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria, es decir, la higiene y el aseo, la atención a las incontinencias y la prevención de lesiones cutáneas asociadas a la humedad, los cambios posturales para prevenir lesiones por presión, cizalla o fricción, transferencias, las curas, entre otras.

Para que estos cuidados se produzcan sin incidentes hay que llevar a cabo una labor de equipo consensuada, con los medios adecuados, con los conocimientos y la comunicación entre los intervinientes apropiada para actuar todos de la misma forma y en la dirección adecuada para disminuir el daño al paciente al mínimo.

En los cuidados paliativos la atención integral es fundamental así como dar la misma importancia a los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales. Evitar el dolor es otra de las máximas.

2 Objetivos

Destacar y enumerar las recomendaciones más incidentes sobre técnicas para disminución del dolor en el manejo de pacientes paliativos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos de alto impacto en inglés y castellano.

Descriptores: Cuidados Paliativos, Dolor, Prevención, Palliative care, Pain, Prevention.

Se han realizado 15 búsquedas en 4 bases de datos con lenguaje controlado, Cuiden Plus, Web of Science, Pubmed y Scopus.

En contenido la mayor parte de artículos revisados hablan del dolor crónico como referente de los cuidados paliativos, de cara a mejorar el confort del usuario y a disminuir el padecimiento.

Algunos artículos diferencian las actuaciones frente al dolor según los profesionales intervinientes, muchos de estos se descartaron en la búsqueda dado que la mayor parte de documentación revisada habla de trabajo en equipo frente al individualismo de la acción.

Las búsquedas se apoyaron de operados booleanos y de tesauros para favorecer los hallazgos

4 Resultados

Uno de los objetivos principales de la atención al paciente paliativo es la búsqueda del confort. Al margen del tratamiento farmacológico (que es fundamental), hay otros aspectos a destacar:

- Analgesia pre-aseo de los pacientes.
- Una actitud asertiva, comprensiva y que infunda confianza fomentando la relación con el paciente es muy importante.
- Prevención de heridas crónicas y úlceras por presión.
- Evitar la disfagia.
- Tratar la incontinencia y prevenir las lesiones cutáneas asociadas a la humedad.
- Realizar cambios posturales y emplear ácidos grasos hiperoxigenados así como productos-barrera, emolientes y humectantes.
- En la cura de lesiones existentes, evitar técnicas abrasivas como desbridamientos agresivos, o curas dolorosas.
- Movilizar al paciente buscando constantemente su bienestar y seguridad.
- Trabajar en equipo con enfermería y medicina para adecuar cada técnica para que el confort del paciente no se vea afectado.
- El manejo del paciente con dolor debe hacerse bajo los más estrictos conocimientos para minimizar el daño producido al paciente al máximo.

Debe a su vez de consensuarse el equipo multidisciplinar para actuar en conjunto, administrando analgésicos se fuese necesario, previos a las movilizaciones, aseo, curas, higiene, y demás aspectos que hay que cuidar en todas las personas para ofrecerles un mínimo de calidad de vida aceptable dentro de las estancias hospitalarias.

El manejo del paciente debe ser firme y con conocimiento de las posiciones más adecuadas, así como las técnicas para llevarlas a cabo salvaguardando la salud laboral del trabajador además de procurar el beneficio máximo para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La búsqueda del confort es la máxima principal en los cuidados paliativos a personas. Un trabajo en equipo coordinado y bien formado en técnicas de preven-

ción es muy importante. Anteponer la disminución del dolor en todos los casos es fundamental.

Determinar:

- La causa del dolor.
- La cantidad de dolor que padece.
- El tipo de dolor que siente, dado que un paciente con un dolor crónico también puede sufrir dolores agudos a la par.
- Qué empeora ese dolor
- Qué disminuye ese dolor
- En que momento se produce ese dolor.

Disponer de ese conocimiento para afrontarlo es un gran avance en el cuidados de personas dependientes con cuidados paliativos, dado que en ocasiones no pueden comunicar su dolor de forma verbal y hay que apreciar los síntomas a través del gesto, de las interpretaciones de familiares y conocidos, etc.

Ante todo y ante todos, cuando alguien dice que un paciente paliativo podría estar teniendo dolor, la mejor indicación es creerle y actuar para fomentar el bienestar y disminuir cualquier dolor por mínimo que sea.

6 Bibliografía

- Tabares, V.Z. Rodríguez, J.R. Jiménez, E.S. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. *Panorama. Cuba y Salud*. 2014; 8(2): 41-48.
- Medina, M. I. S. El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*. 2015; 1(2): 23-37.
- Quintero, H. Tomaida, O. Arbelo-Figueroa, M. Reyes-Mendes, M.C. Medina-González, I. Reyes, C. Jorge, E. Nivel de información sobre cuidados paliativos en médicos residentes. *Educación Médica Superior*. 2015; 29(1): 14-27.
- Casado, J.M.R. Geriatria y cuidados paliativos: algunas reflexiones. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2013; 48(2): 89-93.
- De-la-Lanza, C.C. O'Shea, G.J. Tamayo, M.A.N. Herrera, J.L. Peña, G.C. De-la-Lanza, J.J.C. Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14(3): 150-156.
- Bosch-Alcaraz, A. La ventilación no invasiva mejora el confort al paciente paliativo pediátrico. *Enfermería intensiva*. 2014; 25(3): 91-99.
- Morales, A. Cavada, G. Miranda, J. Ahumada, M. Derio, L. Eficacia del Programa Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos de Chile. *Revista El*

Dolor [Internet]. 2013; 22(59): 18-25.

- Camargo, R.D. Transición de los cuidados curativos a cuidados paliativos en el enfermo con patología terminal crónica no transmisible o en el enfermo crítico crónico. Medicina.2014; 36(1): 79-83.

Capítulo 487

DIABETES

JENNIFER QUIRANTES GIL

OLAIA CHOMON MENDOZA

SANDRA MORENO SANCHEZ

LYDIA ALVAREZ RIOS

SOUKAINA EL HIRCH FARHI

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica, que se caracteriza por los niveles altos de azúcar en sangre, la glucosa que circula por la sangre se llama glucemia.

La glucosa en la sangre es la principal fuente de energía para el cuerpo humano proviene de los alimentos. Cuando llega al tubo digestivo, los alimentos contienen básicamente hidratos de carbono, grasas y proteínas, estos hidratos de carbono son los que dan lugar a la glucosa.

La insulina es una hormona que se encarga de recoger la glucosa y almacenarla en el hígado, los músculos y el tejido adiposo, la glucosa necesita de la insulina que se produce en el páncreas cuando se comen alimentos que contienen hidratos de carbono. Para que la insulina sea efectiva deben cumplirse dos condiciones.

- Que el páncreas produzca insulina en cantidad suficiente.
- Que las células sean capaces de detectar la insulina y respondan permitiendo su acción.

Además de la insulina el páncreas produce otra hormona llamada glucagón que ejerce el efecto contrario. El glucagón se fabrica en situaciones de ayuno y tiene la misma misión de movilizar las reservas de glucosa almacenarlas por la insulina para que las células puedan utilizarlas cuando lo precisen.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes tipos de diabetes más prevalentes en la sociedad.
- Establecer los tipos de tratamientos y las recomendaciones para la prevención de la enfermedad.
- Prevención de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras claves utilizadas: diabetes enfermedad crónica, control diabético, riesgo cardiovascular, glucosa en sangre.

También se ha buscado información en revistas científicas, libros.

4 Resultados

- Hay varios tipos de diabetes:

Diabetes tipo I: aparece generalmente en los niños aunque también puede iniciarse en adolescentes y adultos. Suele presentarse de forma brusca y muchas veces independientemente de que existan antecedentes familiares. Se produce una destrucción de las células que producen la insulina en el páncreas, por anticuerpos. Es decir el organismo ataca a sus propias células como si fueran extrañas.

El mecanismo inicial que induce la aparición de estos anticuerpos no está totalmente identificado y es muy complejo. Se investiga el origen esta, en una predisposición genética, diferentes factores ambientales, produce esa respuesta auto inmune que destruye estas células.

Diabetes tipo II: surge en la edad adulta, su incidencia aumenta en personas de edad avanzada y es unas diez veces mas frecuente que la de tipo 1.

En ella se produce una disminución de la acción de la insulina, de forma que, aunque haya mucha no puede actuar. Se da un componente mixto, por un lado hay menor insulina en el páncreas y por otro, esta insulina funciona peor en los tejidos (la denominada resistencia a la insulina).

Su principal causa es la obesidad porque el tejido graso produce determinadas sustancias que disminuyen la sensibilidad de los receptores de la insulina.

Diabetes gestacional: durante el embarazo la insulina aumenta para incrementar las reservas de energía, a veces este incremento no se produce, lo que puede originar una diabetes gestacional. Suele desaparecer tras el parto, pero estas mujeres tienen un alto riesgo de desarrollo de diabetes tipo 2 a lo largo de su vida.

Otros tipos de diabetes: son las que aparecen por lesiones en el páncreas, ya sean por extirpación quirúrgica o por inflamación, también por el consumo de ciertos fármacos. Entre los posibles síntomas de una elevación de glucosa se encuentran:

Mucha sed, sensación de mucha hambre, necesidad de orinar continuamente, pérdida del peso, cansancio, visión borrosa, hormigueo o entumecimiento de manos y pies.

El diagnóstico de la diabetes se realiza midiendo los niveles de glucosa en la sangre.

- Glucemia basal (en ayunas) mayor de 126 mg/dl
- Hemoglobina glicosilada mas de 6,5 por ciento.
- Curva de glucemia con 75g de glucosa mayor de 200 mg/dl
- Glucemia al azar (en cualquier momento del día) mayor de 200 mg/dl con síntomas típicos.

- El tratamiento de la diabetes se basa en 3 pilares, dieta, ejercicio y medicación. El objetivo es mantener los niveles de glucosa dentro de la normalidad.

La insulina es el único tratamiento para diabetes de tipo 1, se puede administrar inyectada, con pluma de insulina o sistema de infusión continuada (bombas de insulina). Es preciso ajustar la administración de insulina a lo que la persona come, la actividad que realiza y sus cifras de glucosa, la persona debe medirse la glucosa de forma frecuente, mediante el uso del glucómetro.

La diabetes de tipo 2 no siempre va ser preciso la administración de insulina. Teniendo un estilo de vida saludable, siguiendo un plan de alimentación, reducir la cantidad de calorías, beber mucha agua, consumir alimentos de cada grupo alimenticio, reducir las carnes rojas, los azucares y los alimentos procesados. Perder

peso y mantenerlo, hacer ejercicio regularmente tiene muchos beneficios para la salud. No fumar, esto puede contribuir a la resistencia de la insulina.

Junto a todo esto se añade uno o más fármacos que ayudan a la insulina a funcionar, algunos son:

- Metformina
- Inhibidores de la alfa decarboxilasa
- Sulfonilureas
- Inhibidores de la enzima DPP-4
- Antagonistas de SGLT-2
- Agonistas de GLP-1
- Insulinas

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es una enfermedad crónica. Actualmente la diabetes tipo I no se puede prevenir sin embargo la diabetes tipo II sí. Las cifras de glucosa en sangre varían a lo largo del día y hay que mantener unos límites, valores muy altos o muy bajos de azúcar pueden causar muerte. Unas cifras altas durante años de azúcar pueden provocar daños en distintos órganos y tejidos riñón, cerebro, nervios, retina, corazón, arteria, conducen a un gran deterioro de la calidad de vida que la enfermedad produce. Se aconseja hacer revisiones de ojos, análisis de la función renal, pies, electrocardiograma, presión arterial.

6 Bibliografía

- <https://fundaciondelcorazon.com/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus
- <https://www.fundaciondiabetes.org/>
- <https://www.colesterolfamiliar.org/>
- <https://www.sediabetes.org/>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 488

DEPRESIÓN POSPARTO

ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO

ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ

LAURA CAMPA CAMPA

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS

YARINA PRIETO ALCAÑIZ

1 Introducción

La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas.

2 Objetivos

Dar a conocer los síntomas y sentimientos de las mujeres que sufren síndrome posparto y como sobrellevarlo o conseguir superarlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- ¿Por qué aparece la depresión posparto?:

Se sabe que durante el embarazo y después de dar a luz los niveles hormonales se ven alterados, lo que influye en el estado anímico. Además de los trastornos hormonales, existen una serie de factores ambientales o situaciones que se producen a raíz del parto y que también condicionan el ánimo de la madre, como:

1. Disponer de menos tiempo libre.
2. Cambios físicos tras el parto.
3. Cambios en las relaciones sociales y laborales.
4. Inseguridad.

- Síntomas:

Estado de ánimo deprimido o cambios de humor graves como llanto excesivo, dificultad para relacionarse con el bebé, aislarse de familiares y amigos, pérdida del apetito o comer mucho más de lo habitual, incapacidad para dormir (insomnio) o dormir demasiado, fatiga abrumadora o pérdida de energía, interés y placer reducidos en las actividades que solías disfrutar, irritabilidad y enojo intensos, miedo a no ser una buena madre, desesperanza, sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o insuficiencia, disminución de la capacidad de pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones, inquietud, ansiedad grave y ataques de pánico, pensamientos acerca de lastimarte a ti misma o al bebé y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Si no se trata, la depresión posparto puede durar muchos meses o más.

- ¿Cómo se trata la depresión posparto?:

Existen tratamientos eficaces para la depresión posparto. Un proveedor de atención médica puede ayudar a elegir el mejor tratamiento, que puede incluir lo siguiente:

- Consejería/terapia de diálogo: Este tratamiento consiste en hablar de manera individual con un profesional de la salud mental.

- Medicamentos: Los medicamentos antidepresivos actúan sobre las sustancias químicas del cerebro que intervienen en la regulación del estado de ánimo.

5 Discusión-Conclusión

La depresión posparto es algo bastante común que una de cada nueve mujeres sufren. Es importante saber identificarlo y buscar ayuda es vital para poder superarlo y no sentirse culpable.

6 Bibliografía

- <https://www.nimh.nih.gov/>
- <https://www.mayoclinic.org/>
- <https://cuidateplus.marca.com/>
- <https://www.gynea.com/>

Capítulo 489

PREVENCIÓN DE RIESGOS CARDIOVASCULARES

ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA

ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ

MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO

1 Introducción

Todas las piezas del cuerpo humano son importantes y necesarias, pero el corazón es el motor principal que nos da vida. Las enfermedades cardiovasculares se deben al mal funcionamiento del corazón y vasos sanguíneos. Son una de las principales preocupaciones de la sociedad actual por ser la primera causa de muerte a nivel mundial, con aproximadamente un 30% de fallecimientos.

Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha publicado en varias ocasiones una serie de documentos con recomendaciones y pautas a seguir para cuidar la salud cardiovascular, con el fin de reducir la tasa de mortalidad a causa de problemas del corazón. Es conveniente conocer los principales hábitos de vida saludables para tener un corazón fuerte y sano, y así disfrutar de una mejor calidad de vida.

2 Objetivos

- Identificar las principales recomendaciones y pautas a seguir para lograr una buena salud cardiovascular, reduciendo la aparición de accidentes cardiovasculares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Además se ha realizado consultas en documentos de la OMS en relación a los problemas cardiovasculares y de la Federación Mundial del Corazón .

4 Resultados

- La prevención de las enfermedades cardiovasculares surge a consecuencia del cambio en los hábitos de vida de la sociedad. Una alimentación desequilibrada, el sedentarismo, el tabaquismo entre otros factores, son los principales riesgos de su aparición.

Una dieta equilibrada y saludable para el corazón se basa en el consumo de alimentos frescos o con bajo contenido en grasas saturadas y azúcares. Son recomendables, entre otros, las nueces por su alto contenido en ácidos grasos Omega-3, el salmón, que reduce el colesterol y triglicéridos, las legumbres, el brócoli, las fresas que dilatan las arterias, el aceite de oliva, que usado a diario ayuda a proteger la salud cardiovascular por su contenido en ácidos grasos y antioxidantes, el chocolate negro, etc. Sin olvidarse de beber agua u otras bebidas como el té verde o el vino tinto. Estos son una pequeña muestra de alimentos y bebidas saludables que debido a sus propiedades antioxidantes, antiinflamatorias o reductoras de los niveles de grasa en sangre entre otras, ayudan a reducir los niveles de colesterol en sangre, disminuir la tensión arterial y por tanto a la prevención de accidentes cardiovasculares .

La actividad física es otro factor esencial. Caminar al menos 3 veces por semana es muy aconsejable para cualquier edad ya que se queman calorías y no es agresivo para las articulaciones. Cualquier ejercicio aeróbico realizado habitualmente eleva la frecuencia cardiaca, aumenta la capacidad pulmonar, mejora el tono muscular por lo tanto, fortalece el corazón. También es muy aconsejable correr, nadar, bailar... ya que ayudan a quemar calorías y a reducir el estrés.

Otros factores muy importantes son dormir 8 horas diarias, mantener un peso

equilibrado, no fumar y tener controlado los niveles de glucemia, colesterol y presión arterial, siguiendo todas las recomendaciones médicas. No podemos dejar de lado la importancia que tiene para el corazón nuestro estado emocional, ya que tanto la tristeza, el exceso de euforia o la ansiedad puede desestabilizar cualquier corazón.

5 Discusión-Conclusión

Unos hábitos de vida saludables como los mencionados anteriormente, que son sencillos y fáciles de llevar a cabo en nuestra vida cotidiana , así como controlar la presión arterial, el nivel de glucosa en sangre o el colesterol, son fundamentales para reducir los riesgos de accidentes cardiovasculares. La Federación Mundial del Corazón tiene como objetivo que en el año 2025 el número de muertes prematuras causadas por enfermedades cardiovasculares se haya reducido en un 25%.

6 Bibliografía

- <https://www.salud.mapfre.es>
- <https://fundaciondelcorazon.com>
- <https://www.sabervivirtv.com/>
- <https://mejorconsalud.com>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 490

LA DIABETES

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

1 Introducción

La Diabetes es una de las enfermedades más antiguas del ser humano, su nombre completo “Diabetes Mellitus”, viene del griego “sifón” y “azúcar” y describe el síntoma más evidente de la Diabetes, que es la eliminación de gran cantidad de orina que contiene glucosa. La Diabetes conlleva muchos cambios en la bioquímica del organismo, cuyos resultados se manifiestan por tener demasiada glucosa en la sangre debido a la falta de insulina.

Existen dos tipos de Diabetes; la Diabetes Mellitus insulino-dependiente o tipo I y la Diabetes Mellitus no insulino-dependiente o tipo II.

- La Diabetes tipo I se caracteriza por la falta total de insulina segregada por el páncreas, lo que impide que el azúcar producido por la digestión de los alimentos pueda pasar de la sangre a las células donde es utilizada como fuente de energía. El Páncreas de las personas que padecen Diabetes tipo II puede producir algo de insulina, pero no la suficiente para el correcto funcionamiento del organismo en determinados casos ocurre que su organismo no utiliza adecuadamente la insulina que produce.
- La Diabetes tipo II puede ser controlada con una combinación de medicación oral, dieta y ejercicio, en algunos casos se pueden precisar inyecciones de insulina.

La alteración de los niveles de glucemia en sangre puede provocar hipoglucemia o hiperglucemia. Se considera hipoglucemia cuando el nivel de glucosa en sangre es inferior a 70mg/dl y se acompaña de síntomas que revierten tras la toma de azúcares. Se considera hiperglucemia cuando los niveles de glucosa en sangre exceden de 250mg/dl.

2 Objetivos

- Analizar los dos tipos de diabetes prevalentes en la sociedad actual así como su tratamiento estándar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- En el caso de la Diabetes Mellitus tipo I, nuestro sistema inmune que nos protege de las infecciones, ataca a las células Beta y las destruye por completo, en este caso intervienen factores genéticos o ambientales como virus, que desencadenan el proceso.
- En la Diabetes Mellitus tipo II, se da cuando no es posible la entrada del azúcar en las células y esta se acumula en exceso en la sangre, éste tipo de Diabetes está relacionado con un estilo de vida poco saludable, obesidad y sedentarismo. Sin duda el factor genético tiene cierta influencia y predispone a padecer la enfermedad, pero el estilo de vida, los hábitos saludables, el ejercicio físico y una dieta equilibrada son determinantes a la hora de prevenir la aparición de la enfermedad.
- El tratamiento para la Diabetes Mellitus tipo I lo prescribe el médico, consiste en insulina, siempre acompañado de una dieta equilibrada y ejercicio, en el caso

de la Diabetes Mellitus tipo II , generalmente el médico prescribirá antidiabéticos orales, también acompañados de una dieta equilibrada y ejercicio.

Además, con el fin de mantener unos niveles de glucemia adecuados, los diabéticos tipo I deben recibir inyecciones de insulina, equilibrándolas con la comida que ingieren y el ejercicio que realicen. Regularmente deberán realizarse análisis de los niveles de glucosa en sangre, para determinar las unidades de insulina que deben ser administradas. Los tipo II pueden recibir antidiabéticos orales o insulina subcutánea.

5 Discusión-Conclusión

Evidentemente la Diabetes Mellitus tipo I es una enfermedad auto inmune y por lo tanto no podemos evitarla, ya que existen factores que no podemos controlar, pero en el caso de la Diabetes Mellitus tipo II existen factores de riesgo como la obesidad, las dietas poco saludables y el sedentarismo que sí podemos evitar.

Es importante informar a los padres sobre que tipo de alimentos son saludables para sus hijos y evitar aquellos que puedan provocar obesidad, asimismo fomentar hábitos de vida saludables que comiencen en la infancia, esto no solo nos ayudaría a prevenir la Diabetes, sino muchas otras enfermedades.

6 Bibliografía

- <https://www.scielosp.org/>
- <https://www.sciencedirect.com>

Capítulo 491

LA DEMENCIA DEL SIGLO XXI

BLANCA DOMINGUEZ-GIL

VANESA ARRANZ ARROYO

BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO

1 Introducción

El alzheimer es una de las demencias progresivas más comunes. Afecta a la memoria, el pensamiento, el razonamiento y la conducta. Es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro y es irreversible. Representa de un 50 a un 60% de las demencias.

Al principio los síntomas son mínimos pero según avanza la enfermedad los daños en el cerebro van en progreso. Las personas que la padecen tienen un promedio de vida, desde que aparece la enfermedad, de 10 años.

2 Objetivos

- Describir los factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer así como las diferentes etapas y clínica de dichos pacientes.

3 Metodología

Se propone un proyecto de investigación basado en el conocimiento de los síntomas precoces de la enfermedad de Alzheimer a desarrollar en los centros de

atención primaria, en el rango de edad de 60-80 años en hombres y en 55-80 años en mujeres (están más expuestas) con la realización del minimental test y según su resultado, se derivarán a la consulta de la psicóloga clínica para que descarte patología no orgánica y después al neurólogo.

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo Google académico. Se utilizaron los siguientes descriptores: “Alzheimer”, “perdida de memoria”, “demencia”, “capacidades cognitivas”.

4 Bibliografía

- Rodríguez J. Guerra Hernández M. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Revista cubana de medicina (en línea). Ciudad Habana. Abril 2007
- Bernacio Blanco J. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias. Enfermedad de Alzheimer en: Farreras P Rozman. C. Medicina interna 15a edición Madrid- España. Elseiver 2006 Vol. II:1486-1489
- Silverman JM, Ciresi G, Smith CJ, Marin DB, Schnaider - Beeri M. Variability of familial risk of Alzheimer disease across the late life span. Arch Gen Psychiatry 2005. 62:565-573
- Rakel P, Statistics about Alzheimer’s disease. Alzheimer’s Association.ed. Conn’s current therapy 2005.57 a ed. Philadelphia, PA. Elisandrath S, Lichtmacher J. Trastornos psiquiátricos, delirio, demencia y otros trastornos cognitivos en: Tierney L, Mcphee S, Papadakis M. Diagnostico clínico y tratamiento 41 edición. México. editorial: El manual moderno 2006.955-956.

Capítulo 492

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO

YOANA LLAMES GONZÁLEZ

PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ

1 Introducción

El "Síndrome de Burn-out", se da en todos los sectores profesionales, pero suele tener más prevalencia en el personal sanitario ya que éste está sometido a un mayor desgaste, tanto emocional, como de estrés y por su trato diario con personas enfermas y familiares que no entienden la situación. Los trabajos a turnos y el horario de estos trabajadores también puede dar lugar a este síndrome.

2 Objetivos

- Analizar el síndrome de Burnout en el personal sanitario, así como las situación para una mejora de las condiciones laborales.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de varios artículos científicos y revistas nacionales e internacionales. Los descriptores utilizados fueron: estrés, desgaste profesional y profesional sanitario.

4 Resultados

Los profesionales afectados por este síndrome, pueden pasar de la buena atención y cuidado a los enfermos, a la más profunda indiferencia, distanciándose y desilusionándose de su trabajo y pudiendo llegar a sentirse totalmente inútil para la función que desempeña. Para evitar que este problema se extienda se desarrolló una ley que indica las siguientes mejoras para poder adaptar el trabajo y planificar la prevención del mismo. En todo ello también influye la despersonalización del trabajo y la falta de realización personal

Según los artículos publicados cada vez son más los profesionales afectados por el estrés y el desgaste laboral en el mundo sanitario. Se detectan altos niveles de agotamiento lo cual repercute en la eficacia profesional. Por ello es importante conseguir que se desarrollen programas de prevención para que la incidencia de este síndrome disminuya

5 Discusión-Conclusión

Analizar las consecuencias de este síndrome en el personal sanitario y conseguir unas mejores condiciones de trabajo para aumentar su eficacia y conseguir una menor existencia de este síndrome y así evitar que su buen hacer en su trabajo se vea afectado.

La prevalencia del burnout es cada vez mayor ante las exigencias laborales, lo cual no tiene muy buena solución o por lo menos una solución sencilla. Es necesidad de todos, buscar modelos de trabajo que eviten este síndrome ya que repercute de manera directa e indirecta en el paciente y su familia, además del propio trabajador y sus compañeros.

6 Bibliografía

- Ortega Ruiz, Cristina; López Ríos, Francisca El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1 International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 4, núm. 1, enero, 2004, pp. 137-160
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 493

CUIDADOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

AIDA RODRÍGUEZ ORNIA

ENCARNACIÓN ARBESU GUTIÉRREZ

1 Introducción

El cáncer infantil es la primera causa de mortalidad en niños de entre 0 y 14 años. Las leucemias, linfomas y otras patologías hematológicas junto con tumores cerebrales son los casos más habituales que se dan en este tipo de pacientes.

La tasa de supervivencia difiere entre países desarrollados y países con menos recursos económicos, aunque hay que destacar que las estadísticas en los últimos años hablan de un porcentaje más elevado de supervivencia. Entre las causas del cáncer infantil se habla de un origen multifactorial, aunque según datos de la OMS, el 10% de niños con cáncer se debe a factores genéticos.

El cáncer infantil es diferente al cáncer en adultos, al igual que los tratamientos a seguir. Una detección precoz y un tratamiento eficaz son fundamentales para aumentar las probabilidades de supervivencia, así como evitar el sufrimiento de los niños y de sus familias.

2 Objetivos

Establecer los cuidados que requiere un paciente pediátrico oncológico por parte de un Técnico en Cuidados de Enfermería cuando ingresan en una unidad de hospitalización

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de diversos artículos y publicaciones científicas, páginas web, buscadores y protocolos de actuación, realizando una síntesis basada en las mismas.

4 Resultados

Cuando un niño con cáncer ingresa en una unidad de hospitalización, ya sea para someterse a un tratamiento o por control de la enfermedad hay que llevar a cabo una serie de registros por parte del Técnico en Cuidados de Enfermería dadas las características del paciente.

A primera hora de la mañana se realizará el aseo, en colaboración con los padres y se insiste en la importancia del lavado bucal (especialmente cuando hay tratamiento de quimioterapia).

Hay que pesar al niño todos los días antes del desayuno, ya que hay que controlar el peso para la preparación del tratamiento de quimioterapia que van a recibir.

Todo paciente oncológico tiene control de líquido y diuresis por turno o cada cierta hora, según pauté el médico. Se les ofrecerá una dieta opcional, donde puedan elegir sus preferencias, siempre sin forzar, favoreciendo el aumento de pequeñas tomas y se llevará registro de ingesta por turno.

En determinados casos, debido a que son pacientes inmunodeprimidos, estarán sometidos a un protocolo de aislamiento. Se informará a los padres y familiares de las normas a seguir de manera rigurosa, permaneciendo siempre las puertas cerradas y evitando en la medida de lo posible que haya mucho tránsito de personal en las habitaciones ocupadas por pacientes oncológicos.

Importancia de controlar el pH de la orina (deberá de estar por encima de los valores normales) cuando el niño va a iniciar un tratamiento de quimioterapia, para evitar problemas en la vejiga a la hora de la eliminación del fármaco.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos destacar el carácter familiar que tiene esta enfermedad y la importancia del apoyo psicológico y emocional tanto para el niño como para su familia.

Por las características de la enfermedad, los niños van a permanecer largos periodos de tiempo hospitalizados por lo que la atención por parte del equipo de enfermería es fundamental. La planta dispondrá de sala de juegos donde se desarrollan talleres y actividades y aula hospitalaria.

Por ultimo destacaría también la función que organizan diversos grupos de voluntarios para proporcionar distracción a los niños y descanso a sus familiares

6 Bibliografía

- www.MedlinePlus.gov
- www.Who.int/es
- Instituto Nacional del Cáncer
- www.pediatriaintegral.es

Capítulo 494

ROSACEA

BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO

BLANCA DOMINGUEZ-GIL

VANESA ARRANZ ARROYO

1 Introducción

Es una enfermedad dermatológica crónica de origen desconocido, también llamada cuperosis. Se caracteriza por un componente vascular y una erupción de tipo acné que afecta a la cara, rara vez puede afectar al cuello, el escote, espalda, y cuero cabelludo, también suele acompañarse de afectación ocular. Suele afectar a cualquier edad, alcanza su punto máximo entre los 40 y 50 años y afecta más a la mujer de piel blanca.

La causa es desconocida, puede ser hereditaria, empeora con la luz solar, calor, frío, estrés, comidas calientes, alcohol, emisiones intensas. El factor más importante es la alteración en la circulación, se produce dilatación de los vasos de pequeño calibre, liberan sustancias altamente inflamatorias que conduce a un linfederma, produce inflamación y aumenta el daño en la dermis. El diagnóstico es clínico incluye el acné vulgar, dermatitis perioral, lupus eritematoso, y erupción.

2 Objetivos

- Describir la Rosacea , así como los factores y tratamientos para el paciente.

3 Metodología

Se realiza un revisión bibliográfica en base de datos como Google académico, Medline, Pubmed. Se utilizaron los siguientes descriptores: “ talangectasias”, “rosácea”, “acné”. Fueron incluidos artículos de investigación en castellano e inglés, publicados entre los años 1995 – 2004. Los criterios de inclusión fueron aquellos documentos comprendidos entre el espacio de tiempo citados y que incluyeran el tema a tratar.

4 Resultados

El tratamiento puede ser tópico, los retinoides tópicos como la tretinoína mejoran las lesiones inflamatorias y disminuyen el edema. Los antibióticos como la tetraciclina, el metronidazol también mejora mucho, en los casos más resistentes se puede utilizar isotretinoína a una dosis baja. El láser como tratamiento para las telangectasias dan muy buenos resultados.

Estos pacientes deben evitar exponerse al sol, bebidas alcohólicas, comidas calientes.

5 Discusión-Conclusión

Las pautas indicadas al paciente han de ser claras y concisas para que realicen bien el tratamiento y obtengan los resultados deseados.

6 Bibliografía

1. Iglesias L. Tratado de Dermatología. Segunda edición. Madrid McGraw-Hill/ Interamericana de España. 2004 pag. 356-547.
2. Sánchez E. Metabolitos de la isotretinoína principales responsables de sus efectos terapéuticos y adversos. Rev Chilena Dermatol. 2003 19 (1): 14-23
3. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 5ta Edición. Buenos Aires/ panamericana. 2001 pag 809-823
4. Ashton Richard y Leppard Bárbara. Differential Diagnosis in Dermatology. Oxford Radcliffe. Medical Press. 2da Edición 1992, pag 58-59.
5. Piquero J. Acné Manejo Clínico. Segunda edición. Caracas 1995.

Capítulo 495

SÍNDROME DEMENCIAL: ATENCIÓN A LA DEMENCIA EN LA PERSONA MAYOR.

ESPERANZA VELASCO CAMPA

ELISA VALLINA GONZÁLEZ

1 Introducción

La demencia es “un síndrome caracterizado por un deterioro adquirido y persistente de la función intelectual con afectación de al menos tres de las siguientes áreas de la actividad mental: lenguaje, memoria, habilidades visuoespaciales, trastornos emocionales o de personalidad y trastornos cognitivos.”

El envejecimiento y el aumento de la expectativa de vida en la población de hoy en día es sin duda un aspecto fundamental que llevará a elevar el número de enfermedades crónicas, entre ellas el trastorno cognitivo y la demencia. Los avances tecnológicos y científicos en el campo de la salud junto con una disminución de la natalidad hacen que tengamos una población más longeva. Y por ello considerada como una de las mayores causas de discapacidad que conlleva a una prioridad en salud pública. El envejecimiento está asociado a una fragilidad del individuo con mayor incidencia de morbilidad, cronicidad de la enfermedad, un deterioro del funcionamiento y un aumento de la discapacidad.

2 Objetivos

Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de todos los que padecen ésta enfermedad y las de sus cuidadores mediante técnicas y métodos de actuación específicos.

3 Metodología

En éste trabajo se ha utilizado revistas nacionales e información a través del buscador de Google.

4 Resultados

La demencia provoca una pérdida progresiva de autonomía del enfermo volviéndose dependiente para realizar las actividades de la vida diaria, esto unido a los problemas de conducta hace que afecte a la calidad de vida no sólo del propio enfermo si no del cuidador, que es la persona que asume su total responsabilidad. Por ello, hay que llevar a cabo actuaciones específicas encaminadas a mejorar la calidad de vida de estos enfermos y la de los cuidadores.

5.1 CAUSAS:

La edad es un factor asociado para el desarrollo de enfermedades crónicas y pueden tener relación con la demencia, como la diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, hipertensión, así como enfermedad cardíaca y cerebral, demuestran una fuerte relación con el desarrollo de la demencia por sus efectos directos e indirectos en el cerebro. También el deterioro cognoscitivo sin demencia puede ser un factor de riesgo para la aparición de la demencia.

5.2 GRADOS DE DEMENCIA: a) Demencia leve: El trastorno inicial de la demencia se produce en la memoria reciente, en forma de despistes, de forma ocasional acompañada de fallos en la orientación espacial y en la memoria topográfica. Aparecen también trastornos afectivos, irritación y cambios de carácter. b) Demencia moderada: En esta fase, la amnesia es global, desorientación temporoespacial habitual, trastornos de escritura, lectura y cálculo con indiferencia afectiva. c) Demencia severa o grave: En esta fase, es muy difícil la comunicación con la persona, hay doble incontinencia, dificultades en la alimentación, en la deglución y masticación. Se altera la marcha y el equilibrio.

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER: Es de tipo cortical y predominio temporoparietal, se caracteriza por un deterioro de la memoria con alteraciones cognitivas: afasia, apraxia, agnosia, alteración de la ejecución, de inicio gradual y curso

continuo, implicando un deterioro importante de la actividad laboral o social e implica una merma en la actividad previa del individuo. Se distingue entre un Alzheimer temprano, de inicio antes de los 65 años y un Alzheimer tardío, de inicio después de los 65 años, la llamada demencia senil. El diagnóstico incluye historia clínica, exploración psiquiátrica, neurológica, EKG, EEG, TAC craneal, analítica y otras pruebas de laboratorio. Desde el comienzo de los síntomas el paciente suele tener una esperanza de vida variable oscilando entre los 8 y 12 años. Un factor determinante de riesgo es la edad, y otros como la genética, el síndrome de Down y alteraciones genéticas. La terapia hormonal sustitutiva y el tratamiento con AINES son factores protectores que podemos aplicar. Hay pruebas de carácter cognitivo que se aplican para detectar precozmente este tipo de demencia, como el examen cognoscitivo de lobo, el test del reloj y el test de los siete minutos.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día no existe una cura para las demencias neurodegenerativas, progresivas e irreversibles como la enfermedad de Alzheimer, la demencia de cuerpos de lewy y las demencias frontotemporales, excepto en las demencias secundarias que son consecuencia de una causa que se pueda tratar. Los mayores con deterioro cognitivo tienen mayor cormobilidad que los pacientes sin deterioro. Por ello, es importante llevar a cabo actuaciones y terapias que permitan una mejor calidad de vida del paciente, así como un diagnóstico y tratamiento adecuado para que las personas afectadas y sus cuidadores puedan afrontar mejor la vida.

6 Bibliografía

Bermejo Pareja. F.: Epidemiología de la demencia. Revisión del tema y datos de España. Revista Clínica Española. 1987. 181(1): 13-2
Cacabelos R. Enfermedad de Alzheimer. Concepto nosológico, epidemiología y aspectos socio sanitarios. Barcelona: Proas Editores; 1991, p. 1-33.

Capítulo 496

CUIDADOS DEL CORDON UMBILICAL

ANA BELÉN SILVA BARREIRO

1 Introducción

El cordón umbilical es un cordón que une un embrión en vías de desarrollo o feto a su placenta. Contiene arterias principales y venas (las arterias umbilicales y vena umbilical) para el intercambio de sustancias nutritivas y sangre rica en oxígeno, entre el embrión y la placenta. Cuando el feto nace, el cordón umbilical se corta y se deja solo una pequeña cicatriz (el ombligo).

La onfalitis es una infección de la herida o cicatriz umbilical. Es una complicación postnatal que ocurre en un pequeño porcentaje en los países desarrollados. Suele presentarse con eritema umbilical, edema, secreción maloliente y supone una complicación que puede acabar ocasionando una sepsis.

2 Objetivos

- Describir los cuidados del cordón umbilical en el recién nacido, evitando complicaciones infecciosas como la onfalitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave : recién nacido, cordón umbilical, onfalitis y sepsis.

4 Resultados

- El cordón umbilical se desprende a los 5-7 días en un parto normal y a los 10-12 días en las cesáreas. Se vigilará que no aparezcan hemorragias o signos de infección .

Recursos materiales: tijera estéril, pinza del cordón, gasas, antiséptico y guantes.

- Protocolo de actuación:

Tras el parto se procederá a limpiar, secar y aplicar antiséptico en la pinza colocada por la matrona.

Se recogerá una muestra para analítica de la zona placentaria del cordón.

Los cuidados y la higiene del cordón se realizarán a diario hasta que se desprenda el cordón y cicatrice la zona residual. No requiere vendajes, apósitos u ombliqueros.

Siempre se insistirá en la necesidad de acudir a su pediatra ante cualquier signo de posible infección (eritema, pus, calor, etc.)

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante realizar una buena educación sanitaria sobre los cuidados descritos del cordón a los padres o tutores del recién nacido para así evitar la onfalitis, describiendo paso a paso la realización de la higiene de la zona, la importancia de mantenerla seca e insistir en qué sepan reconocer los signos de alarma por los que deberían acudir a su centro de salud.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es/>
- <https://enfamilia.aeped.es>
- <https://medlineplus.gov/>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 497

FACTORES IMPLICADOS EN LA APARICIÓN DE UN A.C.V.

PATRICIA CARDELI GONZALEZ

1 Introducción

Un accidente cerebrovascular o ACV sucede cuando se detiene el flujo sanguíneo a parte del cerebro. Al no poder recibir el oxígeno y nutrientes que necesitan, las células cerebrales comienzan a morir.

2 Objetivos

- Establecer los factores de riesgo que debe conocer el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para la prevención del ACV.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La inactividad física incrementa el riesgo de enfermedad cardíaca, por lo que se produce un aumento en el riesgo de ACV esto es, que al realizar una actividad física moderada podemos obtener una baja considerable de las posibilidades de obtener un accidente cerebro vascular. Este ejercicio consiste en que durante treinta minutos, cuatro veces a la semana realicemos alguna actividad física.

La actividad física produce normalmente una elevación y luego una baja de la presión; esta gimnasia arterial mantiene la elasticidad de las paredes arteriales, favoreciendo el mantenimiento de una baja presión, elemento esencial para el buen funcionamiento de cerebro y corazón.

Otro factor incidente en la obtención de un accidente cerebro vascular es el tabaco, que además de afectar el cerebro con la adicción, lesiona las arterias cerebrales al producir ateromas sobre los cuales puede comenzar a formarse un coágulo, que en determinado momento, al avanzar la isquemia, produce obstrucción parcial o total de una zona cerebral y daña el tejido cerebral.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/>
- <https://www.acnweb.org/guia/g1c12i.pdf>
- <http://www.sagg.org.ar>
- <https://www.mayoclinic.org/>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 498

PREVENCIÓN DE LOS A.C.V.

PATRICIA CARDELI GONZALEZ

1 Introducción

Una método fiable para ayudar a prevenir los accidentes cerebrovasculares es acudir al médico de atención primaria para que la realización de exámenes físicos y analíticas regulares. La prevención es el mejor tratamiento para los accidentes cerebrovasculares (ACV)

2 Objetivos

- Conocer los métodos de prevención de los ACV para una atención integral al paciente por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para prevenir el Accidente Cerebro Vascular (ACV) es primordial actuar sobre los cinco elementos mayores del modo de vida:

- El tabaco.
- El estrés.
- La actividad física.
- El alcohol.
- La alimentación.

Estos factores pueden ser desencadenantes de las causas principales de ACV, como es la hipertensión arterial (HTA) y la hipercolesterolemia. Entre los factores ligados al modo de vida destaca el tabaquismo, el cual mencioné anteriormente. Este se debe a que los fumadores tienen 3 veces más posibilidades de tener un A.C.V. que los no fumadores y los grandes fumadores 4 a 5 veces más posibilidades de tener un ACV que los pequeños fumadores.

El consumo de alcohol ligero o moderado (uno o dos vasos por día de vino tinto, con las comidas) puede tener un efecto beneficioso sobre el riesgo de ACV, esto es por la acción antioxidante de los alcoholes. Un consumo mayor de alcohol debe ser evitado porque puede tener un efecto inverso y originar otros problemas de salud.

El ejercicio regular, como lo dije anteriormente, reduce el riesgo de accidente vascular cerebral, destacando que este debe ser de acuerdo a la edad y sexo, ya que no se puede sobre explotar el cuerpo. El efecto protector se debe a los efectos benéficos del ejercicio sobre la hipertensión arterial y la obesidad entre otras acciones. Es recomendable efectuar una actividad de intensidad física moderada, esto es, una pequeña marcha durante treinta minutos por cuatro días a la semana. Esta regularidad es mejor que un ejercicio violento esporádico.

Los factores nutricionales pueden jugar un rol de gran importancia en el riesgo de ACV por ejemplo, el consumo de sodio está asociado a la hipertensión arterial. Las frutas y legumbres pueden, gracias a su efecto antioxidante y a su gran existencia de potasio, tener un efecto favorable. Por contribuir a la prevención de ACV y de otros problemas vasculares, es recomendable limitar los aportes de lípidos en los alimentos, sobre todo las grasas saturadas, encontradas en gran medida en la comida chatarra, a menos de 30 % de los aportes energéticos totales, y con el colesterol a menos de 10 % de estos aportes, debiendo consumirse frutas y legumbres al menos cinco veces por semana.

Hay que recordar que la hipertensión arterial es un factor de riesgo de ACV que tiene la prevalencia más elevada y que es el más fácil de modificar. Todas las personas con HTA deben ser tratadas por médicos, probablemente durante toda la vida. En los pacientes ancianos, la hipertensión aislada limitada, aquella en que

solamente el valor superior está un poco elevado, debe ser tratada para evitar un ACV o accidentes cardiovasculares.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de la mayor calidad posible.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.cgcom.es>
- <https://www.stopafib.org>
- <https://portal.guiasalud.es/>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 499

ROL DEL TCAE EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER

ALEJANDRO GONZALEZ LOPEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer, es una de las enfermedades más devastadoras de los últimos tiempos con mayor incidencia entre las personas mayores, siendo esta, el principal tipo de demencia. A esto hay que contar, el aumento considerable de una población envejecida, lo que conlleva que el número de personas con Alzheimer, previsiblemente aumente en los próximos años. El Alzheimer se explica como una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por afectar a la memoria y a todas la funciones cognitivas. Su causa es desconocida y su aparición también es desconocida aunque se produce de forma espontánea, siendo una de las enfermedades más devastadoras y preocupantes, para la población y los servicios médicos, debido a que no se puede revertir el proceso y a que no existe cura, lo que la convierte en uno de los principales problemas de salud, tanto en España como a nivel mundial .

Por este motivo el papel del auxiliar de enfermería se convierte en un papel imprescindible, es una de las principales profesionales a la hora de tratar tanto al paciente con Alzheimer como al cuidador principal, dándoles ese apoyo de y brindarles ayuda en cualquier paso que se desarrolle. actualmente, la información existente sobre el Alzheimer es poca y a veces nula y se presenta de forma aleatoria. Por ese motivo el objetivo de este trabajo es juntar la información y todos los aspectos considerados importantes relacionados con esta enfermedad. Por ende, este trabajo también analizará, el papel de la enfermería y del auxiliar, realizando una valoración global del paciente con Alzheimer.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), así como su calidad de vida con el paciente con enfermedad de Alzheimer.
- Analizar el síndrome de Burnout en el TCAE, que trata con enfermos de Alzheimer.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Una vez finalizada la búsqueda bibliográfica, se selecciona aquella que cumplía los criterios para este trabajo se utilizan las siguientes palabras claves: Alzheimer, tcae, cuidados.

4 Resultados

El rol del TCAE es muy importante, ya que gracias a él, se puede detectar de forma inicial el Alzheimer, aplicar planes de cuidados, que se cumpla íntegramente el tratamiento tanto farmacológico como sensorial y además sirve para promocionar, evitar e informar sobre la enfermedad, la enfermería interviene en cada una de las partes íntegras de la enfermedad. Por este motivo, el profesional de enfermería, debería estar bien formado y dispuesto a ampliar sus conocimientos sobre esta enfermedad, debiendo ser capaz de reconocer los síntomas primarios ya que esta con el enfermo una parte importante de su tiempo y teniendo mayor facilidad a la hora de observar los síntomas iniciales de la enfermedad (depresión, decaimiento, falta de memoria, sobreexcitación). Inclusive colabora en la detección inicial al realizar las diferentes pautas mostradas en el apartado de diagnóstico.

El personal de enfermería (enfermeras y TCAE), al detectar cualquier problema al realizar las diferentes pautas, lo transmitirá a los profesionales médicos y especialistas para que proceda a una evaluación más amplia. Actualmente se conoce

la existencia de una serie de factores de riesgo que benefician al desarrollo de la enfermedad. la mayor parte de estos factores pueden ser cambiables , incidiendo aquí la función de la enfermería. En el caso de que ya se haya empezado a observar y se diagnostica la enfermedad se establece un Plan de cuidados, y lo realizan no solo para el paciente, sino también para su familia si es el caso de un paciente que pase mucho tiempo en su casa.. Este plan debe ser personal, que se pueda cambiar con el tiempo y actualizar, es por ello se realiza una valoración global, incluyendo aspectos psico-sociales.

En el caso del Alzheimer, el primer objetivo tras su diagnóstico es que el paciente pueda cuidarse así mismo durante el tiempo que sea posible el del autocuidado todo el tiempo que sea posible y fijadas las metas, la enfermería elabora un plan de cuidados las cuales darán como resultado el cumplimiento de dichas metas. Hay que recordar que la misión de la enfermería en los pacientes con Alzheimer, es la de incitar su independencia e incitar e instigar actividades tanto de estimulación cognitivas, de conductas y físicas .

- Sirve de apoyo al paciente, y a de saber con el enfermo, y establecer una relación de comunicación de confianza mutuas, comprendiendo las necesidades de cada paciente
- Controla las conductas y cambios en su psicología , lo cual permite saber a los especialistas si han de modificar el tratamiento farmacológico o modificar otras pautas. Además se encargan de asegurar de que tome los medicamentos a la hora y forma adecuada.
- Priorizan la seguridad del paciente: establecen reglas para evitar riesgos, como caídas. Son medidas aparentemente simples como controlar la deambulaci3n , colocar barreras, suprimir alfombras, o cualquier mobiliario que pueda producir altercados y accidentes.
- Respecto a las características y calidad de vida del TCAE y del cuidador informal, se debería tener en cuenta que tanto los familiares que cuidan de su pariente en su casa como los TCAE que lo hacen en residencias geriátricas o centros de día tienen los mismos problemas y características y tanto unos como otros pueden desarrollar la misma patología.

Los auxiliares de enfermería que cuidan de pacientes con Alzheimer también sienten angustia y cansancio no solo físico si no también emocional y psicológico ya que en la mayoría de las veces son ellos los que pasan más tiempo con los pacientes, y acaban construyendo una confianza mutua que no tienen con sus

familiares.

- La carga excesiva de trabajo que tienen que soportar estos profesionales, está haciendo crecer lo que científicamente se llama burnout o comúnmente se denomina, síndrome del trabajador quemado. El contacto día a día con el paciente, conlleva una carga física, emocional y psicológica, para el auxiliar que le atiende que, en la mayoría de ocasiones es difícil de sobrellevar. Lo que lleva a que el profesional llegue a situaciones de estrés y de sobrecarga de trabajo, y acabe siendo diagnosticado en el conocido síndrome del trabajador quemado.

- En general, tres son las principales consecuencias sobre las que vamos hablar en este capítulo las más importantes serían, el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal y profesional:

El agotamiento aparece cuando el trabajador, el auxiliar de enfermería en el caso que nos ocupa se ve expuesto a una fuerte demanda emocional, que van aniquilando las energías físicas y emocionales del profesional que llega a situaciones en las que la sensación de angustia está tan grande que cree a ver llegado a su límite y por lo tanto su profesionalidad se ve mermada.

La despersonalización como segunda consecuencia, es la más grave para un auxiliar de enfermería. Freudenberger y Maslach, los descubridores de este síndrome lo denominaron despersonalización. En pocas palabras se podría traducir como la pérdida de la empatía en relación al otro (en este caso el paciente) por agotamiento físico y emocional. Recordemos que la empatía es absolutamente fundamental en este trabajo y la que lleva al correcto desempeño del trabajo de los auxiliares de enfermería.

Falta de realización personal y profesional se debe principalmente al poco reconocimiento que adquiere su trabajo. A la falta de una buena remuneración de su trabajo y que en la mayoría de los casos hacen tareas que no le corresponden. Todo esto lleva al auxiliar de enfermería a un estado catatónico y a quedarse de bajo o incluso a abandonar su profesión.

5 Discusión-Conclusión

como hemos visto el rol del TCAE a la hora de cuidar a un enfermo con Alzheimer no es nada sencillo ya que su buen hacer en el trabajo que desempeña no solamente depende de sí mismo y de su profesionalidad, también depende y mucho de otros factores que no puede controlar y que no están a su alcance.

Debido a la forma de trabajar hoy en día . Y los continuos cambios que se producen en la sanidad y la mejora constante. Lleva a los auxiliares de enfermería

a recibir constantemente y a estar actualizados sobre tratamientos y manejo de nuevas maquinas, que en ocasiones pueden llegar a desencadenar sentimientos de frustración .

Se debe de entrenar a los auxiliares en la solución de conflictos, así como en el entrenamiento de la asertividad y en el manejo de sus emociones y las del paciente. De esta forma tendrán unas herramientas en su día a día para poder afrontar y disminuir el sentimiento de agobio estrés y debilidad que conlleva cuidar aun enfermo con Alzheimer .

No se puede dar un buen cuidado profesional si los profesionales que la tienen que ejercer se sienten maltratados a nivel personal , empresarial e incluso a veces institucionalmente. El apoyo entre los compañeros en el trabajo es fundamental para crear un buen ambiente. Gracias a esto, el trabajo será más plácido y cómodo y el auxiliar podrá dedicar más tiempo a los pacientes y prevenir una cantidad importante de problemas que ala larga serian muy graves. Además de ayudarse entre los compañeros para un mejor desempeño profesional.

Desde la dirección de las instituciones, se debe de hacer todo lo posible para en el caso de las residencias privadas controlar con visitas periódicas si se cumplen todas las normativas de salud laboral y trato adecuado a los pacientes.

Hay que recalcar que la gran mayoría de todos los problemas tanto de salud física como emocional que tienen los auxiliares de enfermería a lo hora de cuidar de los pacientes con Alzheimer, provienen de las empresas privadas donde lo único que impera es el negocio y por ende, no les importa ta el bienestar de sus trabajadores lo que lleva a todos los problemas vistos anteriormente.

En cambio en la sanidad publica española tanto en el sistema nacional de salud como en las residencias publicas, al tener un afán recaudatorio y los trabajadores sentirse bien tratados los casos de trabajadores quemados baja considerablemente, con lo que eso conlleva aun mejor trato y permite ser un profesional mucho mejor.

Hay que tener en cuenta que estos profesionales están continuamente en contacto con la muerte. .

Tenemos que ser conscientes, que los auxiliares de enfermería también son personas y que pueden cometer errores como todo el mundo y no por ello deben de ser martirizados

6 Bibliografía

- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*,1(1), 19-33.
- Quiceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout:» síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)». *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 117-125 .
- López J, Losada A, Romero-Moreno R, Márquez-González M, Martínez-Martín P. Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología* 2012; 27(2):83-89. [Consultado el 8 may 2018].
- Aguirre AÁ, Perales MS. Sobrecarga del cuidador principal del adulto mayor con enfermedad Alzheimer. *EPISTEMUS, CIENCIA TECNOLOGÍA Y SALUD* 2016 (21): 30-36.

Capítulo 500

MENOPAUSIA

NOELIA NAVARRETE FERNANDEZ

ESTEBAN PIQUERO FERNANDEZ

PAULA CASTAÑO RODRÍGUEZ

LUIS SANCHEZ NÚÑEZ

MONICA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La menopausia es la etapa en la que una mujer deja de tener la menstruación y da paso al climaterio. Suelen empezar a padecer los diferentes síntomas después de los 45 años, aunque en ciertos estudios se dice que la edad más factible suele ser en torno a los 51 años aproximadamente.

Esto conlleva a la pérdida progresiva de las funciones ováricas, lo que hace que la producción de estrógenos, progesterona y hormonas se vaya reduciendo.

2 Objetivos

- Dar a conocer los diferentes síntomas que padecen las mujeres al llegar a esta fase de su vida.
- Las etapas y los factores de riesgo para así ayudar en medida de lo posible a sobrellevarlo de la mejor manera y no llegar a padecerla desde el desconocimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, junto con la propia experiencia con personas que padecen o padecieron la menopausia.

4 Resultados

Síntomas:

- Sangrados irregulares o falta de sangrado.
- Pérdidas de orina.
- Dificultad para dormir (insomnio).
- Sofocos.
- Cambios en el estado de ánimo.
- Dolores de cabeza.
- Sequedad vaginal.
- Cambios en la piel.

Fases: Estamos hablando de 3 fases respecto a la menopausia que son:

- Premenopausia.
- Perimenopausia o transición a la menopausia.
- Postmenopausia.

Premenopausia

Vamos a enumerar la sintomatología que veremos en esta fase:

- Menstruación irregular: pudiendo tener sangrados más cortos o más largos pudiendo variar también el tiempo que transcurre entre uno y otro.
- Sofocos y trastornos del sueño: estos calores o “bochornos” se suelen dar en la zona de la cara y el pecho; esto puede hacer generalmente que se tengan problemas para dormir puesto que suelen ser más frecuentes durante la noche; esto también hace se descanse menos y se recupere menos energía.
- Alteraciones del estado de animo: como pueden ser cansancio, falta de concentración, ansiedad, cambios de humor repentino.
- Cambios en la piel: por la disminución de colágeno que produce la pre menopausia la piel esta mas seca y menos elástica.

- Sequedad vaginal: la disminución de estrógenos puede hacer que se lubrique menos la vagina, haciendo menos placenteras o incluso dolorosas las relaciones sexuales.

Perimenopausia:

Durante esta fase el cuerpo deja de producir óvulos, también disminuye la producción de hormonas femeninas (estrógenos y progesterona).

Los síntomas durante esta etapa son en mayor o menor medida los hablados en la fase anterior pudiendo añadir la osteoporosis (la falta de producción de estrógenos ayuda a la aparición de dicha enfermedad puesto que no ejerce la protección necesaria en los huesos).

Postmenopausia:

La menopausia finaliza cuando ha pasado un año desde la última menstruación lo que da lugar a la postmenopausia. Al llegar a esta fase se dará por finalizada la sintomatología hablada anteriormente (excepto en algún caso excepcional).

También se habla del paso a la tercera edad al finalizar la menopausia, hay un gran número de mujeres que no se toman de manera positiva llegar a la tercera edad teniendo que incluso acudir al psicólogo, puesto que la llegada a dicha edad conlleva a otros problemas de salud como pueden ser: diabetes, problemas bucales, cardiovasculares, hígado, etc.

Se denomina menopausia después de un año de la desaparición de la menstruación.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente hay ciertos cambios que podemos arraigar en nuestro día a día para intentar ralentizar en medida de lo posible la llegada de dicha etapa:

- No fumar.
- Reducir consumo alcohol.
- Dieta saludable.
- Chequeos regulares para detección de cáncer.
- Realizar 30 minutos de ejercicio mínimo al día (caminar, yoga, bicicleta..)

6 Bibliografía

- <https://www.fundacionrenequinton.org>
- <https://www.nia.nih.gov/health/>
- <https://www.merckmanuals.com/>
- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/menopausia>
- Dra. Northrup. "La sabiduría de la menopausia: Cuida de tu salud física y emocional durante este periodo de cambios". Barcelona: Urano 2010
- May serrano. Climaterio: "Todo lo que sabes sobre la menopausia es mentira". 2019. Cordoba. Arcopress Ediciones.

Capítulo 501

ASPECTOS BÁSICOS DE LAS ASFIXIAS.

PATRICIA CARDELI GONZALEZ

1 Introducción

La asfixia se presenta cuando alguien no puede respirar porque la garganta o la tráquea (vía aérea) están bloqueadas con alimento, un juguete u otros objetos. Las vías respiratorias de una persona que se está asfixiando pueden estar bloqueadas provocando que no llegue suficiente oxígeno a los pulmones.

2 Objetivos

- Establecer los aspectos básicos del manejo de la asfixia por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las asfixias son ocasionadas por la interrupción de la respiración, lo que provoca una disminución de oxígeno en el organismo de forma súbita y con extremo

riesgo para la salud del individuo. Esta situación puede desencadenarse por diferentes causas, entre ellas se encuentran:

- Sofocación: el individuo queda cubierto externamente por material que impide la renovación del aire.
- Ahogamiento: el individuo queda bajo el nivel de sustancias líquidas.
- Obstrucción mecánica: debido a una compresión externa, se impide el paso del aire tráquea.
- Paro respiratorio: es la detención de la mecánica respiratoria.

Síntomas de asfixias: aparición de síntomas cianóticos (coloración azulada de la piel) por falta de oxígeno en el torrente vascular y los tejidos, descenso de la temperatura corporal y analíticamente se apreciaría una acidemia respiratoria consecuencia de la respiración anaerobia forzada como último intento de supervivencia de las células.

¿Qué debe hacerse en casos de asfixias? Lo primero es desobstruir la vía aérea, bien sea quitando la compresión mecánica externa en caso de ahorcamiento por ejemplo o retirando un objeto introducido en la vía aérea superior (maniobra de Heimlich). Una vez desobstruida, se le aplica respiración artificial a través del boca-boca tras realizar hiperextensión del cuello de la víctima. Antes de eso, llamar al 112 y pedir ayuda, si está consciente y recupera la respiración, se deberá dejar en posición lateral de seguridad (PLS).

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es poco prevalente en la sociedad actual pero muy grave, se hace necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <https://www.ecured.cu/Asfixia>
- <https://www.aboutkidshealth.ca/>
- <https://www.monografias.com>
- <https://www.medigraphic.com/>

- <https://medlineplus.gov/>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 502

ALTERACIONES VISUALES: INCIDENCIA DE CATARATAS EN LA TERCERA EDAD

MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN

MAR VALDES RODRIGUEZ

1 Introducción

Las primeras operaciones de cataratas de las que se tienen conocimiento, se remontan a más de 3.500 años, en el continente asiático..Scorsetti ("sf") La cirugía usada en el pasado era una técnica llamada reclinación, se trataba de una descolocación del cristalino que quedaría suelto dentro del ojo, pero que no molestaba para ver. Los médicos romanos, a no ser que se estuviera ciego no recomendaban la operación, ya que era tan básica que tenía poco porcentaje de llevarse a cabo con éxito, que valía más ver un poco que no ver nada. Teniendo en cuenta que los instrumentos quirúrgicos eran primitivos y la desinfección no existía, solo unos pocos tenían el valor de someterse a esa cirugía.

En el Renacimiento, la cirugía alcanzó los primeros éxitos, gracias al progreso realizado en la anatomía. Acerbi, (2012) Hasta el siglo XX, la técnica no se perfecciona. Las cataratas hospitalares, pero se hacía a través de grandes cortes que necesitaban puntos, lo que hacía usar gafas con cristales gruesos. En la segunda guerra mundial hubo un cirujano ocular avanzado en la cirugía de cataratas, Harold Ridley, que se dio cuenta que al mismo tiempo que se quitaba el cristalino se podría colocar una lente para mejorar la visión. Como todo comienzo, no fue fácil y hubo

fracaso con estas lentes intraoculares. Se siguió estudiando la forma, eliminando solo la corteza y la capsula del cristalino no tocarla, y por ahí colocar la nueva lente.

Hasta los setenta se colocaba una misma lente, pero gracias a los ultrasonidos que se utilizan para medir los ojos, avanzamos colocando a cada paciente su lente y mejorando la visión. Las cataratas son un proceso normal del envejecimiento, todos tendremos cataratas en la vejez y la edad media serán 70 años. Una catarata es, una afección que se produce en la lente natural del ojo, que se sitúa por la parte posterior del iris y la pupila. El cristalino del ojo es vítreo, y actúa dejando pasar la luz a través del ojo hacia la parte de atrás, enfocando la visión. Las cataratas son un proceso normal del envejecimiento, todos tendremos cataratas en la vejez y la edad media serán 70 años, prevalencia del sexo femenino, y la cirugía de catarata como tratamiento. Rodríguez, (2007) Una catarata es, una afección que se produce en la lente natural del ojo, que se sitúa por la parte posterior del iris y la pupila. El cristalino del ojo es vítreo, y actúa dejando pasar la luz a través del ojo hacia la parte de atrás, enfocando la visión. Ferrer, (2009) La catarata es la ceguera reversible más común en el mundo desarrollado, a causa del envejecimiento de la población.

La catarata es la primera causa de incapacidad para ver de forma nítida. Hasta la edad de 45 años, el cristalino enfoca sobre un objeto ya sea que este cerca o lejos. Mura, (2019) Cuando vamos envejeciendo, las proteínas del cristalino comienzan a cambiar, y como consecuencia, se forma opaco, el ojo se puede ver borroso y la luz no pasa con la misma claridad, esto es lo que se llama, formación de una catarata. Hay factores que afectan la formación de una catarata: aumento de azúcar en sangre, hinchazón en el globo ocular, antecedentes familiares, herida en el ojo, tabaquismo, exposición a la radiación, uso prolongado de corticoides, luz solar, cirugía por otro problema ocular, y en otros casos es idiopática (no se conoce la causa).

Una catarata se desarrolla, lentamente y sin dolor. La visión del ojo afectado empeora. El cristalino se vuelve opaco a partir de los 60 años. Hacia los 75 años las cataratas ya afectan la visión. Las cataratas impiden ver de forma clara y a nivel mundial se trata de una incapacidad que afecta a millones de personas, pudiendo llegar a una ceguera, que se podría evitar. En los países más avanzados debido a que las personas viven más años por la mejor calidad de vida, las cataratas predominan y son subsanadas con una simple operación. Además de los problemas de visión, también pueden notar, sensibilidad a la luz blanca, visión

borrosa o difusa. Con poca luz apenas se ve, la visión se puede volver doble. No se distinguen bien los colores y las gafas se cambian varias veces para adaptar las graduaciones. Las cataratas conlleva una pérdida de visión, normalmente en ambos ojos, aunque uno vea mejor que el otro. Sarlat, (2009)

Las personas que tienen cataratas, tienen la sensación de ver entre tinieblas. La visión borrosa, trae como resultado, dificultades para leer, conducir, cosas normales en el día a día. Las cataratas que se forman con la edad pueden ser de dos maneras: Por un lado, el cristalino está formado por agua y proteínas, cuando las proteínas se acumulan hace que el cristalino se nuble y entonces es cuando tenemos la visión borrosa, ya que disminuye la luz que entra por la retina. Cuando la catarata es pequeña, solo afecta a una parte del cristalino, poco a poco el área se va agrandar, y la catarata crece y la afectación de la vista es mayor. Por otro lado, al ir cumpliendo años el cristalino se vuelve marrón, al principio es poco, y apenas causa dificultades, con el paso de los años, se va incrementado haciendo que nos sea más difícil leer y hacer otras cosas. Este cambio que va poco a poco, no afecta a la nitidez, pero sí a los colores.

Las diferentes clases de catarata ocular que aparecen, además de por la edad, pueden deberse a otros motivos: metabólicas, tienen como base otras enfermedades, por ejemplo la diabetes, congénitas, aparecen al nacer, o los primeros tres meses de vida, esto sucede por motivos genéticos, o bien por alguna enfermedad que hubiera padecido la madre durante el embarazo (por ejemplo una toxoplasmosis, rubeola), traumáticas, debidas una lesión en el ojo, tóxicas, por uso abusivo de algunos fármacos, ejemplo, corticoides. En función de la zona donde se generan también podemos encontrar: nucleares, asociadas a la edad, afecta más a la visión lejana que cercana, son las más frecuentes y se localizan en el centro del cristalino. Evolucionan lentamente, corticales, frecuente en gente con diabetes, aparecen en la corteza del cristalino, son menos comunes, subcapsulares posteriores, más común en gente joven, se desarrollan rápidamente, sin dar síntomas, hasta que ya progresaron. Se desarrollan en la capsula del cristal. Si valoramos su grado de madurez: inmadura, el cristalino cambia mínimamente y solo cambia un poco de color y se ve claramente, en evolución, ya nos causa trastorno, y ya se ve opaco, y madura: la visión se vuelve borrosa y aparece todo blanco. Por último, hipermadura. La visión está muy reducida, el núcleo se vuelve marrón y más denso.

A partir de los 40-45 años, comienza la presbicia, que es la afectación del cristalino, el ojo empieza a tener problemas para enfocar, esto hace que el cristalino

empiece a calcificarse, y tenga problemas para estirarse y contraerse y cuando la calcificación es completa, aparece la catarata y la visión se vuelve borrosa. Cuando se comienza con las cataratas y están en proceso de formación, unas simples gafas de sol nos pueden ayudar, para evitar el deslumbramiento. Personas que usan gafas normalmente, acuden al oftalmólogo a cambiar la graduación, creyendo que de lo que se trata es de un empeoramiento en su visión, y no del comienzo de una catarata. Hoy en día no existe un tratamiento farmacológico para corregir las cataratas y todas aquellas personas que la sufren (es una patología que condiciona el día a día) deben someterse a una cirugía. Se trata de sustituir el cristalino opacificado por una lente artificial que se denomina lente intraocular y que pasa a realizar las funciones del cristalino. Se lleva a cabo la operación con incisiones de menos de 2 milímetros. Y es que los últimos avances en oftalmología permiten a los especialistas realizar cirugías menos invasivas.

La cirugía de cataratas, debe llevarse a cabo cuando ya se considera, que hacer vida normal es complicado, e invalida en cierta manera al paciente. Esta cirugía se practica habitualmente, porque además se trata de una intervención rápida y con pronta recuperación. Antes de someterse a esta cirugía, y después de acudir a nuestro oftalmólogo, este nos hará una serie de pruebas para diagnosticar, antes de realizar la cirugía. Algunas de ellas son: test de agudeza visual, tensión del ojo, exploración del fondo del ojo, medida de la cornea y grosor, cálculo de la lente intraocular.

Dentro de la cirugía otro gran avance, en la década de los ochenta fue la facoemulsificación, lo que permite que la incisión sea mucho menor y se consigue extraer pequeños trozos de la catarata a la vez que colocamos la lente y no sea necesario puntos. La facoemulsificación es un método de rotura de la lente para sacarla. La facoemulsificación, es la técnica más empleada y se realiza mediante ultrasonidos. Fernandez-Vega, (2017). Esta consiste en hacer un pequeño corte en el ojo, para poder trabajar en su interior, se mete una sonda que por ultrasonidos rompe el cristalino y lo elimina, ahí es donde se implanta la lente ocular, que sustituye al cristalino. La cirugía es sencilla y no necesita preparación especial, solo dilatación con fármacos de la pupila alrededor de media hora antes con antibióticos y antiinflamatorios para prevenir. Tipos de lentes intraoculares Las lentes permiten al paciente ver a todas las distancias, tanto de lejos, como de cerca, como en una distancia intermedia (lentes trifocales). De lejos y de cerca (lentes bifocales), o solo de lejos (monofocales; en este caso, el paciente necesitaría complementar con una gafa para la visión de cerca). Si el paciente no está muy interesado en prescindir de la gafa de cerca (personas muy mayores, por ejemplo), podemos usar

ese tipo de tecnología. Las lentes tienen algunas limitaciones y pacientes muy exigentes, pueden notar que la nitidez no es completa, aunque es muy buena, y la sensibilidad al contraste está mermada, lo que en lugares con poca luz, limita la visión. Pero la mayor parte de las personas que se operan de cataratas suele requerir lentes bifocales o trifocales para ver a todas las distancias.

Además se cuenta con otra tecnología que es la utilización del láser de femtosegundo para la cirugía de la catarata. Velázquez, (2013) El femtoláser puede hacer las incisiones de una manera muy perfecta. Con el láser realizamos parte de la cirugía de la catarata, ya que otra parte se debe terminar de la manera convencional con los ultrasonidos y con la absorción del material cristalino. Hace años se recomendaba al paciente esperar a un estadio avanzado de la catarata ya que en ese momento, con la técnica que se utilizaba, era la más recomendada.. Armas, (2001). Pero ahora, los avances nos permiten cirugías menos invasivas y por eso (aunque es el especialista el que debe evaluar cada caso de forma individual), se suele recomendar no esperar y corregirlas en épocas más tempranas. La cirugía no suele presentar complicaciones, dado a los avances de la técnica y la mínima incisión que se realiza y normalmente se recupera la visión que se tenía antes de la operación. Si tenía algún problema de visión previamente, puede que no recupere la visión en su totalidad, pero eso ya se lo ha tenido que avisar con anterioridad su oftalmólogo. El defecto refractivo residual en pacientes operados de catarata en personas de la tercera edad es una de las pocas complicaciones posquirúrgica . Gomez, (2018).

La visión se va normalizando en cuanto que la pupila se vuelve de su tamaño normal, eso pasa , generalmente a las 24 horas. Al principio es normal ver de color rojo, como un resplandor alrededor de la pupila, eso sucede por el instrumental utilizado. Para aprovechar toda su utilidad, las lentes, necesitan un periodo de acomodación, que puede variar de una persona a otra y durar entre unos días a unos meses. La cirugía, está continuamente avanzando y se llegará a tener lentes ajustables que podrán ser corregidos en postoperatorio, para corregir otros defectos. Cada vez se disminuye el riesgo de infección, son más seguras las intervenciones. En la mayoría de los casos se trata de una operación ambulatoria con anestesia tópica o loco-regional y tras la cual el paciente puede volver a casa sin necesidad de quedarse ingresado. El postoperatorio y la vuelta a la rutina por parte del paciente suele ser rápida y en torno a 48 horas después de la operación podrá llevar una vida normal. Eso sí, es muy importante que durante las dos primeras semanas no realice grandes esfuerzos y evite posibles traumatismos directos sobre el globo ocular.

2 Objetivos

- Describir la incidencia y prevalencia de cataratas, así como su manejo terapéutico.

3 Metodología

Describir la prevalencia de catarata a partir de estudios de población mediante una revisión bibliográfica sistemática y exhaustiva. Utilizando bases científicas Dialnet, Pumbed, Elsevier... Valorar diferentes estudios que evalúan el riesgo de padecer la enfermedad a cierta edad. Analizar sujetos mayores de 65 años y ver su incidencia en ambos sexos. En un porcentaje de población se realizó el estudio de una parte que demostraba más incidencia y hemos excluido a otros por su escasa relevancia, desechando dicho muestreo. Se realizó un muestreo de prevalencia e incidencia de cataratas, en una población mayor de 55 años, caucásico y con un patrón de estudio superior a 1000 personas y año de publicación que va desde el 2000-2018. El estudio se hace a través de internet en varias plataformas oftalmológicas, libros y artículos de revistas médicas. Las palabras claves empleadas son: catarata, vejez, cristalino, cirugía, visión.

4 Resultados

A medida que una catarata empeora y con ello la visión, el objetivo del oftalmólogo es detectar la catarata de una forma temprana y recomendar, bien el cambio de gafas, más iluminación, gafas de aumento y hasta gafas de sol con el fin de llegar a una mejor visión e intentar que la cirugía, que es el objetivo final, demorarla hasta que sea inevitable, para mejorar la visión. La catarata no es una cirugía de urgencia, por lo que se puede esperar. Para valorar la incidencia de la catarata, se valora conjuntamente su opacificación y criterio funcional, y se puede definir la catarata como la opacificación del cristalino acompañada de un determinado nivel de agudeza visual., que disminuye llegando a un defecto que varía dependiendo del grado de la enfermedad. Es relevante pues, establecer de manera precisa la proporción de pacientes que padecen esta enfermedad y que son potenciales demandantes de cirugía electiva de cataratas.

La incidencia de la catarata a partir de estudios de población. Acosta, (2003) Algunas enfermedades como la retinopatía diabética, (diabetes ocular) debe someterse a una cirugía de cataratas, antes de tratar la enfermedad. Hormigó, (2015) Esta op-

eración es muy positiva, ya que no es necesario pinchar anestesia ni dar puntos de sutura. No se tapa el ojo después de la operación, y no es necesario el ingreso. La recuperación de la visión es rápida y se debe seguir un protocolo después de la intervención, sencillo de llevar a cabo. Por ello la operación de cataratas, todo son ventajas. Si se operan ambos ojos, es mejor operar uno, y a la semana siguiente o 15 días el otro. Lujan, (2014) Hay programas con controles de seguimiento de la cirugía a la semana y al mes y luego se establecen revisiones anuales.

Tras una cirugía ocular para una pronta y segura recuperación se recomienda:

- No conduzca un vehículo el primer día.
- No levante objetos pesados ni realice actividades extenuantes durante las primeras semanas.
- Inmediatamente después del procedimiento, evite agacharse para evitar poner presión adicional sobre el ojo.
- Si es posible, no estornude ni vomite inmediatamente después de la cirugía.
- Procure caminar con cautela después de la cirugía y trate de no chocar contra puertas u otros objetos.
- Para reducir el riesgo de infección, evite nadar o usar el jacuzzi durante la primera semana.
- No exponga al ojo a irritantes tales como suciedad, polvo y viento.
- Nunca se frote los ojos, lo cual no es aconsejable siquiera cuando no se está recuperando de una cirugía. Al ser la primera causa de ceguera, los médicos de todos los tiempos siempre le han dado una especial atención a esta enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Después de valorar, que una catarata es una patología, que como resultado vemos que su incidencia está asociada a la vejez, y que la prevención en algunos casos, no es optima y acaba en una cirugía, reconocer que la operación de cataratas es positiva, ya que se mejora la visión con poco riesgo para el paciente y con pocas complicaciones. Además, es sorprendente lo bien que se siente el paciente y lo fácilmente que reanuda sus actividades diarias, incluso al día siguiente de la operación de cataratas.

Algunas precauciones si que hay que tomar, el oftalmólogo prescribe, gotas de antibiótico y gotas antiinflamatorias. Durante la primera semana debe aplicarse esas gotas varias veces al día. La catarata tiene una alta incidencia, que afecta de una manera más pronunciada a la población femenina.

6 Bibliografía

- www.oftalmoseo.com.(oftalmoseo.com2015)
- www.clinicabarraquer.com (clinicabarraquer.com2018)
- www.medlineplus.gov .(medlineplus 2019)
- www.imo.es.(imo.es 2018)
- www.allaboutvision.com.(all about vision2019)
- www.mayoclinic.org.(clínica mayo2018)
- www.fernandez-vega.com.(Fernandez-Vega 2017).
- www.clinicavilloria.es (clínicavilloria2017).
- www.elsevier.es .(elsevier.es Diario de la Rioja 2014)
- Caracterización de la cirugía de catarata en pacientes con retinopatía diabética. Rodríguez Alonso, Yamirka; Fouces Gutiérrez, Yudania; Ruiz Miranda, Magdevis; Irrargorri Dorado, César A; Cárdenas Díaz, Taimí; Hormigó Puertas, Iraisí (2007).
- Revisión sistemática de estudios poblacionales de prevalencia de catarata Systematic review of population-based studies of the prevalence of cataracts. Acosta R. Hoffmeister L.Román R. Comas M.Castilla M. Castells X. (2005)
- Caracterización de la cirugía de catarata en pacientes con retinopatía diabética Cataract surgery in patients with diabetic retinopathy Dra. Yamirka Rodríguez Alonso,I Dra. Yudania Fouces Gutiérrez,I Dra. Magdevis Ruiz Miranda,I Dr. César A. Irrargorri Dorado,I Dra. Taimí Cárdenas Díaz,II Dra. Iraisí Hormigó PuertasII (2018)
- Catarata senil y atención primaria. Dra. Mayda Armas López (2001)

Capítulo 503

OBESIDAD. EPIDEMIA MUNDIAL

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad que en España ha aumentado considerablemente y de forma alarmante en la población infantil, pasando a ser un gran problema para la salud. La obesidad está más presente en los países desarrollados y afecta a personas de diferentes edades y condiciones sociales, siendo las pobres las que tienen mayor porcentaje de obesidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) OMS, se considera que una persona es obesa cuando su Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30 .

2 Objetivos

- Analizar los factores que provocan la obesidad, estableciendo protocolos de prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- En la sociedad en que vivimos hemos cambiado los hábitos saludables por otros hábitos más cómodos. En los últimos años ha cambiando nuestra forma de alimentarnos y también nuestra movilidad.
- En lo referente a la alimentación estamos abandonando la dieta mediterránea , rica en frutas y verduras por productos procesas mucho más ricos en azúcares y calorías. Los motivos de dicho cambio se pueden atribuir a la falta de tiempo a la hora de elaborar las comidas y al coste de los productos frescos, esto último afecta considerablemente a las rentas más bajas donde el porcentaje de obesidad es mucho mayor . En cuanto a la movilidad nos hemos convertidos en una sociedad sedentaria y en la que el ejercicio físico no está incluido.

Se puede decir que se ha sustituido una actividad básica como caminar, actividad que puede ser realizada por la gran mayoría de las personas , por la comodidad del coche o transporte público.

La obesidad no solo afecta a la imagen, conlleva una serie de problemas de salud, tanto físicos (diabetes, artritis, dolor de espalda, rodillas, etc.), como psíquicas (depresión, baja autoestima, etc). Esto povoca una aumento en el gasto sanitario que se verá incrementado anualmente , estimándose que en el año 2030 más de la mitad de la población padecerá obesidad.

Se deben realizar campañas promoviendo una dieta saludable y un aumento del ejercicio físico.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- www.unicef.es
- Fundación Gaspar Casal www.sadeno.es
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 504

LA DISFAGIA EN PERSONAS MAYORES

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS

YARINA PRIETO ALCAÑIZ

ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO

ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ

LAURA CAMPA CAMPA

1 Introducción

La porción de personas mayores de 65 va aumentando, esta población tiene mayor riesgo de padecer todo tipo de enfermedades por el deterioro Fisiológico. La disfagia o dificultad para tragar puede darse por diferentes causas enfermedades del sistema nervioso central, lesiones estructurales, desordenes neuromusculares.

En las personas de edad avanzada algunas de estas condiciones son más frecuentes que en personas jóvenes. Además es importante destacar que las consecuencias de las alteraciones de deglución son significativas y los resultados son muchas veces por aspiraciones y neumonías que comprometen la salud y las expectativas de vida.

2 Objetivos

- Conocer la magnitud de los riesgos y los problemas de deglución en la población mayor.
- Valorar las medidas adoptadas para el manejo de la disfagia Identificar las consecuencias de la disfagia y objetivar complicaciones

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y en páginas web hasta el año 2017.

4 Resultados

Concepto de disfagia

Es la dificultad o imposibilidad absoluta al momento de tragar alimentos sólidos y líquidos. Cuando existe la disfagia, y el proceso deglutorio se vuelve muy difícil y complicado, puede inclusive obligar a la persona a buscar vías alternativas para mantener una nutrición básica.

La disfagia puede presentarse a cualquier edad, siendo más frecuente en:

- Ancianos y personas mayores.
- Personas que sufren patologías como accidentes cerebrovasculares / daño cerebral (ictus) o enfermedades neurológicas –como Párkinson o el Alzhéimer–.
- Personas que han sufrido enfermedades con afecciones a la tráquea.
- De acuerdo a los datos obtenidos por la Fundación de Recerca en Gastroenterología, sufren en mayor o menor medida problemas de disfagia: 1 de cada 4 personas (25%) mayores de 70 años, 3 de cada 5 personas (60%) que viven en una residencia de personas mayores, casi 1 de cada 2 personas (45%) que han sufrido un accidente vascular cerebral. Según datos de la Sociedad Española de Gerontología y Geriátrica: entre el 25% y el 55% de las personas con accidente vascular cerebral, entre el 52% y el 82% de las personas que sufren Párkinson, entre el 45% y el 50% de las personas con Alzhéimer.

Tipos de disfagia

Se puede dividir en función de la fase del proceso en la que se produce la dificultad para tragar:

- Disfagia orofaríngea (o alta)
- Disfagia esofágica (o baja)
- Disfagia mecánica (motivada por problemas físicos tumores estrechamiento del esófago)
- Disfagia Neurológica, neurogena. (causada por enfermedades neurodegenerativas, ictus, esclerosis múltiple, Alzheimer entre otros.)

Causas y riesgos de la dificultad para tragar en personas mayores.

Cuando una persona mayor padece disfagia, tiene dificultades para tragar los alimentos y bebidas. Entonces puede no absorber bien los nutrientes que necesita su organismo suponiendo un riesgo importante de malnutrición, deshidratación, o el desarrollo una neumonía por aspiración.

Causas.

En la Disfagia Orofaríngea. Cambios físicos relacionados con la edad:

- Pérdida de dientes y muelas.
- Desajustes en las prótesis dentales.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de masa muscular y fuerza (sarcopenia).
- Debilitamiento o atrofia de los músculos responsables de la masticación.
- Menor producción de saliva.
- Cambios en el tono de los músculos encargados de ayudar a tragar.
- Lentitud en la transmisión de órdenes desde el cerebro hasta esos músculos.

En la Disfagia Orofaríngea. Lesiones estructurales:

- Estrechamientos en la laringe o la faringe.
- Inflamaciones.
- Infecciones.
- Lesiones vasculares.

En la Disfagia Orofaríngea. Enfermedades Neuromusculares:

- Accidentes cerebrovasculares.
- Párkinson.
- Demencias, Alzhéimer.
- Esclerosis lateral amiotrófica.
- Diabetes mellitus.

En la Disfagia Esofágica. Cambios físicos relacionados con la edad:

- Disminuyen las contracciones espontáneas del esófago, que conducen el bolo alimenticio hacia el estómago.

Signos de alerta de disfagia en una persona mayor.

- Alteración de la voz
- Tiene dificultad para masticar o manejar la comida en la boca.
- No puede controlar la saliva y se le cae con frecuencia.
- Realiza varios intentos para tragar una pequeña cantidad.
- Tiene sofocos mientras come.
- Rechaza alimentos que antes comía sin problemas, incluyendo líquidos o agua
- Se queja de que tiene dolor al tragar
- No quiere comer
- Tose o carraspear al tragar especialmente con líquidos Pierde peso.
- Sufre infecciones respiratorias repetidamente.

Recomendaciones y cuidados de personas mayores con disfagia.

En la Alimentación. En una dieta para una persona mayor que sufre disfagia es fundamental:

- Garantizar una nutrición e hidratación adecuadas.
- Adaptar la textura de los alimentos sólidos y de los líquidos para conseguir una alimentación segura a fin de evitar atragantamientos y bronco aspiraciones de comida, que pueden derivar en infecciones pulmonares.
- Antes de introducir en la boca una nueva porción, comprobar que la anterior ha sido tragada completamente.
- Evitar las dobles texturas con mezcla de líquido y sólidos en un mismo plato: por ejemplo, mezclar sopas con legumbres sin pasar por la batidora, bollos o magdalenas mojadas en la leche.
- Si necesita que una persona le dé de comer, ésta debe decirle qué le va a dar de comer y enseñárselo. Debe mostrar calma y seguridad. No debe conversar, ya que hablar aumenta el riesgo de que la persona mayor se atragante. Debe colocarse frente a la persona mayor y a su misma altura o un poco más baja, para que la persona mayor mantenga baja su barbilla y eso le facilite la deglución.
- Evitar que la cuchara toque los dientes de la persona mayor, ya que esto podría provocar el reflejo de morderla.
- Evitar alimentos secos: magdalenas, pan tostado, magdalenas, frutos secos. Estos se desmenuzan al morderlos y la lengua tiene dificultades para coger los restos.
- Evitar alimentos pegajosos: plátano, puré de patata, leche condensada, miel, algunos postres, caramelos (que además, generan mucha saliva y ésta puede desviarse a las vías respiratorias si no se traga bien)...
- Líquidos: es conveniente aumentar la consistencia de los líquidos hasta el punto indicado por prescripción médica (néctar, miel, púding).

En la Higiene bucal:

- Realizar una limpieza bucal antes y después de la comida. Tener la boca limpia es importante para mantener hidratada la mucosa, estimular la producción de saliva y evitar que el alimento se quede pegado a la boca.
- Limpiar la dentadura postiza, encías y lengua.
- Persona con disfagia está encamada, usar gasa humedecida en agua o líquido desinfectante enrollada en el dedo frotar encías y lengua.

Tratamiento.

- La rehabilitación logopédica, es el único tratamiento para la disfagia, lo cual en función de su tratamiento la logopeda le orientara sobre la conveniencia de realizar ejercicios conocidos como praxias bucofonatorias enfocados en la mejora de la movilidad de boca, lengua, paladar y faringe. Asimismo se le enseñara adoptar posturas adecuadas al comer.
- Se probara con diferentes texturas de alimentos empezando por los menos densos terminando con los sólidos.
- En pacientes con deterioro cognitivo se deberán seguir unas pautas a la hora de darle la alimentación.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia tiene como complicaciones fundamentales, la desnutrición, la deshidratación y la neumonía por aspiración. Es un síntoma que se puede prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar. Para ello es imprescindible que estos enfermos sean atendidos por un equipo multidisciplinaria.

6 Bibliografía

- Libro: Clavé P, Verdaguer A, Areola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. Ed: Med Clin. Barcelona. 2005.
- Libro: Ashbaugh Enguídanos RA, Cabello Neila JM, González Blázquez S, Gutiérrez Fonseca R, López Mongil R, López Trigo JA, Martínez Burgui C, Ramos Cordero P. Envejecimiento y Nutrición: Intervención nutricional en el paciente con disfagia. Ed: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid. 2014.
- Libro: González Alted C, Casado Romo MP, Gómez Blanco A, Pajares García S, Dávila Acedo RM, Barroso Pérez L, Panizo Velasco E. Guía de nutrición de

personas con disfagia. Ed: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. 2017.
- <https://www.personamayor.org/>

Capítulo 505

ULCERAS POR PRESIÓN: PREVENCIÓN LOCALIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN

ANGELES MARIA GOMEZ OCHOA

ANA MARIA MARTINEZ MARTINEZ

MARIA ISABEL FERNANDEZ LAGO

1 Introducción

Los tejidos del cuerpo humano para su función vital reciben oxígeno y nutrientes, como también eliminan los desechos metabólicos a través de la sangre. Por lo tanto cualquier factor que interfiera en esta función pueda alterar la vida celular provocando úlceras por presión (UPP) o escaras que son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel, tejidos subyacentes e incluso articulaciones y huesos, producidas por una presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Suponen un grave problema para la salud, alteran la calidad de vida del paciente y tienen repercusiones socio-económicas y sanitarias. Afectan a personas que pasan largos periodos de tiempo en una misma posición, debido a una presión entre las partes del cuerpo más prominentes y un plano duro como puede ser la cama.

Además de los factores ya mencionados hay que destacar también la importancia que tiene la temperatura corporal, la humedad (debido a incontinencia urinaria o fecal), la deshidratación, la pérdida de masa muscular así como una nutrición deficiente, el sobrepeso y tener una edad avanzada que pueden favorecer la aparición de UPP.

La prevención (cambios posturales, etc.) y los cuidados específicos pueden evitar o reducir las UPP.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Saber identificar y actuar sobre los factores de riesgo que provocan o pueden provocar la aparición de una UPP.

Objetivos secundarios:

- Prevenir las UPP (mejorar la calidad de los cuidados y de la vida de los pacientes encamados).
- Clasificar de las UPP según sus estadios.
- Referenciar los factores de riesgo para la aparición de UPP, su localización y su prevención.
- Elaborar un protocolo para el personal de enfermería, familiares y cuidadores.
- Crear una comunicación fluida entre los diferentes cuidadores de una persona propensa a una UPP.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación metódica y sistemática en diferentes bases de datos relacionadas con el tema así como un seguimiento de protocolos clínicos.

4 Resultados

Las zonas de riesgo de aparición de una UPP en un paciente, varía según la posición que éste adopte. Las más frecuentes son:

- Zona Sacrococcigea
- Cadera
- Trocánter mayor
- Codo
- Talón
- Omoplato
- Rótula (Rodilla)
- Maléolo (Prominencia del tobillo)
- Región Occipital (Detrás de la cabeza)
- Oreja

También es muy común que puedan aparecer entre los pliegues de la piel en personas obesas, como puede ser debajo de las mamas o de las nalgas.

Hay signos tempranos que nos pueden alertar de la aparición de una úlcera por presión como son el enrojecimiento de la piel, zonas de piel muy esponjosa o con durezas, pequeñas erosiones de la capa superior de la piel, etc.

Es muy importante prevenir la aparición de UPP mediante unos cuidados básicos y necesarios:

- En pacientes encamados dependientes es necesario realizar cambios posturales cada 2 horas para evitar que la presión sobre cualquiera de las zonas se alargue en el tiempo.
- Se colocarán almohadas suaves en los puntos donde pueda haber fricción.
- La utilización de colchones antiescaras en aquellos pacientes encamados de larga duración es esencial para la aparición de úlceras.
- El aseo debe realizarse con esponjas y jabones suaves, sin frotar, aclarar muy bien e insistir mucho en el secado con especial atención en las zonas de pliegues de la piel.
- Cuando se trate de pacientes incontinentes hay que procurar el cambio de pañal y aseo siempre que sea necesario y a la mayor brevedad posible.
- Hidratar la piel después del aseo y usar protectores cutáneos todos los días. No se deben de usar polvos de talco porque secan la piel en exceso.
- Las prendas de vestir deben de ser holgadas, sin costuras gruesas, botones o cremalleras que puedan presionar la piel. La ropa de cama debe de estar limpia, seca y bien estirada.
- La alimentación juega un papel importante en la aparición de UPP, por lo que la dieta debe de ser saludable, con calorías y proteínas suficientes según las necesidades del enfermo.
- El agua es esencial para una buena hidratación.

Cuando inevitablemente aparece una UPP se aliviará la presión en la zona afectada, se aplicarán ácidos grasos hiperoxigenados y se colocarán apósitos en el área dañada. Si la úlcera avanza se deben hacer desbridamientos del tejido necrótico y posteriormente limpieza y desinfección de la herida.

Las úlceras generalmente se clasifican en 4 estadios según la profundidad y afectación de los tejidos, siendo el cuarto el de peor pronóstico :

- Estadio I: Alteración observable de la piel íntegra, que se manifiesta con eritema cutáneo que no palidece al ser presionado. La tonalidad puede variar según el

tono de la piel.

- Estadio II: Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, la dermis o ambas. Tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en el músculo, el hueso o las estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Si se consigue una unificación en la actuación de todo el personal sanitario o cuidadores de personas dependientes, con una vigilancia continua a la piel del enfermo encamado (especialmente a aquellas partes del cuerpo más susceptibles de aparición de UPP), así como una actuación directa sobre los factores causantes de ésta, estaremos evitando la aparición de escaras. También estaremos evitando muchas infecciones, dolor innecesario y estancias hospitalarias prolongadas.

Esta prevención representa una importante mejora en la calidad de vida del paciente encamado, además de suponer un importante ahorro en el gasto sanitario.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/>
- <http://vitalia.es/b12m82/>
- <http://espacionurseril.blogspot.com.es>
- <https://medlineplus.gov/>

Capítulo 506

ICTUS ISQUÉMICO

MARÍA CELIA CABO SUÁREZ

MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA

CLARA MARIA GARCIA HERRERO

1 Introducción

El ictus representa una epidemia en los países industrializados, siendo una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental, la primera de discapacidad y la segunda de demencia en el adulto.

El ictus es la primera causa de mortalidad entre las mujeres españolas y la segunda en los varones, según datos del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN)

El ictus es una enfermedad cerebrovascular y se produce por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo. La sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria y, como consecuencia, las células nerviosas no reciben oxígeno, dejando de funcionar. Algunas de las causas son: la edad, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, contador de glóbulos rojos, sedentarismo, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, obesidad, entre otros.

En la actualidad, un 30% de los pacientes con ictus presenta un problema de discapacidad que se manifiesta con parálisis, problemas de equilibrio, trastornos del habla y déficits cognitivos. De hecho, sólo el 40% de los enfermos pueden valerse por sí mismos.

Los cuidados durante la fase aguda están muy desarrollados pero, debido al gran impacto personal, familiar, sanitario, social y laboral que ocasiona sus secuelas, también se hace necesaria una continuidad en los cuidados tras el alta hospitalaria, que garantice una atención integral a los pacientes y a sus familias, donde los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental.

2 Objetivos

- Analizar los cuidados de transición proporcionados a las personas que han sufrido un ictus isquémico, así como a sus familias y/o cuidadores.
- Estudiar la rehabilitación del paciente una vez que sale del hospital y debe adaptarse a su nueva situación tanto a nivel personal como social y familiar.

3 Metodología

La realización de una búsqueda bibliográfica, en las bases de datos de Ciencias de la Salud, y en el buscador Google Académico. Así como diversas plataformas online que contenían términos como ictus, continuidad de cuidados, actividades de la vida diaria, trastornos emocionales, familia, informe de alta de enfermería, autocuidado, cuidados domiciliarios, educación sanitaria, cuidados de enfermería.

4 Resultados

Se presentan en relación con las tres áreas de intervención elegidas: adaptación del paciente con ictus en la realización de las actividades de la vida diaria, atención emocional al paciente y apoyo a la familia.

Adaptaron del paciente con ictus: La adaptación a las actividades de la vida diaria es el principal reto que tienen las personas que han sobrevivido a un ictus, ya que se estima que entre el 70-90% de los pacientes con ictus sufren secuelas y que el 30% de ellas incapacitan a estas personas para su autonomía, generándose una demanda de cuidados que el profesional de enfermería deberá satisfacer.

Atención emocional al paciente: El ictus no sólo tiene consecuencias a nivel físico, sino que afecta de manera sustancial al área emocional del paciente .siendo muy frecuentes los cuadros de depresión, que a veces son infradiagnosticados y escasamente reconocidos por los profesionales de enfermería, ya que aunque saben identificar los síntomas no utilizan las herramientas adecuadas para su correcta

valoración .Debido a la alta prevalencia (20-65%) de la depresión post-ictus y su fuerte asociación con la disminución de la capacidad funcional y psicosocial, factores que afectan seriamente tanto a las habilidades cognitivas como a la recuperación funcional y a la calidad de vida de las personas y que, por tanto, reducen significativamente la tasa de recuperación y aumentan la morbimortalidad así como la posibilidad de recurrencia ,es muy útil el uso de escalas estandarizadas como la Escala de Depresión de Hamilton, el Índice de Beck y la Geriatric Depression Scale o Escala de Depresión Geriátrica, con el fin de detectar precozmente los síntomas depresivos e instaurar su tratamiento

Apoyo a la familia: Los profesionales de enfermería tienen una importante labor educativa de cara a la familia del paciente con ictus, ya que tras el alta hospitalaria es fundamentalmente ella quien va a encargarse de su cuidado diario. Además, se ha demostrado que los cuidadores tienen una mejor comprensión de la enfermedad que los pacientes, y que los profesionales de enfermería suponen una fuente principal de información para ellos, considerando la Atención Primaria como el primer punto de contacto para solicitar y recibir información así como para solucionar problemas .La educación proporciona, por un lado, la información necesaria para una adecuada comprensión de la enfermedad, y por otro ofrece ayuda en la toma de decisiones. Además, la educación tiene un papel muy importante en la prevención secundaria del ictus y facilita la auto-gestión exitosa de esta enfermedad crónica.

La rehabilitación es una de las partes más importantes del tratamiento. El objetivo principal de la rehabilitación es ayudar al paciente a adaptarse a sus déficit. La mayoría de los pacientes que han sufrido un ictus necesitan rehabilitación en un determinado número de áreas . La intensidad y duración del programa variará según la gravedad de la discapacidad. Habitualmente, los programas de rehabilitación integran la terapia física y ocupacional y en los casos q se precisen, la rehabilitación del lenguaje. Estos programas de rehabilitación pueden y deben implicar a un buen número de profesionales(médicos rehabilitadores, neurólogos, médicos de cabecera, personal de enfermería, fisioterapeutas, logopedas, trabajadores sociales, psicólogos, etc) y por supuesto, al paciente, familiares y cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de transición ayudan a la reincorporación de los pacientes a su entorno habitual y a la adaptación de las familias a la nueva situación de salud.

Sin embargo, los cuidados están fragmentados en la práctica clínica. Algunas propuestas de mejora como la creación de la figura de la enfermera/o de enlace o los programas de seguimiento domiciliario son insuficientes y se necesita más investigación sobre su eficacia

La asistencia continuada para pacientes que han sufrido un ictus es indispensable para mejorar su calidad de vida.

6 Bibliografía

1. <http://www.semap.org/index.html>
2. <http://www.sedene.com/revista-de-sedene/>
3. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria.
4. Federación Española de Ictus. Dossier de comunicación. Día Mundial del Ictus.
5. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/ictus.html>
6. Egido José A , Primera edición de 1997 y reimpresión de 2003.

Capítulo 507

DETECTAR LA OBESIDAD INFANTIL

ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ

SHEILA MARTINEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular que puede llegar a ser muy perjudicial en la salud de los más pequeños. Si tenemos en cuenta que, según los datos extraídos del artículo de Belén Hernández publicado en el periódico El País el 15 de octubre de 2019 (1), el 14,2% de los menores entre 8 y 16 años sufre obesidad, podemos llegar a la conclusión de que es importante detectar estos casos, especialmente para tratar de prevenirlos.

2 Objetivos

- Estudiar las diferentes pautas para detectar un caso de obesidad infantil frente a un caso de leve exceso de peso.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en múltiples bases de datos y portales web, utilizando especialmente trabajos académicos extraídos de Google Scholar para recabar la información necesaria.

4 Resultados

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. La causa primordial de la misma es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

La manera más fidedigna de calcular si una persona, adulta o no, debe perder peso, consiste, por tanto, en medir la proporción de tejido graso en el organismo. Dicha función la cumplen algunos aparatos como el impedanciómetro pero sin llegar a necesitarlo bastaría con calcular el índice de masa corporal dividiendo el peso entre la estatura al cuadrado. Se considera que el resultado de esta fórmula debe rondar entre 10 y 20 para hombres, mientras que para mujeres debe rondar entre 15 y 25 para considerar que se encuentran dentro de un peso normal.

5 Discusión-Conclusión

Según lo expuesto anteriormente se consideraría un caso de obesidad infantil únicamente si el IMC (Índice de masa corporal) del niño o niña excede, según el caso, el 25 o 30 en el resultado de la fórmula. En caso contrario, a pesar de no tratarse de un caso de obesidad, se estudiaría igualmente la situación para tratar de llevar el peso del menor y, por tanto, su salud a su estado ideal.

6 Bibliografía

1. <https://elpais.com/>
2. <https://www.arkopharma.com/>

Capítulo 508

PREVENCIÓN DE PROBLEMAS BUCODENTALES DESDE LA INFANCIA EN CENTROS DE SALUD

SANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

MELISA ROBLES SANDINO

MARIA DEL ROSARIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

ANDREA MANJÓN SÁNCHEZ

LAURA GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

Es muy importante que los niños acudan a revisiones periódicas y financiadas por la seguridad social, ya que eso garantiza el acceso a la prevención de problemas de salud a personas de diverso estatus socio-económico. El ritmo de vida y la proliferación de comidas excesivamente azucaradas, hace que sea de vital importancia inculcar en los más pequeños hábitos y estrategias para garantizar una boca sana.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Adquirir hábitos de cepillado, uso de seda dental y rascador lingual.

Objetivos secundarios:

- Prevenir enfermedades y problemas como caries, gingivitis o pérdida de piezas dentales.
- Detectar problemas de oclusión, mordedura cruzada u otros trastornos que no solo afecten a la salud de la boca sino del resto del cuerpo.
- Alcanzar la salud integral.

3 Metodología

Citar a los niños para revisiones periódicas en los centros de salud, explicándoles la metodología del cepillado, veces al día necesarias, formas de usar el rascador lingual, seda dental y enjuague, así como de los tipos de pasta recomendados según el rango de edad. En esa misma revisión se realizará una exploración en busca de caries, placa, defectos en el esmalte, etc. Posteriormente se comprobará la oclusión, se aplicará fluoración si fuese necesario o se recita para empaste si se detectasen caries.

4 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- Educastur.
- Astursalud.
- Medicarama.

Capítulo 509

ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA, DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA

JOSÉ ANTONIO ESCANLAR MONTESERÍN

MARIA DE LOS ANGELES ESTEVEZ SEOANE

ANA BELÉN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En los últimos años en nuestro país, han ido cambiando las costumbres y las rutinas que teníamos hace años. El poco tiempo libre que tenemos, el trabajar fuera de casa, hace que la alimentación se descuide, y sobretodo en los niños.

Se ha observado que desde hace unos años ha ido aumentando la obesidad infantil, convirtiéndose en un serio problema de salud pública. Que los niños desde la infancia, tengan un exceso de peso, acarrea con los años problemas más graves como pueden ser los respiratorios, los cardiológicos, los ortopédicos, e incluso los psicológicos. No es raro que en torno al final de la adolescencia nos encontremos con chicos y chicas que presentan trastornos alimenticios tan graves como la bulimia y/o anorexia nerviosa, que si no son detectadas a tiempo, pueden llevarles a la muerte.

2 Objetivos

- Conocer qué estrategias podrían ser válidas para mejorar la alimentación en la infancia.
- Analizar los hábitos que tienen los niños.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en Dialnet, Google académico y Scielo. Se ha acotado entre 2012 y 2019, teniendo en cuenta solo aquellos artículos que hicieran referencia a alguno de nuestros objetivos del trabajo.

Los descriptores que hemos utilizado en nuestra búsqueda han sido “alimentación infantil”, “obesidad”, “hábitos saludables” y “ejercicio físico”.

4 Resultados

En los artículos que hemos revisado, hay una misma conclusión, y es que no estamos alimentando bien a los niños, ya que hay un fuerte aumento de los pequeños con sobrepeso en nuestro país.

Es cierto que hay muchas actividades extraescolares, pero solo aquellos niños que realizan alguna actividad física basada en ejercicios aeróbicos, durante varias veces a la semana, parece ser que son los únicos que no padecen un problema alimentario.

En torno al 63% de los niños escolarizados, come en el comedor, entre comidas (media mañana y merienda) refieren que comen bollería industrial o chocolatinas. Esto incrementa las calorías ingeridas y si no hay un ejercicio adecuado para que el niño pueda quemarlas, se acumulan y produce un aumento de la grasa corporal.

Son varios los estudios defienden que con sesiones de 60 minutos de ejercicios de intensidad moderada, al menos tres veces por semana, mejoran de forma notable la disminución de peso pero es necesario combinarlo con dieta y una modificación del estilo de vida. En algunos artículos también relacionan los malos hábitos con las “modas” y los anuncios de televisión.

5 Discusión-Conclusión

A pesar del cambio de la sociedad, de los hábitos de los padres, y de la evolución tecnológica, no debemos de olvidar que los niños son eso, niños. Deben de jugar más al aire libre para poder quemar todas esas calorías ingeridas por mala alimentación, deben hacer más deporte y debemos de intentar mejorar su alimentación.

Quizás desde atención primaria en la consulta de pediatría o en el hospital, podemos realizar alguna estrategia de afrontamiento, pero es necesario cuidar la alimentación tanto si los niños van al comedor del colegio como si van a casa. Es fundamental aumentar la ingesta de legumbres, proteínas y sobretodo frutas y verduras.

6 Bibliografía

1. Díaz Martínez, X., Mena Bastías, C., Celis-Morales, C., Salas, C., & Valdivia Moral, P. (2015). Efecto de un programa de actividad física y alimentación saludable aplicado a hijos y padres para la prevención de la obesidad infantil. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 110-117.
2. Gómez, E. F., & Díaz-Campo, J. (2014). La publicidad de alimentos en la televisión infantil en España: promoción de hábitos de vida saludables. *Observatorio (OBS*)*, 8(4), 133-150.
3. Mayor Salas, D. I. (2015). Efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa.
4. Miqueleiz, E., Lostao, L., Ortega, P., Santos, J. M., Astasio, P., & Regidor, E. (2014). Patrón socioeconómico en la alimentación no saludable en niños y adolescentes en España. *Atención primaria*, 46(8), 433-439.
5. Salinas, J., González, C. G., Fretes, G., & Montenegro, E. (2014). Bases teóricas y metodológicas para un programa de educación en alimentación saludable en escuelas. *Revista chilena de nutrición*, 41(4), 343-350.
6. San Mauro, I., Megías, A., García de Angulo, B., Bodega, P., Rodríguez, P., Grande, G., ... & Garicano, E. (2015). Influencia de hábitos saludables en el estado ponderal de niños y adolescentes en edad escolar. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1996-2005.
8. Vio, F., Salinas, J., Montenegro, E., González, C. G., & Lera, L. (2014). Efecto de una intervención educativa en alimentación saludable en profesores y niños preescolares y escolares de la región de Valparaíso, Chile. *Nutrición hospitalaria*,

29(6), 1298-1304.

Capítulo 510

CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ

MARÍA MERCEDES SANTOS LAURES

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones en la piel producidas principalmente por isquemia a consecuencia de la presión ejercida sobre los tejidos. Es frecuente que estas lesiones se cronifiquen y que requieran periodos muy largos de tiempo para su cicatrización.

La presión capilar normal oscila entre 16 mm Hg para los capilares venosos capilar y 32 mm Hg para los capilares arteriales. Si se producen presiones superiores a éstas y durante un tiempo prolongado, se origina una isquemia que si se prolonga puede provocar la muerte celular. Como respuesta orgánica para compensar esta situación se produce una vasodilatación (aspecto enrojecido) que conduce a la aparición de edema y a una infiltración celular.

La fuerza de presión se produce de forma perpendicular a la piel y es ejercida por planos duros, uno que pertenece al paciente (frecuentemente se producen en prominencias óseas) y otro externo, como pueden ser colchones, sillas, sondas etc.

La fricción y la cizalla influyen de forma negativa en la aparición de úlceras. La fricción se produce de forma tangencial a la piel y se genera por roce o arrastre, que genera un aumento de la temperatura de la piel y una destrucción de la

epidermis. La cizalla se produce por combinación de ambas (presión y fricción) y se genera principalmente por el arrastre del del paciente sobre la cama, o cuando el paciente se desliza hacia los pies de la cama, o en la acción de subir el cuerpo del paciente hacia el cabezal. La cizalla produce que los tejido se reprecndan de la fascia muscular.

Existen escalas para valorar el riesgo de padecer úlceras por presión siendo las mas utilizadas la escala de Norton, Braden, Arnell, Nova 5, Emina y Escala de Waterlow. Los ítems considerados en estas escalas son el estado general, estado mental, actividad, movilidad, incontinencia, riesgo de fricción y cizalla, nutrición, estado de la piel, edad, complexión física y apetito.

Las úlceras de grado I son una zona de la piel que aparece enrojecida por la presión y que permanece enrojecida después de 30 segundos después de haber cesado la presión. Las pieles oscuras suelen presentar un tono azulado. Aparece edema o induración y en ocasiones dolor o escozor. La mayor tasa de incidencia se da en mujeres entre 71 y 90 años, en un estado dependiente de movilidad y con alteraciones cognitivas. Las zonas de mayor riesgo son el sacro y los talones

2 Objetivos

- Prevenir las úlceras por presión en pacientes susceptibles de padecerlas, ya que el 95% de estas lesiones se pueden evitar y están directamente relacionadas con los cuidados.
- Analizar los cuidados que se deben llevar a cabo en los pacientes con úlceras de grado I.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la guía de prevención de úlceras por presión elaborada por el Ministerio de Sanidad en el año 2015 y de otros protocolos hospitalarios, así como de la página web: www.ulceras.net.

4 Resultados

Se estima que el 95% de las úlceras por presión se pueden evitar, es por eso que se relacionan directamente con los cuidados. La actuación preventiva asociándola a los cuidados es fundamental para evitar la aparición de úlceras por presión, por

ello es imprescindible conocer los factores de riesgo para poder actuar sobre ellos, evitándolos en la medida de lo posible o buscando alternativas que minimicen el riesgo de padecerlas.

Factores de riesgo:

Aunque como se ha mencionado el principal factor de riesgo es la presión, existen otros elementos que en presencia de la misma pueden acentuar la posibilidad de desarrollarlas. Se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Factores extrínsecos. En este bloque se incluye la humedad por incontinencia, sudoración o exudados, roces o pliegues de la ropa, heridas que se puedan producir por técnicas diagnósticas, estados estuporosos del paciente por tratamientos farmacológicos, tratamientos inmunodepresores, vasoconstrictores, etc.
- Factores intrínsecos. Son los relacionados con los problemas de salud del paciente. Enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio o el respiratorio. Los más frecuentes son la baja sensibilidad cutánea (muy frecuente en ancianos), alteraciones motoras (lesionados o con la movilidad afectada), trastornos de la microcirculación, problemas nutricionales (obesidad, deshidratación, déficit nutricional o de vitaminas, déficit de proteínas...), edema, piel seca o envejecimiento de la piel.

1. Las medidas preventivas que se deben aplicar en un plan de cuidados, se clasifican en cuatro grandes bloques:

- Control de la presión, el roce y la fricción y la cizalla mediante cambios posturales, movilización, protecciones en prominencias óseas y utilización de superficies que minimicen la presión.

Las indicaciones son las siguientes:

- Las movilizaciones deben hacerse utilizando una entremetida, sin arrugas de forma en ningún momento se al paciente sobre la cama.
- El cabecero de la cama no debe elevarse el menor tiempo posible y no más de 30°.
- En caso de que el paciente se encuentre en decúbito lateral, esa lateralización nunca debe sobrepasar los 30° y hay que proteger especialmente los trocánteres.
- Cuando el paciente se encuentre sentado en la cama, evitar el cizallamiento por arrastre hacia los pies. La zona sensible en este caso es el coxis y los talones.

2. Establecer un plan cambios posturales para aliviar la presión generada por el mantenimiento de una determinada postura durante cierto tiempo. El paciente

debe quedar en una postura que permita la alineación del cuerpo, mantener el equilibrio y que el peso quede distribuido. También hay que evitar que las prominencias óseas tengan contacto entre si o con un plano duro.

A la hora de realizar los cambios posturales, el cuidador debe tener en cuenta las recomendaciones en materia de salud laboral en cuanto a manejo manual de cargas.

Los cambios posturas deben realizarse siguiendo las siguientes pautas:

- Cambios posturales en paciente encamado:

Se debe mantener la cama en posición horizontal siempre que el estado del paciente lo permita. No elevar el cabecero por encima de 30°. Disminuir la presión en tobillos, talones y trocánteres utilizando para ello cojines y almohadas.

Cuando se mantenga al paciente en decúbito lateral, dicha lateralización no debe superar los 30°. Con esta medida se aliviará la presión en los trocánteres.

- Cambios posturales en paciente sentado: se debe utilizar un sillón cómodo y tenga reposabrazos y permita inclinar un poco el respaldo hacia atrás. Utilizar cojines o almohadas si es necesario para corregir la postura y mantenerla recta. Mantener las piernas flexionadas de forma que la cadera y la rodilla estén en un ángulo recto, ayudarse para ello de reposapiés. La posición sentada esta desaconsejada en pacientes que ya tengan úlceras por presión en la zona del sacro. Si son de alto riesgo no permanecerán sentados mas de dos horas seguidas (horas de las comidas).

3. Utilización de Superficies especiales para el manejo de la presión.

En este apartado se incluye el uso de cojines, colchones, almohadas y todo tipo de protecciones que reduzcan la presión. Existen dispositivos que actúan de forma estática, aumentando el área de contacto del paciente con las superficies y por lo tanto disminuyendo la presión en zonas concretas, (cojines de poliuretano, de silicona, protectores) y los que actúan de forma dinámica, alternando la presión de las zonas de contacto (colchones anti escaras).

4. Control de la humedad: limpieza, hidratación y protección de la piel contra la humedad.

Se recomienda que la piel del paciente este siempre limpia y seca. Una vez la piel se encuentre limpia y seca la aplicación de lociones hidratantes potencian la acción protectora de la piel. Aplicar ácidos grasos peroxigenados en las zonas de riesgo o en las que ya se haya localizado una úlcera de grado I.

Las cremas protectoras deben aplicarse sin frotar ni masajear y en pequeñas cantidades que puedan absorberse por completo. También se recomienda el uso de cremas de efecto barrera para proteger la piel sana frente la humedad especialmente en el caso de incontinencias. Es conveniente valorar los métodos de control de humedad cuando existe incontinencia, exudados, sudoración o drenajes.

Control de otros factores: mantener al paciente con un buen nivel de hidratación, valorar una dieta hiperproteica y proteger las zonas susceptibles de golpes o rozaduras.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de úlceras por presión o úlceras por decúbito es una complicación añadida a pacientes que padecen otras patologías. Suele ser una causa de la prolongación de estancias hospitalarias y genera una merma en la calidad de vida del paciente además de un importante coste sanitario. La prevención y la actuación temprana, mientras la piel del paciente permanece íntegra, es la mejor intervención que se puede llevar a cabo y la que menor impacto produce.

Como criterio general la piel se debe examinar diariamente, cuidarla de manera que este siempre limpia, seca e hidratada, evitar la fricción para su secado y utilizar lociones hidratantes asegurándose de que se absorban en su totalidad. Una vez que la úlcera de grado I aparece aplicar ácidos grasos peroxigenados. Es imprescindible que el paciente mantenga una adecuada nutrición e hidratación y establecer una rutina de cambios posturales protegiendo las prominencias óseas.

Existen prácticas inadecuadas que de forma tradicional y por desconocimiento se han estado practicando y que es conveniente erradicarlas ya que no solamente no previenen las úlceras por presión sino que además están contraindicadas. Las más extendidas son:

- El uso de dispositivos en forma de anillo, en pacientes sentados, ya que provocan edema, congestión e isquemia y favorecen la aparición de UPP.
- Dar frías con alcohol o masajear las prominencias óseas, ya que en esas zonas los vasos sanguíneos son muy frágiles y puede generarse un daño adicional.

6 Bibliografía

- Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2015

- PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. ENERO / 2011. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias
- PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid. 20015
- <https://www.ulceras.net/>

Capítulo 511

ACIDOS HIPOXIGENADOS. INTEGRIDAD CUTÁNEA

MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA

M^a JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ

ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ

MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ

1 Introducción

La pérdida de la integridad cutánea es algo muy común en pacientes hospitalizados, con factores de riesgo predisponentes como humedad, pluripatologías, reposo absoluto, etc. Nuestra labor como TCAES junto al equipo de enfermería es la de proteger la integridad cutánea, y la aparición de úlceras y heridas crónicas de difícil curación.

En la última década han aparecido en el mercado los ácidos grasos hiperoxigenados como una herramienta a tener en cuenta en la prevención de las úlceras por presión. Sin embargo, disponemos de pocos estudios que avalen su uso, especialmente en estos últimos años.

Los ácidos grasos son moléculas de naturaleza lipídica que forman parte de fosfolípidos y glucolípidos e intervienen en diversas funciones biológicas. En nuestro contexto, los ácidos grasos desarrollan principalmente una función estructural, ya que son moléculas indispensables para la bicapa lipídica de las membranas plasmáticas de las células. Asimismo, algunos ácidos grasos desarrollan

una función reguladora, ya que son precursores de las prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos, moléculas con una gran actividad biológica que intervienen en la regulación y el control de numerosos procesos vitales, como son la respuesta inflamatoria, la regulación de la temperatura corporal y los procesos de coagulación sanguínea. Esta función reguladora hace que participen de manera directa en las cuatro fases del proceso de cicatrización cutánea: coagulación sanguínea, inflamación, formación de nuevo tejido y remodelación tisular.

Los AGHO son productos compuestos por ácidos grasos esenciales que han sido sometidos a un proceso de hiperoxigenación y las propiedades que los caracterizan son:

- Aumentan la microcirculación sanguínea disminuyendo el riesgo de isquemia.
- Facilitan la renovación de las células epidérmicas.
- Potencian la cohesión celular de la epidermis.
- Aumentan la resistencia de la piel frente a los agentes causales de las úlceras por presión.
- Evitan la deshidratación cutánea.
- Protegen frente a la fricción.
- Reducen la fragilidad cutánea.
- Disminuyen el efecto de los radicales libres.

Entre el 3 y el 12% de los pacientes hospitalizados en centros de agudos sufren alguna UPP, aunque estas cifras alcanzan el 40% en enfermos de alto riesgo y un 70% en pacientes ancianos con problemas ortopédicos. A nivel domiciliario, encontramos una incidencia de 4,3%.

Se usan de modo preventivo principalmente cuando existe eritema e intuición de que puede aparecer lesión en la piel y los tejidos. Se define la UPP Categoría Estadio I como el eritema no blanqueante en piel intacta de un área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, edemas, endurecimientos o dolor también pueden estar presentes. Las pieles oscuras pueden no presentar una palidez visible. El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes.

2 Objetivos

- Destacar el papel de las TCAE en la prevención de UPP.
- Conocer el uso de los ácidos grasos hiperoxigenados y cuándo se aplican.
- Prevención primaria en la integridad de la piel.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de artículos sobre los AGHO en diferentes bases de datos utilizando descriptores de la salud, incluyendo artículos basados en estudios observacionales descriptivos sobre la eficacia del uso de los AGHO.

4 Resultados

La eficacia contrastada de la aplicación tópica de los ácidos grasos hiperoxigenados que incorporan una mayor cantidad de ácido linoleico y linolénico, principales responsables del mantenimiento de la barrera hidrolipídica, junto con el buen trabajo de las TCAE y del equipo de enfermería destacan por su eficacia en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión estadio I.

5 Discusión-Conclusión

Los ácidos grasos hiperoxigenados son una opción terapéutica óptima que debería formar parte de los protocolos clínicos de actuación de enfermería en la prevención de las úlceras crónicas y en el cuidado de la piel perilesional.

6 Bibliografía

- Martínez F, Soldevilla JJ, Novillo LM, Segovia T. Prevención de úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención Integral de las Heridas Crónicas (1ª ed). Madrid: SPA, 2004
- López A, García F, Jareño P, García J, García N. Eficacia de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión. Gerokomos 2007; 18 (4): 197-201
- Gallart E, Fuentelsaz C, Vivas G, Garnacho I, Font L, Arán R. Estudio experimental para comprobar la efectividad de los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes ingresados. Enfermería Clínica 2001; 11 (5): 179-83

Capítulo 512

EL TCAE: ABORDAJE DEL TEMA V.A.

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

OLGA BARREIRO MANASES

1 Introducción

Las voluntades anticipadas (VA) es un proceso donde la persona toma una serie de decisiones que desea se lleven a cabo en un futuro, si llegado el caso se encuentra en fase terminal o irreversible o con un cuadro de demencia que le impida decidir debido a su incapacidad . El paciente expresa de esta manera el procedimiento a seguir para que se tenga en cuenta determinadas actuaciones así como la aceptación o rechazo de determinados tratamientos o cuidados y su voluntad acerca de la donación de sus órganos después del fallecimiento.

Por lo tanto, el mejor método para expresar las preferencias y que se cumpla el plan de cuidados deseados es a través del documento declaración de voluntades anticipadas (DVA). Este documento puede realizarse de forma oral debiendo quedar reflejado en su historia clínica, pero es mejor hacerlo por escrito. En él, una persona mayor de edad, que no haya sido incapacitada judicialmente para ello, libremente y de acuerdo con los requisitos legales, deja constancia de las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que no pueda expresar personalmente su voluntad.

Se pueden asignar uno o varios representantes que actuaran como interlocutores con el médico o equipo sanitario, sustituyendo a la persona llegado el momento.

Podremos encontrar información en:

- Delegaciones provinciales de la consejería de salud de tu comunidad.
- Servicios de atención al paciente de los centros sanitarios.
- Oficinas de defensor del paciente de la sanidad.

El DVA, se encuadra en la planificación del cuidado. Es necesario que el centro sanitario así como la familia sean conocedores de la existencia de este documento y en el supuesto de haber sido nombrado un representante este debe estar al tanto del contenido del mismo.

2 Objetivos

- Respetar la voluntad de una persona en caso de enfermedad grave o fallecimiento o que haya perdido las facultades para tomar sus propias decisiones y aportar toda la información posible respecto a los momentos finales de la vida y cómo ha de ser abordada esta etapa.
- Perfeccionar el bienestar de pacientes para la toma de decisiones, así como la mejora de asistencia profesional y de familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Vázquez Vicente A, et al. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. Aten Primaria.
- Dialnet estudio de las instrucciones previas en el ámbito sanitario a través del ordenamiento jurídico español.
- Nebot C, Ortega B, Mira JJ, et al. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. Gac Sanit.
- <https://hayderecho.expansion.com>

- JJ, Lorenzo S, Vitaller J, et al. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. Gac Sanit.
- <https://www.levante-emv.com>
- <https://www.ath.cat>

Capítulo 513

INFECCIONES URINARIAS EN EL ANCIANO: PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN

LAURA SANCHEZ MONTEIRO

MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO

SANDRA MARINERO GONZÁLEZ

CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ

1 Introducción

La infección de las vías urinarias se puede producir en cualquier parte del aparato urinario, a saber: uretra, vejiga, uréteres y riñones, todos pueden verse afectados por una posible infección, siendo la vejiga y uretra las normalmente afectadas (Ayala, 1987).

Estas infecciones surgen debido a un número elevado de gérmenes concentrado en el tracto unitario, lo cual puede provocar molestias al momento de orinar; dolor; presión y ardor de vejiga; así como la sensación constante de la necesidad de miccionar (Blasco, 2007; Capozzi, Rocaro, Kornett y Perdomo, 2016).

Este tipo de infecciones afecta con mayor frecuencia a las mujeres por dos motivos: la uretra es más corta y, además, está más cerca del ano que en los hom-

bres. Por ello, tras una actividad sexual las mujeres tienen más facilidades que los varones de contraer una infección (Pigrau et al., 2002).

La edad es otro factor que hay que tener en cuenta a la hora de hablar de una ITU. La menopausia es otro factor de riesgo para contraer este tipo de enfermedades. Además, a partir de los 65 años aumenta en gran cantidad el número de bacterias en la orina de mujeres y hombres, un 20 y un 10% respectivamente (Gamarra-Samaniego, 2001).

A partir de los 70 años, estas infecciones no presentan síntomas tan evidentes como años atrás, desarrollándose de forma silenciosa para ser descubiertas sólo a través de una revisión médica. Sólo será notoria la presencia de una infección urinaria cuando los síntomas sean claros y evidentes, como por ejemplo inflamación de la zona y fiebre, en cuyo caso habrá que tomar medidas urgentes para tratar la UTI (Villanueva et al., 2011).

2 Objetivos

- Por todo lo anteriormente mencionado, el principal objetivo de este trabajo es describir los tipos de infecciones urinarias existentes, así como sus causas principales en el anciano.
- Como objetivo secundario, analizar la forma de diagnóstico y posibles medidas preventivas que eviten su aparición.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: infección urinaria, anciano, adulto mayor, auxiliar, ITU, enfermería, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 55 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 33 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 22 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total

de documentos analizados fue de 14 de los que descartan 3 más en una fase final. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios (Figura 1).

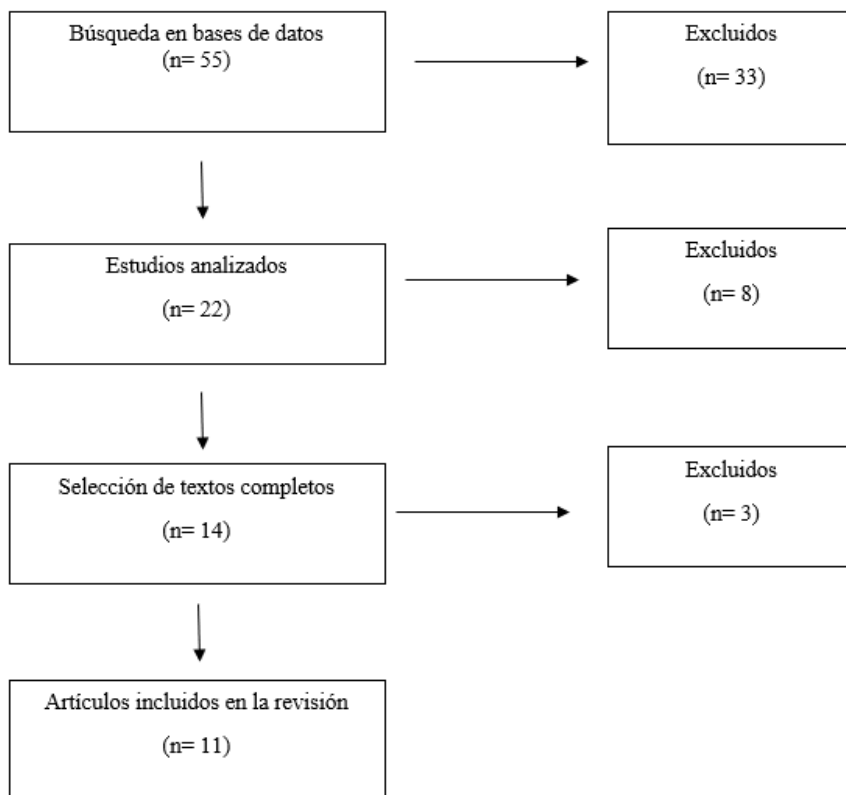


Figura 1. Proceso de selección de la muestra de artículos analizados.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra lo siguientes:

Tipos de Infecciones Urinarias. Hay dos tipos de infecciones de orina en función del lugar de aparición, pudiendo dividirse en:

- De orina baja: comúnmente conocida con el nombre de “cistitis”, esta infección tiene lugar a causa de gérmenes de origen externo que llegan a afectar al tracto

urinario y que, finalmente, pueden acabar afectando a la vejiga. Afecta a un porcentaje de la población amplio que ronda el 20%.

- De orina alta: Tiene lugar cuando una infección de orina baja sube hasta los riñones, con la consecuente gravedad que ello puede conllevar de no tratarse con prontitud. En las situaciones más adversas podría provocar una sepsis, pudiendo ser mortal.

Causas de ITU en el anciano:

Como una de las causas principales de las ITU en los ancianos, se encuentra que estos suelen beber poco, disminuyendo su volumen de orina a lo largo del día. Esto, sumado a que en edades avanzadas se controlan peor los músculos localizados en las paredes del tracto urinario, fomenta la creación de un entorno favorable para el desarrollo de los gérmenes que provocan las infecciones urinarias.

Por otro lado, el sistema inmunitario de los ancianos está debilitado, por lo que será más fácil que el desarrollo de una ITU sea una consecuencia secundaria al padecimiento de otra enfermedad, tales como demencias tipo Alzheimer, Parkinson, diabetes mellitus, etc. Además, la presencia de una infección de estas características podría retroalimentar la patología original, o alterar a su vez otras problemáticas tales como la hipertensión arterial.

Otros factores de riesgos hallados, son: las sondas vesicales, uropatía, antibioterapia previa u hospitalización reciente.

Diagnóstico de la infección urinaria en el anciano:

La infección de orina se suele diagnosticar mediante una exploración del tracto urinario y una valoración de la sintomatología referida por el paciente. Para aquellos pacientes ancianos con patología recurrente, el sanitario podrá solicitar un análisis de orina con el que confirmar de manera inmediata la presencia de infección.

Aunque con el tratamiento adecuado las ITU suelen desaparecer tras unos días, se deberá atender a las características propias del paciente tales como la edad, patologías previas, otras enfermedades, situación general, posible situación de dependencia... de cara a que el tratamiento sea lo más individualizado y adaptado posible. En determinadas circunstancias, este puede durar semanas y, en casos más graves, requerir de hospitalización.

Cómo prevenir las infecciones urinarias en ancianos:

Se debería seguir una serie de pautas básicas de higiene y alimentación, para prevenir la aparición de las infecciones de orina en ancianos, destacando las siguientes:

- Beber agua de forma habitual durante el día, lo que facilitará la hidratación y prevendrá el desarrollo de bacterias.
- Vaciar la vejiga con frecuencia.
- Evitar lavar en exceso el área genital o usar jabones agresivos.
- Una vez cambiados los productos de higiene y/o lavada la piel, secarla bien ya que la proliferación de bacterias se acelera en zonas húmedas.
- Usar compresas transpirables en el caso de que haya incontinencias.
- Prestar ayuda a los ancianos con movilidad reducida, ya que las personas aquejadas de este problema tienen dificultades para vaciar totalmente la vejiga al orinar, lo cual puede aumentar el riesgo de infección.
- En caso de que aparezcan síntomas como fiebre o inflamación, usar antiinflamatorios para aliviarlos.
- Otra forma de aliviar estos síntomas es usar colocar una bolsa de agua caliente en el lumbar o en el estómago, la cual ayuda a mitigar el dolor y conseguir que el anciano se encuentre más cómodo.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones de orina pueden tener consecuencias en el anciano a nivel emocional y psicológico, y no solo físico. Por ello, en la práctica clínica se podrá encontrar que la sintomatología clásica de una ITU se complementa con estados de confusión en el anciano, o cambios conductuales repentinos. Por ello, en las personas mayores se debe atender, asimismo, a signos que no casen con su conducta habitual, tales como: sentirse irritable, desorientado, cansado a la hora de realizar tareas que normalmente hace sin problema, intranquilidad...

Se concluye que hábitos preventivos hay múltiples y muy eficaces, pero no son infalibles, por lo que una ITU puede aparecer, aunque se tengan en cuenta todos ellos. Por lo tanto, atender a los síntomas claves aportados en este trabajo será fundamental para detectar cuanto antes una infección urinaria y atajarla con prontitud.

6 Bibliografía

- Ayala, A. G. (1987). Infección urinaria en el anciano. *Farmacia Profesional*, 23, 40-45.
- Blasco, A. C. (2007). Infecciones en residencias de ancianos: microorganismos más frecuentes, uso de antimicrobianos y resistencias bacterianas. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42, 27-38.
- Capozzi, E., Rocaro, D. M., Kornett, A. G., & Perdomo, M. V. (2016). Agentes etiológicos de infecciones urinarias en adultos mayores de un centro de salud del estado Carabobo, Venezuela. *Kasmera*, 44(1), 35-43.
- Felipe, v. F., Lafuente, R. A., Martí, J. P., Ortega, A. D. L. V., & Martínez, M. M. (2003). Infecciones de tracto urinario en pacientes ancianos institucionalizados. Incidencia y factores de riesgo de resistencias bacterianas. *Farmacia Hospitalaria*, 2003(27/5), 298.
- Gamarra Samaniego, P. (2001). Consecuencias de la hospitalización en el anciano. *Rev. Soc. Peru. Med. Interna*, 14(2), 90-98.
- Gómez-Busto, F. (2007). Infecciones urinarias en residencias de ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42, 39-50.
- Jiménez, J. F., Broseta, E., & Gobernado, M. (2002). Infección urinaria. *Actas Urol Esp*, 26(7), 563-573.
- Masanés, F., Sacanella, E., & López-Soto, A. (2002). Infecciones en el anciano. *Medicina Integral*, 40(10), 476-484.
- Pigrau, C., Horcajada, J. C., Cartón, J. A., Pujol, M., & Mensa, J. (2002). Infección urinaria. *Protocolos clínicos SEIMC*, 4, 3-30.
- Sangrador, C. O., Bouza, J. E., Mendez, C. P., Galiana, L. I., & Grupo de Estudio de los Tratamientos Antibióticos. (2005). Etiología de las infecciones del tracto urinario y sensibilidad de los uropatógenos a los antimicrobianos. *Rev Esp Quimioterap*, 18(2), 124-135.
- Villanueva, B. P., Valdés, C. B., Gama, E. V., Bravo, C. V., & Damián, J. (2011). Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(1), 7-14.

Capítulo 514

LA TRACCIÓN PREOPERATORIA EN FRACTURAS DE CADERA. ¿ES EFECTIVA?

MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA

M^a JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ

ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ

MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ

1 Introducción

La fractura de cadera es un proceso clínico grave que en la gran mayoría de los casos requiere una solución quirúrgica. En el período de tiempo que transcurre desde el ingreso hasta la intervención, que puede ser variable en función de muchos condicionantes, tradicionalmente se aplica una tracción cutánea en el miembro afectado con el fin de inmovilizar la extremidad y, en consecuencia, aliviar el dolor. Además, existe la creencia en algunos cirujanos de que esta práctica consigue mejorar la reducción de la fractura evitando la contractura muscular, lo cual podría reportar beneficios en el proceso quirúrgico. Su uso se encuentra protocolizado en el manejo de este tipo de pacientes en algunos centros hospitalarios. Aunque no existen estudios claros donde se demuestre su efectividad de forma rutinaria.

La fractura de cadera implica una alta morbilidad y una considerable mortalidad, y que genera un importante consumo de recursos. La gran mayoría de estos pa-

cientes son sometidos a una intervención quirúrgica para intentar recuperar la funcionalidad que tenían previamente. Los estándares de calidad recomiendan realizar esta intervención dentro de las primeras 48 horas, ya que una cirugía temprana está asociada a un menor número de complicaciones, mejores resultados funcionales, menor estancia hospitalaria, menos reingresos, e incluso, como se ha visto en algunos trabajos, a una disminución de la mortalidad. Sin embargo, en muchas ocasiones esta cirugía se retrasa más de lo deseable.

En los pacientes con fracturas de cadera la tracción incluye el uso de esparadrapos (tracción cutánea) o clavos (tracción esquelética) fijados en la pierna lesionada y conectados a pesas mediante una polea. Se considera que la aplicación de tracción antes de la cirugía alivia el dolor y facilita la cirugía posterior. Cuando no se utiliza tracción, la extremidad lesionada se coloca habitualmente sobre una almohada y se estimula al paciente a adoptar una posición más cómoda.

En numerosos artículos consultados los autores concluyeron que no hay ventajas en la colocación de ningún tipo de tracción.

En otro estudio la percepción del dolor y la necesidad de analgesia fueron similares en todos los grupos y los autores recomendaron abandonar la rutina de colocar la tracción previa a la cirugía, no solo por la ausencia de beneficios, también porque lo consideraron una pérdida de tiempo y de dinero.

Por último, la revisión Cochrane, tanto en su edición del año 2006 como la última del año 2011, establece que el uso de tracción no proporciona aparentemente ningún beneficio y que la evidencia en este aspecto es cada vez mayor.

2 Objetivos

- Conocer datos sobre las fracturas de cadera y como afectan al anciano.
- Dar información sobre la eficacia de las tracciones preoperatorias en caderas fracturadas.
- La importancia de la intervención quirúrgica temprana como medida más importante.

3 Metodología

Búsqueda bibliografía en varias bases de datos contrastando información sobre diferentes estudios demostrando en varios ensayos la baja efectividad de las trac-

ciones en fracturas de cadera. Se utilizaron descriptores de las salud para encontrar los artículos pertinentes.

4 Resultados

En base a la evidencia actual y en concordancia con las mejores prácticas para el manejo de la fractura de cadera en el anciano, se cree que la aplicación de la tracción cutánea en los pacientes con fractura de cadera en espera de ser intervenidos debe de ser eliminada de la práctica habitual rutinaria en aquellos centros que aún la realicen. No hay ninguna evidencia que soporte que sus supuestos beneficios, la mejora del dolor y una mejor reducción de la fractura que facilite la cirugía, sean reales. Una almohada debajo de la extremidad afectada, parece la medida más efectiva para proporcionar una mayor confortabilidad a estos pacientes en el período preoperatorio.

5 Discusión-Conclusión

Si el paciente no presenta descompensación de base, ni contraindicación farmacológica el paciente anciano debería beneficiarse de una intervención precoz, dentro de las primeras 48 horas, ya que eso permite una precoz rehabilitación, menor tasa de complicaciones postoperatorias, menor estancia hospitalaria y menor mortalidad.

6 Bibliografía

- Anderson GH, Harper WM, Connolly CD, Badham J, Goodrich N, Gregg PJ. Preoperative skin traction for fractures of the proximal femur. A randomised prospective trial. *J Bone Joint Surg Br.* 1993;75:794-6
- Needoff M, Radford P, Langstaff R. Preoperative traction for hip fractures in the elderly: a clinical trial. *Injury.* 1993;24:317-8
- Brink AC, Boonstra O, van der Wal BCH, Ultee JM, Schipper IB. Is preoperative traction for proximal femoral fractures beneficial to the patient or a comfort to the doctor? *Eur J Trauma.* 2005;31:39-43
- Pages E, Cuxart A, Iborra J, Olona M, Bermejo B. Fracturas de cadera en el anciano determinante de mortalidad y capacidad de marcha. *Med. Clínica.* Mayo

1998. ISSN: 0025- 7753

Capítulo 515

COMPLICACIONES DE LA VARICELA EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

ALEJANDRA ÁLVAREZ DIAZ

JOANA ÁLVAREZ DÍAZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES PELÁEZ ÁLVAREZ

LAURA MONTESERIN FERNANDEZ

1 Introducción

La varicela, ocasionada por el Herpesvirus Varicellae, es una enfermedad de gran incidencia durante un periodo de edad que oscila entre los 2 y los 5 años, aunque también es frecuente en niños de mayor edad y en personas adultas debido a su alta capacidad de contagiosidad. Aunque, por lo general, su curso es benigno, la enfermedad puede derivar en diversas complicaciones, que aunque no son frecuentes provocan un gran impacto tanto a nivel social como económico.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las complicaciones que puede ocasionar la varicela en la edad pediátrica.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos textos y artículos pertenecientes a diversas asociaciones como la AEPED (Asociación Española de Pediatría), el CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades) o al Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron (Universidad Autónoma de Barcelona, España).

4 Resultados

Uno de los principales síntomas de la enfermedad es la aparición de erupción por el cuerpo. Dicha erupción, en un principio puede aparecer en forma de pápulas, es decir, de bultos rosados con cierta elevación, para dar paso a unas vésiculas (pequeñas ampollas rellanas de líquido que acaban por romper y drenar de forma espontánea) y que finalmente son cubiertas por una costra. De este síntoma, puede derivar una de las complicaciones más frecuentes en la varicela, sobre todo si ya se tiene una alteración cutánea previa, como la dermatitis atópica: la sobreinfección bacteriana cutánea o del tejido celular subcutáneo.

Las complicaciones que afectan al sistema nervioso central también se dan con significativa frecuencia. Algunas de ellas pueden ser meningoencefalitis, ataxia cerebelosa, disminución de la conciencia o convulsiones.

Por otro lado, las complicaciones respiratorias, como la neumonía, con o sin derrame pleural, la bronquitis y la laringitis también se asocian a la enfermedad de la varicela. Aunque su aparición es menos frecuente, hay diversas alteraciones asociadas a la enfermedad que han de tenerse en cuenta. Algunas de ellas son de índole gastrointestinal, musculoesquelético o hematológico.

Hay diversos grupos de riesgo vinculados a la enfermedad. Entre ellos se encuentran los adultos, los neonatos y los pacientes inmunodeprimidos. También es de imperativa importancia el control de la enfermedad durante el embarazo, puesto que la prevalencia del virus durante la semana anterior al parto o unos días después puede ocasionar bajo peso en el recién nacido e infección grave que puede derivar en la muerte del neonato.

Todas estas complicaciones se pueden ver agravadas en el caso de una patología previa del paciente. Por ejemplo, la probabilidad de padecer complicaciones respiratorias es mayor en un paciente asmático. Aunque hay diversos síntomas típicos de la enfermedad, estos pueden verse agravados y precisar del ingreso hospita-

lario del paciente si persisten en el tiempo o no se atenúan progresivamente como, por ejemplo, fiebre muy alta o decaimiento muy grave.

El impacto de la enfermedad a nivel económico y social es un factor que ha de tenerse en consideración. Algunos de los recursos a emplear para paliar la enfermedad son: la asistencia médica, la hospitalización, las pruebas complementarias, la medicación y el absentismo laboral de los padres cuyos hijos enfermos precisan cuidados.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la varicela de curso normal se presenta con malestar general y la aparición de vesículas, hay diversos casos en los que dicha patología puede ir acompañada de ciertas complicaciones, tanto a nivel cutáneo, neurológico o respiratorio, como gastrointestinal, musculoesquelético o hematológico. Cada una de estas complicaciones se da con mayor frecuencia si el paciente ya presenta una patología previa a la infección de la varicela. Dichas alteraciones en ciertas ocasiones ocasionan la hospitalización del paciente.

6 Bibliografía

1. AEPED (Asociación Española de Pediatría). 'Complicaciones de la varicela en niños.' M. Rianza Gómez; M. de la Torre Espí; S. Mencía Bartolomé; J. C. Molina Caboñero; A. Tamariz-Martel Moreno.
2. CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades).
3. Asociación española de Pediatría. 'Anales de Pediatría.'
4. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. España. FA. Morgan

Capítulo 516

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

MARIA ELVA LOPEZ ALVAREZ

MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO

ROSA ELVIRA MOROCHO CABRERA

LUISA GANSO FERNANDEZ

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define a la salud pública como: “La ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mental y física, y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad” (1), en este sentido, se puede interpretar la misión de la salud pública como el fin de proteger, promover y restaurar la salud de los miembros de la comunidad a través de la realización de acciones colectivas, sostenidas y continuas que permitan la adaptación hacia los modos de vida que potencien un óptimo nivel de bienestar y el autocuidado en el ámbito comunitario (1-2).

El objetivo de los ministerios o secretarías de salud de todos los países en el mundo es el de mejorar la salud de sus pueblos, en los últimos años se ha incluido a la salud pública en la agenda política de muchas naciones como pilar fundamental para alcanzar este objetivo. Los responsables de las políticas sanitarias

han entendido que, sin una infraestructura adecuada como la que se requiere para la prestación de estos servicios, ninguna administración podrá avanzar eficientemente hacia el mejoramiento de la salud para todos (1-6). Si bien los tratamientos para enfermedades concretas y las actividades para reducir al mínimo los riesgos individuales, pueden proporcionarse con éxito uno por uno, no es posible que sean sostenibles sin una estructura de salud pública organizada. Más aun, las necesidades de una ciudad, región o nación cambiarán con el transcurso del tiempo. La presencia de una red bien desarrollada de funciones y servicios esenciales de salud pública permite la flexibilidad y el crecimiento de la programación con el correr de los años (1-6).

Según el metaparadigma de la enfermería comunitaria esta es definida como el conjunto de cuidados y procedimientos de enfermería orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común, entendiéndoles como un todo continuo, siendo la única forma de resguardar la salud de uno solo de sus miembros, a través de la intervención como conjunto (2). El actuar de enfermería en la comunidad se debe encaminar hacia la instauración de un proceso sistemático continuo a través de la identificación de los determinantes de salud que afectan la salud y la modificación de factores para el bienestar de los individuos y los grupos que componen la comunidad, la enfermera comunitaria debe caracterizarse por su capacidad de liderazgo, organizar y coordinar los grupos de individuos y sus esfuerzos para lograr el cumplimiento de objetivos (1-7).

Así mismo, en cuanto a la promoción de la salud, enfermería debe actuar como mediador, en cuanto a la adquisición y aprovechamiento de la información en salud y la adopción de modos de vida que potencien la salud de todos los miembros de la comunidad (1-2). La estrategia más efectiva para el control de los determinantes de salud consiste en el reforzamiento de la acción de la comunidad, por tal motivo es necesario que la labor del personal de enfermería dentro de la comunidad trate de unir y organizar esfuerzos de todas las organizaciones y miembros individuales de la población, para que ellos mismos tengan la posibilidad de modificar los determinantes de la salud de forma positiva (1-7).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Describir el rol de enfermería en la salud pública y comunitaria.

Objetivos específicos:

- Describir el contexto de enfermería en salud pública y comunitaria.
- Conocer los antecedentes de enfermería en salud pública y comunitaria.
- Detallar las funciones de e enfermería en salud pública y comunitaria.
- Identificar el rol de enfermería en salud pública y comunitaria en la investigación científica.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos; cuiden, scielo, Medline, proquest, pubmed, elsevier y Google académico. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: salud poblacional, salud ambulatoria, atención primaria, rol de enfermería, actuación de enfermería, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, Se encontraron artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

- Actualidad de enfermería en salud pública y comunitaria:

La salud pública es una ciencia de difícil definición. Por tal motivo nos acercamos a su significado a través de diferentes aproximaciones. Hace 90 años, Winslow propuso esta definición de salud pública: “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud” (1-7)

La Declaración de Alma-Ata (1978) introducirá un cambio en la concepción de la salud pública. La nueva salud pública (o salud comunitaria) supone la transición de una visión en la que son los profesionales sanitarios los que deciden qué es mejor para la población a otra en que es la población quien define sus prioridades y preferencias sobre la salud en su comunidad. Es decir, introduce el concepto de participación comunitaria en la toma de decisiones. Desde una

perspectiva técnica (la de los profesionales) se ha pasado a una perspectiva participativa (profesionales y ciudadanos) (1-7)

Las anteriores definiciones y planteamientos permiten disponer de una aproximación suficiente a una visión de la Salud Pública que puede denominarse clásica y que se resume en el “esfuerzo organizado por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de las personas mediante acciones colectivas.” Esta salud pública de corte clásico suele estar separada de las funciones asistenciales de los sistemas sanitarios y en manos de profesionales “especialistas”: epidemiólogos, salubristas, educadores sanitarios, etc (1-7).

Pero, por otro lado, la salud pública o comunitaria también puede entenderse como parte de las actividades que se llevan a cabo en el nivel de atención primaria de la salud. Este es el enfoque que recoge, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, al definir que la enfermería de salud pública es “uno de los siete servicios básicos de una unidad sanitaria local”, cuyas funciones se integran en un programa sanitario general de fomento de la salud, mejora de las condiciones del medio social y material, prevención de las enfermedades e incapacidades físicas y rehabilitación.

De igual forma, la Asociación de Enfermería Comunitaria especifica que la Enfermería Comunitaria es “aquella disciplina que desarrolla la enfermería mediante la aplicación integral de los cuidados, en el continuum salud-enfermedad, fundamentalmente al individuo, la familia y la comunidad, todo ello en el marco de la salud pública. Esta disciplina contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado”. La enfermera comunitaria conjuga la asistencia clínica con la salud pública (exámenes infantiles de salud, vacunaciones, educación para la salud, etc.)

Podemos entender, por tanto, que la Enfermería de Salud Pública incluye tanto a los profesionales “especializados” que trabajan en las estructuras de salud pública de las Direcciones Generales de Salud Pública como a las enfermeras de atención primaria, en cuanto que proporcionan cuidados directamente a la familia y la comunidad. También podrían incluirse las enfermeras que trabajan en el ámbito de los servicios de medicina preventiva hospitalaria o de salud laboral (1-7).

- Capacitación profesional de la enfermería de Salud Pública:

El trabajo que antes he citado establece las competencias profesionales que están definidas en los libros blancos de las titulaciones sanitarias que se elaboraron para adaptar dichas titulaciones al Espacio Europeo de Educación Superior y que

fueron presentadas a la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA).

En salud pública, las competencias profesionales se refieren a las actitudes y capacidades necesarias para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente. Las tres funciones básicas de la salud pública son: a) Valorar las necesidades de salud de la población b) Desarrollar las políticas de salud c) Garantizar la prestación de servicios sanitarios (1-7).

- En el libro blanco de la enfermería, las competencias que aparecen relacionadas con estas funciones son:

Valorar las necesidades de salud de la población. A su vez, este apartado se subdivide en varios:

Analizar la situación de salud de la comunidad: Proporcionar cuidados, respetando derechos humanos valores, costumbres y creencias de la persona, Emitir juicios y decisiones basados en valoraciones integrales y evidencias científicas, Utilizar sistemas de registro y de gestión de la información (1-7).

Describir y analizar la asociación y el impacto de los factores de riesgo, de los problemas de salud y el impacto de los servicios sanitarios: Actualizar conocimientos tecnológicos y compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas y 1.c) Controlar las enfermedades y las situaciones de emergencia. En este apartado no existen funciones definidas en el libro blanco de la enfermería.

Desarrollar las políticas de salud: No existen funciones definidas en el libro blanco de la enfermería para los subapartados de 2.a) Contribuir a definir la ordenación del sistema de salud y de 2.b) Fomentar la defensa de la salud en las políticas intersectoriales. 2.c) Contribuir a diseñar y poner en marcha programas e intervenciones sanitarias: Disponer de habilidades para intervenciones y actividades para proporcionar cuidados: intervenciones ligadas a la educación y la promoción de la salud. 2.d) Fomentar la participación social y fortalecer el grado de control de los ciudadanos sobre su propia salud: Proporcionar información adaptada a las necesidades del interlocutor. Liderazgo, gestión y trabajo en equipo: garantizar la calidad en los cuidados a las personas, las familias y las colectividades.

Garantizar la prestación de servicios sanitarios: 3.a) Gestionar servicios y programas: Disponer de habilidades para intervenciones y actividades para proporcionar cuidados: intervenciones ligadas a la educación y la promoción de la salud.

No existen funciones definidas en el libro blanco de la enfermería para los subpartados de 3.b) Evaluar servicios y programas, 3.c) Realizar inspecciones y auditorías y 3.d) Elaborar guías y protocolos.

Una primera consideración que puede hacerse es que en el Libro Blanco de los estudios de enfermería enviado para ser evaluado por la ANECA, no se han incluido competencias en Salud Pública en enfermería en varias de las funciones básicas de la Salud Pública, por lo que las futuras enfermeras que se formen con el plan de estudios resultante no adquirirán competencias en 6 de 11 (54%) de estas competencias básicas (1-7).

- Funciones de enfermería de Salud Pública:

Una vez que se han presentado las competencias esperadas para los profesionales sanitarios en salud pública, cabe preguntarse qué correspondencia existe entre lo que deben hacer y lo que hacen. Para ello, sin ánimo de exhaustividad ni con criterios técnicos de representatividad muestral, elaboré y envié, durante el mes de febrero de 2010, un pequeño cuestionario a los Servicios de Salud Pública de las Comunidades Autónomas españolas, con el fin de que indicaran en qué grado realizaban las distintas competencias definidas en el libro blanco de la enfermería. Se pedía que establecieran un orden de prioridad basado únicamente en el tiempo promedio que dedicaban en su jornada laboral a cada una de las funciones antes definidas (1-7)

- Líneas de actuación en el futuro inmediato:

Del análisis de los datos anteriores parece desprenderse una cierta discrepancia entre la formación que las futuras enfermeras recibirán en el campo de las competencias y habilidades en Salud Pública y lo que las administraciones reclaman de ellas. En todas las competencias definidas en el libro blanco de los estudios de enfermería hay porcentajes que varían entre el 13 y el 67% de enfermeras que no dedican su esfuerzo laboral a estas competencias. Su trabajo está orientado sobre todo a lo que se conoce como sistemas de información y vigilancia de salud pública (1-7).

El Espacio Europeo de Educación Superior pretende acercar el mundo empresarial, el mercado a la universidad, de forma que los estudiantes tengan una formación académica más adaptada a las necesidades que la sociedad demanda de ellos, en lo que se ha llamado “el compromiso con la empleabilidad”. Los nuevos planes de estudio del Grado en Enfermería parece que no se ajustan a lo que el mercado solicita, entendido éste como los servicios de salud pública que la administración española demanda de estos profesionales sanitarios, quizá porque

el programa formativo del Grado en Enfermería responda a una formación generalista que luego necesite ser complementada con formación adicional, tal y como se perciben en la actualidad los estudios de máster.

A este respecto es interesante la propuesta que ha formulado recientemente la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), en palabras de su presidente, en cuanto a la formación en epidemiología. Es evidente que la salud pública es una ciencia multidisciplinar donde, además de profesiones tradicionalmente vinculadas a este campo como enfermeras, médicos o veterinarios, se han incorporado matemáticos, sociólogos, economistas, ingenieros o fisioterapeutas. Por ello, la postura de la SEE es que “que se cree un tronco propio de Salud Pública, donde estarían los médicos de Medicina Preventiva y Salud Pública, junto a otros profesionales de la salud pública como Veterinarios, Farmacéuticos, Enfermeras, etc., con un primer año común del Máster en Salud Pública”. La capacitación en salud pública de las enfermeras podría venir a través de este máster, que proporcionaría también contacto y una formación compartida con el resto de profesionales con responsabilidades en salud pública (1-7).

- Investigación de enfermería en la salud pública y comunitaria:

Si bien no está contemplada específicamente en las competencias del libro blanco de enfermería, varias de las enfermeras encuestadas respondieron que realizan investigación sobre problemas de salud y que también imparten formación o asesoría a otros profesionales sanitarios.

La investigación en salud pública debe ser promovida y estimulada, ya que es una de las formas de obtener conocimiento sobre la situación de un colectivo. Es conocido el esfuerzo de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería del Instituto de Salud Carlos III para impulsar la investigación de enfermería en España, esfuerzo que comenzó a mediados de los años 90 y que recogía las iniciativas del Grupo de trabajo de enfermería del Fondo de Investigación Sanitaria.

Aunque este grupo fomenta la investigación sobre todo clínica, la investigación en salud pública es una actividad a la que la ciencia enfermera no puede renunciar, ya que toda disciplina debe de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir su realidad desde su propia perspectiva (1-7).

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que los pilares fundamentales en los que se apoya enfermería para el mantenimiento de la salud de las comunidades son, la salud pública, la promoción

de la salud, la prevención de la enfermedad, la organización de las instituciones y entes comunitarios, además de la responsabilidad compartida de los actores sociales y de todos los miembros de la comunidad para el acceso a altos niveles de salud (1-7).

Podríamos definir a la enfermería comunitaria como el conjunto de cuidados y procedimientos de enfermería orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común, entendiéndolos como un todo continuo, siendo la única forma de resguardar la salud de uno solo de sus miembros a través de la intervención como conjunto (1-7)

El proceso de enfermería comunitaria debe realizarse a través de los siguientes pasos: establecimiento de la relación enfermera(o) comunidad, valorar del estado de salud y los factores del entorno, establecer diagnóstico comunitario, planificación de las acciones e intervenciones con la participación de los entes comunitarios, ejecución y monitoreo de las intervenciones enfatizando la participación ciudadana, evaluación de los resultados con los entes comunitarios (1-7).

El modelo de enfermería comunitaria trata de que las acciones estén guiadas a alcanzar los siguientes postulados: apropiación de los conocimientos en salud, adopción de hábitos y conductas saludables, culturización de la salud, participación ciudadana e inter/extra-institucionalización de la salud (1-7).

Diversos autores reconocen la poca o nula participación de enfermería en proyectos de promoción y prevención en salud pública, la principal causa de esto afirman es la falta de tiempo (1-6). Lo anterior es reflejo de situaciones como la ausencia de reconocimiento institucional de esta labor, tanto en la práctica asistencial como en la de salud pública, lo que implica falta de tiempo para investigar. Estos aspectos requieren el trabajo conjunto de las instituciones formadoras y asistenciales de salud para la presentación de proyectos de ley que permitan dicho reconocimiento y brindar apoyo en la elaboración de proyectos y la sistematización de indicadores mediante instrumentos confiables, así como en la medición de su impacto en servicios, que puede concretarse en los planes de trabajo de los convenios establecidos en la relación docencia-servicio (1-7).

6 Bibliografía

- 1. Ramalle Gómara E. Enfermería. ¿Hacia dónde vamos?: Enfermería de salud pública. España, 2010. II Congreso Socinorte. San Sebastián; [Actualizada 25 de Marzo de 2010]; [consultado 30 de Diciembre de 2019].

- 2. García Guzmán LF. Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. RIdEC 2016; 9(1):54-67. [consultado 30 de Diciembre de 2019].
- 3. Espinoza Verdugo M. Enfermería comunitaria [monografía]. Monografias.com [website]; [consultado 30 de Diciembre de 2019].
- 4. Martínez Riera J. Qué papel desempeñan las enfermeras comunitarias en el marco de la Atención Primaria de salud. España, 2014.Edit. Elsevier; [Actualizada 09 de Enero de 2014]; [consultado 30 de Diciembre de 2019].
- 5. Hernández Jiménez C. La enfermería comunitaria. España. Universidad de Cantabria (UNICAN), salud pública y atención primaria en salud. [consultado 30 de Diciembre de 2019].
- 6. Castro Torres A, Leal Carrillo R. Funciones en salud pública de enfermería y adquisición del conocimiento. Colombia, 2011; Rev. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 13 N° 1. [consultado 30 de Diciembre de 2019].
- 7. Torres EsperónI J, Urbina Laza O. La Enfermería en la Salud Pública Cubana. Cuba, 2009; Rev Cubana Salud Pública v.35 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2009. [consultado 30 de Diciembre de 2019].

Capítulo 517

MASTITIS ASOCIADA A LA LACTANCIA

MARTA GARCIA ANTON

ROSA MARÍA ROSENDE CASAL

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

1 Introducción

La mastitis es una inflamación del tejido mamario que, a veces, conlleva una infección. La inflamación provoca dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento en los pechos. Si cursa con infección aparece la fiebre y escalofríos. Afecta a las mujeres que está amamantando. La leche que queda retenida en la mama es la causa principal. También existen otras causas como la obstrucción del conducto mamario y bacterias de la superficie de la piel o de la boca del bebé que penetran en los conductos mamarios a través de una grieta en la piel del pezón o una abertura en el conducto mamario.

2 Objetivos

- Evitar la mastitis mediante la realización de consultas con especialistas en lactancia materna.

3 Caso clínico

Mujer de 36 años que acude a la consulta de su médico de atención primaria por fiebre en las últimas 12 horas, refiere que parió hace 11 días y al noveno día del alta hospitalaria comenzó a notar unos bultos duros en la mama izquierda, dolor y pinchazos al mover el brazo. Calor en el pecho pero que ella tiene frío. Trae el pecho envuelto en paños de algodón por que dice calmar el dolor.

Exploración; parto eutócico hace 11 días, consciente y orientada, temperatura 38.5.

Visualmente ambas mamas, de aspecto normal. La mama izquierda a la palpación se aprecia tres lóbulos endurecidos de unos 3 cm de diámetro cada uno. Se nota un aumento de temperatura local y la zona está claramente enrojecida. La mama derecha normal a la palpación sin ningún tipo de hallazgo.

Se le diagnostica mastitis y se le pauta antibiótico compatible con lactancia materna durante 8 días, antiinflamatorios para control de fiebre y dolor, aplicar hielo indirecto en la zona afecta y vaciar bien el pecho cuando el lactante haga la toma. Se le informa a la paciente que puede ser derivada al servicio de materno infantil, donde se le darán pautas sobre la lactancia materna. La paciente acepta y se le da cita para ese mismo día.

4 Resultados

La mastitis es una patología sencilla de tratar al comienzo de la patología. Un rápido y eficaz tratamiento evita el abandono de la lactancia materna ya que según estudios científicos es la principal causa de que una madre decida abandonar la lactancia, no por la enfermedad en sí, si no por el dolor y malestar que causa.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios debemos estar pendientes de las posibles causas de la mastitis, como asesorar para que no haga un número insuficiente de tomas, preferencia por amamantar de un pecho con respecto al otro, enseñar a la madre a que el bebé haga una buena succión y un buen agarre del pezón...

Asesoraremos a la madre y ayudaremos en todo lo posible, garantizando que la madre sienta comodidad, pero sobre todo que las pautas principales las haga de

manera correcta. La prevención es la mejor manera de curar. La matrona en las clases de preparación al parto juega un papel importantísimo en este aspecto y el postparto también puede ofrecer consejos para realizar el periodo de amamantamiento lo mejor posible. Minimizando las probabilidades de padecer mastitis.

6 Bibliografía

- Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. Padilla Ortega B, Delgado Palacio S, García Garrote F, Rodríguez Gómez JM, Romero Hernández B. Diagnóstico microbiológico de la infección bacteriana asociada al parto y puerperio.
- Enferm Infecc Microbiol Clin. Witt AM, Burgess K, Hawn TR, Zyzanski S. Role of Oral Antibiotics in Treatment of Breastfeeding Women with Chronic Breast Pain Who Fail Conservative Therapy. Breastfeed
- Gombos E, Esserman L, Weisberg S. Granulomatous mastitis Mathelin C, Riegel P, Chenard MP, Brettes JP. Association

Capítulo 518

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA OOFORECTOMÍA PREVENTIVA.

JOANA ÁLVAREZ DÍAZ

ALEJANDRA ÁLVAREZ DIAZ

MARÍA DE LOS ÁNGELES PELÁEZ ÁLVAREZ

LAURA MONTESERIN FERNANDEZ

1 Introducción

En cuanto al aparato genital femenino se refiere, el cáncer de ovario ocupa el segundo lugar en frecuencia de aparición, siendo la causa principal de muerte por neoplasia ginecológica. Supone el 3 por ciento de los tumores. Además, la ausencia de síntomas específicos dificulta el diagnóstico precoz de la enfermedad, ocasionando un alto índice de mortalidad en la población femenina.

Como método preventivo, ante sospecha de diagnóstico de cáncer de ovario, puede llevarse a cabo la extirpación de uno o de los dos ovarios (ooforectomía), con o sin extirpación del útero (histerectomía). La realización de dicho acto quirúrgico conlleva una serie de riesgos y puede ocasionar la aparición de diversos efectos secundarios.

2 Objetivos

- Determinar los posibles riesgos y efectos secundarios derivados de la extirpación preventiva de ovarios.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos pertenecientes a asociaciones como, por ejemplo, Breastcancer o MayoClinic. La fuente de información principal empleada ha sido SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica), siendo las palabras claves introducidas: Extirpación, ovarios, complicaciones, ooforectomía.

4 Resultados

- Hay diversos riesgos a los que la mujer intervenida se puede ver sometida de forma inmediata tras la cirugía, como, por ejemplo, una hemorragia, la formación de tejido cicatricial, una infección, una obstrucción intestinal, etc.

El riesgo de padecer alguna de estas complicaciones es mayor si la cirugía es abdominal, es decir, si no se realiza mediante laparoscopia.

Otras consecuencias más frecuentes que se dan a corto plazo tras la cirugía son: dolor, fatiga o alteraciones digestivas, así como la aparición precoz de la menopausia, con los síntomas que ello conlleva, como sudoración o el aumento del riesgo de padecer osteoporosis.

Ha de tenerse en consideración el hecho de que la extirpación de los ovarios es permanente e irreversible, lo que conlleva la imposibilidad de concebir. Este inconveniente puede afectar psicológicamente a la mujer en edad fértil de forma considerable, pudiendo llegar a derivar en cuadros depresivos y aumento de la ansiedad. También puede ocasionar insomnio y dolor en el pecho o palpitaciones.

La relación de pareja puede llegar a verse afectada en cuanto a las relaciones sexuales se refiere, debido a la disminución del deseo sexual de la mujer ocasionado por la sequedad y la irritación vaginal y la alteración del estado de ánimo de la paciente. Ha de tenerse en cuenta el hecho de que los efectos secundarios a largo plazo asociados a la extirpación preventiva de ovarios pueden incrementarse tanto cualitativa como cuantitativamente con el paso del tiempo, ya que dicha intervención es relativamente reciente.

5 Discusión-Conclusión

Parece evidente el hecho de que la intervención quirúrgica de extirpación preventiva de ovarios presenta diversos riesgos y efectos secundarios que han de tenerse muy en cuenta a la hora de planificar la intervención. También han de

tenerse en consideración las posibles alternativas valorando diversos aspectos intrínsecos de la paciente, como la edad (sobre todo si se encuentra en edad fértil), así como los beneficios en pos de las posibles complicaciones del acto quirúrgico.

6 Bibliografía

- Breastcancer. Tratamiento y efectos secundarios. Riesgos de la extirpación preventiva de ovarios.
- SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica)
- MayoClinic. Ooforectomía (extirpación quirúrgica de los ovarios).

Capítulo 519

TABAQUISMO

DESIREE JUAN GARCIA

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ELO FERNANDEZ PEREZ

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

1 Introducción

El tabaquismo es la principal causa de mortalidad prematura y evitable en los países desarrollados. La OMS estima que al año mueren 4,9 millones de personas como consecuencia del tabaco; y se calcula que si continua esta tendencia para el año 2030 se producirán 10 millones de muertes.

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más adictivos: la nicotina. El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas para la salud de la persona que lo consume. Enfermedades causadas por el tabaquismo:

- Enfermedades del corazón.
- Apoplejía.
- Aneurisma de la aorta.
- Epoc: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.

- Diabetes.
- Osteoporosis.
- Artritis reumatoide.
- Empeoramiento del Asma.
- Mayor riesgo de neumonías.
- Mayor riesgo de tuberculosis.
- Debilita la función inmunitaria.
- Cáncer de: pulmón, esófago, laringe, boca, garganta, lengua, riñón, vejiga, hígado, páncreas, estómago, cervix, colon y recto; así como leucemia mieloide aguda.

El tabaco provoca 50.000 muertes anuales en España por dolencias como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón y laringe. Pero además es el principal factor de riesgo cardiovascular porque aumenta por 3 el tener una patología coronaria.

Ventajas de abandonar el tabaco:

- Mejorarás la respiración y te encontrarás menos cansado.
- Disminuye la tos y las infecciones.
- La piel y el rostro se recuperan del envejecimiento prematuro.
- Recuperas el gusto y el olfato.
- El deterioro del pulmón se ralentiza.
- Reduce la tasa de infarto y muerte súbita en un 20-50%.
- Tres años sin tabaco y el riesgo de infarto de miocardio o ACV es el mismo de quien no haya fumado nunca.

El tabaquismo en niños:

Un 21% de los niños españoles entre los 10 y 12 años de edad han probado el tabaco y un 24 % son fumadores habituales. ¿Y por qué?:

- Influencias sociales.
- Familia y amigos fumadores.
- Actitudes favorables ante el consumo.
- Asociación del tabaco y alcohol con el placer.

Por otro lado, los jóvenes que llegan a los 15 años sin probar el tabaco tienen muchas posibilidades de no ser fumadores en toda su vida.

Fumadores pasivos:

- En España mueren 6200 fumadores pasivos al año, por aspirar el humo en su propia casa o en su entorno laboral y social.

- Si vives con alguien que consume una cajetilla al día es como si tu fumaras nueve cigarrillos diarios.
- Esta exposición al aire contaminado aumenta en un 30% las posibilidades de padecer enfermedades cardiovasculares y entre un 20-50% de cáncer de pulmón.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer más aún los efectos nocivos del consumo de tabaco.

Objetivos secundarios:

- Intentar concienciar a la sociedad de los beneficios de una vida sin tabaco.
- Aumentar los esfuerzos en la educación preventiva en niños y adolescentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además se entrevistará a profesionales de la salud que atienden casos derivados del tabaco.

4 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>.
- <https://www.cdc.gov>.
- <https://fundaciondelcorazon.com>.
- <https://m.infosalus.com>.
- <https://www.who.int>.

Capítulo 520

LA SALUD BUCAL EN EL PACIENTE CON CARENCIAS EN EL AUTOCUIDADO

FRANCISCA TORRU BEJAR

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL

ROSA MAR NIETO MORAN

1 Introducción

La patología oral en personas mayores es diversa y específica. Enfermedades como la xerostomía, periodontitis y halitosis, son las más frecuentes en edades avanzadas de la vida. La administración de varios medicamentos de forma simultánea, se asocian a las causas de aparición de algunas patologías orales. Algunas sintomatologías dentales no tratadas causan dolor e incomodidad, interfiriendo en la capacidad de comer y tragar, dando como resultado una nutrición inadecuada.

Sin embargo, la realización de la higiene bucal puede verse comprometida cuando el individuo presenta incapacidad funcional. Esta condición se asocia en gran medida a la presencia de algunas enfermedades.

Los pacientes hospitalizados son, en su mayoría, incapaces de realizar su cuidado personal. Siempre que sea posible se deben realizar modificaciones y adapta-

ciones en las técnicas y en los instrumentos de la higiene bucal para que ellos mismos hagan tales procedimientos. Sin embargo, en algunos casos esto es complejo. En estas situaciones, los cuidados de la higiene bucal son responsabilidad de los servicios de enfermería, familiares y cuidadores que deben poseer conocimientos y habilidades para atender las necesidades de los pacientes hospitalizados, cuando éstos estén incapacitados para realizarla por sí mismos (13). Sin embargo, es frecuente encontrarnos con un índice muy bajo de higiene bucodental en los pacientes hospitalizados en las instituciones de larga estancia (14-15). Las principales enfermedades que afectan la salud bucodental en los hospitales de media/larga estancia: gingivitis, caries, periodontitis, xerostomía, candidiasis, sensibilidad dental. La gingivitis es un proceso inflamatorio de las encías.

Las micosis ocupan un papel destacado y aunque existen diversos tipos de micosis bucales las más comunes son las Candidiasis, producidas por un hongo llamado “Candida Albicans” que forma colonias de color blanco en la lengua o paladar, pueden cursar dolor especialmente al comer.

Si consideramos que la salud bucal es un componente de la salud, y que la salud tiene entre sus componentes la calidad de vida, entonces la salud bucal también tendrá un efecto en la calidad de vida. Así como ha habido una evolución en los conceptos de “Salud”, reconociendo que tiene un amplio rango de componentes (biológicos, mentales, sociales y de calidad de vida); también ha evolucionado el concepto de salud bucal, cambiando desde el nivel biológico, en que la cavidad bucal contribuye con la protección del cuerpo por medio de la masticación y deglución; hasta los niveles social y psicológico, donde contribuye con la autoestima, expresión, comunicación y estética facial.

2 Objetivos

- Mantener la buena salud bucal del paciente.
- Evitar aparición de nuevas patologías.
- Fomentar el autocuidado.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, y datos pertenecientes a estudios descriptivos transversales observacionales. Se han utilizado como palabras clave varios DECS (descriptores de la salud) mediante los que se ha conseguido

encontrar los artículos necesarios en bases científicas para la realización del trabajo.

4 Resultados

Se observa que el porcentaje más alto de patología encontrada entre los pacientes del hospital está relacionada con sus hábitos higiénicos bucodentales.

Se comprueba la higiene bucodental en pacientes de media/larga estancia con problemas crónicos, considerando que la boca es la puerta de entrada de diversas patologías. Los resultados encontrados en varios estudios referente a la variable sexo o portadores de prótesis dentales removibles, presenta una diferencia significativa en los hábitos de higiene bucodental y tabáquicos por sexos como sucede en estudios sobre hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española.

El número de pacientes portadores de prótesis dentales removibles es mayor en hombres que en mujeres. Obteniendo un resultado de higiene deficitaria en ambos por norma general no se quitan las prótesis dentales para higienizarlas.

5 Discusión-Conclusión

Hay muchos problemas de higiene bucodental en los pacientes hospitalizados. Los profesionales, familiares y cuidadores deben tomar conciencia del problema, ya que a veces la higiene bucodental pasa a un segundo plano por su enfermedad .

La calidad de vida va asociada con la salud bucodental, y esta relacionada con el impacto que las alteraciones bucales pueden producir en la vida diaria de los pacientes.

6 Bibliografía

- Grupo Español de investigación en Gerodontología. Oral Health Spanish Issues. Int Dent J. 2001; 51: 228-34
- Bravo Pérez M, Casals Peidró E, Cortés Martinicorena FJ, et al. Encuesta de salud oral en España 2005. RCOE. 2006; 11: 409-56

- Conceição Ferreira R, Salles Rocha E, Nogueira Coutinho N, de Freitas Ribeiro MT, Silami de Magalhães C, Nogueira Moreira A. La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. Invest. educ. enferm [revista eb Internet]. 2006 Mar06; 24(1): 48-57.

Capítulo 521

FUNCIÓN DEL TCAE EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES CELIACOS

MARIA JOSEFA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La enfermedad celíaca es una enfermedad digestiva que daña el intestino delgado y altera la absorción de las vitaminas, minerales y demás nutrientes que contienen los alimentos. Los pacientes con enfermedad celíaca no toleran una proteína llamada gluten, que se encuentra en los cereales (trigo, avena, cebada, centeno).

2 Objetivos

- Concienciar y enseñar al paciente celíaco en mantener unos hábitos alimentarios y una dieta equilibrada, completa y saludable.

3 Metodología

Un porcentaje importante de pacientes (75%) están sin diagnosticar debido, en su mayor parte, a que la enfermedad celíaca (ce) durante años se ha relacionado, exclusivamente, con su forma clásica de presentación clínica. Sin embargo, el reconocimiento de otras formas atípicas de manifestarse, oligo y asintomáticas, combinados con la mayor y mejor utilización de las pruebas complementarias

disponibles, ha permitido poner de manifiesto la existencia de diferentes tipos de EC:

- Sintomática: Los síntomas son muy diversos, pero todos los pacientes mostrarán una serología, histología y test genéticos compatibles con la EC.
- Subclínica: En este caso no existirán síntomas ni signos, aunque sí serán positivas el resto de las pruebas diagnósticas.
- Latente: Son pacientes que, en un momento determinado, consumiendo gluten, no tienen síntomas y la mucosa intestinal es normal. Existen dos variantes:
Tipo A: Fueron diagnosticados de EC en la infancia y se recuperaron por completo tras el inicio de la dieta sin gluten, permaneciendo en estado subclínico con dieta normal.
Tipo B: En este caso, con motivo de un estudio previo, se comprobó que la mucosa intestinal era normal, pero posteriormente desarrollarán la enfermedad.
- Potencial: Estas personas nunca han presentado una biopsia compatible con la EC pero, del mismo modo que los grupos anteriores, poseen una predisposición genética determinada por la positividad del HLA-DQ2/DQ8. Aunque la serología puede ser negativa, presentan un aumento en el número de linfocitos intraepiteliales. La probabilidad media de desarrollar una EC activa es del 13% y una EC latente del 50%.

4 Resultados

Los resultados sobre pacientes celíacos, muestran que el 1% de la población es alérgica al gluten y prolaminas relacionadas. Dada la dificultad de diagnosticar la enfermedad, debido a que sus síntomas se pueden confundir con otras enfermedades y a veces son de difícil diagnóstico.

Las consecuencias de una mala alimentación son: pérdida de peso, pérdida de apetito, fatiga, náuseas, vómitos, diarrea, distensión abdominal, pérdida de masa muscular, retraso del crecimiento, alteraciones del carácter (irritabilidad, apatía, introversión, tristeza), dolores abdominales, meteorismo, anemia por déficit de hierro resistentes a tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Destacar la mala información que tiene el paciente celíaco en su alimentación. Enseñarle a identificar los etiquetados de la alimentación. La atención a la contaminación cruzada y proporcionarle información sobre alimentos sin gluten, con

poco gluten y con gluten.

6 Bibliografía

- <https://celiacos.org/>
- <https://www.gaes.es/>

Capítulo 522

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR A PACIENTES CON OVARIOS POLIQUISTICOS

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ

MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ

NORMA LORENA BUYO AVALOS

ANA VIOR LÓPEZ

1 Introducción

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno frecuente, de hecho, es el más común de los desordenes endocrinos en mujeres en edad reproductiva. Es el más común de los desordenes endocrinos en mujeres.

Es una enfermedad en la que la mujer tiene unos niveles muy elevados de hormonas (andrógenos), de lo que se pueden derivar muchos problemas incluyendo menstruaciones irregulares, infertilidad, problemas de la piel como acné y aumento de vello y aparición de pequeños quistes en los ovarios. Son muchos los factores que pueden causar esta enfermedad: un desbalance en las hormonas (mensajeros químicos) en el cerebro y los ovarios, exceso de insulina, poca inflamación que estimule los ovarios para producir andrógenos, factor hereditario o que los ovarios produzcan niveles anormales alto de andrógenos.

El síndrome de ovarios poliquísticos (PCOS) también llamado síndrome de Stein Leventhal, se define por la presencia de cualesquier combinación de dos de estas características:

- Ausencia de ovulación durante un período extenso
- Niveles elevados de andrógenos (hormonas masculinas)
- Gran cantidad de quistes pequeños (bolsitas llenas de líquido) en los ovarios.

Tener una cantidad de andrógenos más alta de lo normal (propio de este síndrome) puede interferir en el desarrollo y la liberación del óvulo. A veces, en vez de formarse y de madurar óvulos, se desarrollan quistes en los ovarios, que pueden aumentar de tamaño. Entonces en vez de liberarse un óvulo durante la ovulación, como ocurre en los períodos menstruales normales, crecen quistes en los ovarios. Y los ovarios poliquísticos pueden aumentar de tamaño. Las mujeres con este síndrome no ovulan ni liberan un óvulo cada mes, pueden tener menstruaciones irregulares o no tener la menstruación.

Tener SOP significa que tus ovarios no están recibiendo las adecuadas señales hormonales de la glándula pituitaria. Sin estas señales no podrás ovular. Es una enfermedad que en muchos casos viene acompañada de otras enfermedades como la obesidad, la dislipidemia, los desórdenes cardiovasculares, la hiperplasia endometrial, los desórdenes del periodo menstrual e infertilidad el cáncer endometrial el cáncer de mama y procesos pro-inflamatorios esta condición, a su vez, afecta la tolerancia a la metabolización de la glucosa la resistencia a la insulina y potencia el hiperandrogenismo. Dichos síntomas somáticos suelen precipitar problemas psicológicos entre los que se encuentran estrés, ansiedad, depresión, disminución de la calidad de vida, cambios en la imagen corporal e identidad, baja autoestima, y disfunciones psicosexuales.

2 Objetivos

- Dar a conocer esta enfermedad (SOP), los síntomas, las causas, tratamientos así como los factores psicológicos que suelen acompañar y las enfermedades que suelen manifestarse paralelamente, con un abordaje integral contribuyendo de esta manera al control de la enfermedad por parte de las mujeres, especialmente las más jóvenes, que ven como se altera su calidad de vida como consecuencia de una enfermedad que conlleva muchas veces desequilibrio emocional y físico.

3 Metodología

Para cumplimentar el objetivo principal de la revisión sistemática, se realiza una búsqueda de datos, un análisis de información, y una revisión del material existente sobre las manifestaciones clínicas del SOP, en bases de datos como Pubmed, Biomed Central, Embase, Scielo, Science direct, England Journal of Medicine, Lilacs, Dare, Plos Medicine, Frontiers in Public Health, BMJ, NIH public Access, Medline, psycarticles, springerjournal, páginas webs de clínicas y universidades y artículos de revistas científicas.

4 Resultados

El síndrome de ovario poliquístico es la endocrinopatía más frecuente en mujeres, además ha sido asociado en 75% de casos con infertilidad anovulatoria. Conocido como “síndrome de Stein-Leventhal”, Criterios diagnósticos para síndrome de ovario poliquísticos en adolescentes: Hiperandrogenismo es un criterio primario, acné y alopecia no son considerados como evidencia de hiperandrogenismo, hirsutismo debe ser considerado señal de hiperandrogenismo solo cuando se documenta que es progresivo; Oligomenorrea (o anovulación) que debe estar presente por lo menos 2 años; Diagnóstico de ovarios poliquísticos por ultrasonido abdominal tiene que incluir un incremento del tamaño ovárico (>10cm³).

Las pruebas para el diagnóstico incluyen un análisis de la historia clínica, de los períodos menstruales, el cambio de peso, presión arterial, detección de depresión, ansiedad, alteraciones del sueño. Una exploración física: excesivo crecimiento del vello, resistencia a la insulina, acné, examen pélvico, análisis de sangre y una ecografía.

Con todo, se abordan los problemas surgidos de manera individual: tratamiento específico para reducción de peso, regular el ciclo menstrual con píldoras anti-conceptivas combinadas, terapia con progesterona, medicación para estimular la ovulación, metformina y en casos seleccionados precisa intervención quirúrgica.

Se identifica el estrés con frecuencia en las mujeres jóvenes con SOP, que resulta potencializado indirectamente el aumento de la testosterona vía hipotálamo-pituitario-adrenal contribuyendo a la presencia del hirsutismo y otras implicaciones estéticas, esto reduce significativamente la identidad femenina, y se retroalimenta en la forma de estrés psicológico y de disfunciones sexuales. Así mismo, el estrés compromete negativamente la regularidad del ciclo menstrual

y de la ovulación, incidiendo en fuertes cambios endocrinos y emocionales, desórdenes del sueño, distorsiones cognitivas que a su vez repercuten en mayor vulnerabilidad a los estados depresivos y en aumento a la sensibilidad al dolor. Las pacientes con SOP, tienden a riesgos cardiovasculares, y diabetes tipo II, predisposición a la obesidad, resistencia a la insulina así como el incremento de la inflamación crónica.

El SOP incrementa su gravedad con el tiempo si no se trata. Insistir en la educación de las pacientes sobre la enfermedad para lograr que efectúen cambios en su estilo de vida. Seguir una dieta equilibrada, hacer ejercicio regularmente, no frustrarse si no ves mejora rápidamente, mantener una actitud positiva. Seguir el tratamiento y consultar sus dudas con el médico. Ser cuidadosos en los hábitos de vida.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de ovario poliquístico es el trastorno endocrino más común en las mujeres que se encuentran en edad reproductiva, este síndrome se caracteriza por diversas manifestaciones clínicas y complicaciones a largo plazo que pueden llegar a afectar la calidad de vida en las mujeres que parecen este síndrome. Se encontró en los diferentes estudios incluidos en este estudio que el crecimiento excesivo del vello, las menstruaciones irregulares o ausentes, la infertilidad y la obesidad son los síntomas más molestos para las mujeres ya que alteran negativamente las emociones y genera frustraciones alterando la calidad de vida. La calidad de vida la miden en los diferentes artículos con:

SF-36: es un cuestionario utilizado para estudio de resultados médicos (MOS). Consta de 36 preguntas, buscando indagar en el estado de salud física y mental explorando 8 dimensiones como lo son: "función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de salud en general". Se califica de 0 a 100 siendo las puntuaciones mal altas mejor el estado de salud.

La gran mayoría de los estudios revisados coinciden en que el estado de ánimo se encuentra significativamente alterado en las mujeres que experimentan SOP, con un incremento de la vulnerabilidad al padecimiento de sintomatología depresiva. Es frecuente también, la presencia de ansiedad, y en menor medida, trastornos de la alimentación y dificultades para conciliar el sueño. Se indica además, un deterioro significativo en la calidad de vida.

Se logró identificar cuáles eran las manifestaciones clínicas del ovario poliquístico que afectan de alguna medida la calidad de vida de las pacientes que presentan esta enfermedad. Conocer las características psicológicas de las mujeres afectadas es crucial para el direccionamiento de las intervenciones preventivas y terapéuticas, orientadas al cambio sostenido en sus estilos de vida, y al mejoramiento de la condición somática y mental. El apoyo psicológico complementa las acciones médicas y juntas constituyen una forma más efectiva e integral de abordaje de las pacientes con SOP, que inciden de manera positiva en su calidad de vida y bienestar. El SOP incrementa su gravedad con el tiempo si no se trata. Pero si lo hace va reduciendo sus síntomas. Las secuelas a largo plazo, son un motivo de alarma para la detección y tratamiento precoz de este trastorno.

Las complicaciones del SOP pueden comprender esterilidad, diabetes gestacional o presión arterial alta por el embarazo, aborto espontáneo o nacimiento prematuro, inflamación hepática, síndrome metabólico, apnea del sueño, depresión, ansiedad, trastornos en la alimentación, sangrado uterino anormal, cáncer del revestimiento de endometrio, u obesidad relacionada con las complicaciones. El exceso de andrógenos es una de las claves para el afloramiento de los signos y síntomas de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Andrea Aguirre M.A, Giovanna Benvenuto C.A, Maria Teresa S.B. Calidad de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. *rev chil obtet ginecol* 2005;70(2):103-107.
2. <http://www.scielo.cl/>
3. Hernández B, García R. Health-related Quality of Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Oct 9]; 12(2).
4. Jose Pacheco. Síndrome de ovario poliquístico y el consense de retterdam. *Rev per ginecol obstet* 2004; 50:45-60.
5. Kauffman, R. et al. Polycystic ovarian syndrome and insulin resistance in white and Mexican American: A comparison of two distinct populations. *AJOG*.2002. vol.187,1362-1369. 12. LamMetodología
6. Síndrome de ovario poliquístico . Center for Young [actualizado 27 septiembre 2018].
7. Síndrome de ovarios poliquísticos Standforchildrens Health [actualizado en 2019].

8. Síndrome de ovarios poliquísticos I Ginecología y mujer [actualizado en 2019].
9. Síndrome de ovario poliquístico. –Síntomas y causas [actualizado en 29 de agosto de 2017].
10. Síndrome de ovario poliquístico: para adolescentes [actualizado en julio 2018].
11. Síndrome del ovario poliquístico: MedlinePlus enciclopedia [actualizado 3 septiembre 2019]
12. Preguntas frecuentes sobre el ovario poliquístico I Cuidateplus [actualizado 26 diciembre 2016]

Capítulo 523

CUIDADOS DEL TCAE A PACIENTES CON PRECLAMPSIA

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

TANIA ANTUÑA ALVAREZ

JÉSICA MARA LÓPEZ POLA

ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA

ANA VIOR LÓPEZ

1 Introducción

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por la presión arterial alta, presencia de proteínas en la orina y signos de daños en otro sistema de órganos (frecuentemente en hígado y riñones). Generalmente la preeclampsia comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal. Se considera que existe hipertensión cuando en dos o más tomas separadas por 6 horas, la tensión es $\geq 90/140$ mmHg.

Una vez confirmado el diagnóstico de hipertensión, se realizará un análisis de orina para descubrir si hay presencia de proteínas (proteinuria), si en la orina de 24 h. hay 300 mg o más, se diagnostica preeclampsia. Este trastorno se presenta en distintos grados: leve, grave, síndrome Hellp, y al final: eclampsia.

La preeclampsia severa es una patología propia del embarazo responsable de un alto índice de muertes maternas y perinatales a nivel mundial. Su origen per-

manece desconocido pero se asocia con múltiples factores maternos, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro.

Los criterios asociados a PE severa incluyen: presión arterial alta, cefalea persistente, alteraciones visuales, edema pulmonar, dolor epigástrico o hipocondrio derecho, hemolisis microangiopatía, trombocitopenia, alteración de la función renal, y elevación de las enzimas hepáticas lo que lleva a evolucionar la PE al síndrome de HELLP. Y sin los cuidados oportunos conduce a eclampsia.

Las mujeres con PE que viven en lugares de escasos recursos, tienen mayor riesgo de desarrollar eclampsia, y morir por esta causa, donde otras causas también frecuentes, ocasionan mortalidad materna por ejemplo hemorragias y sepsis.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los factores y complicaciones de las embarazadas con preeclampsia.

Objetivos secundarios:

- Identificar los factores de riesgo de la madre y el feto asociados a esta enfermedad.
- Conocer los grupos de edad más frecuente para esta enfermedad.
- Conocer si existe el factor hereditario para esta enfermedad, conocer las complicaciones más comunes.
- Proporcionar una evidencia sobre el diagnóstico, prevención y tratamiento de la preeclampsia.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión sistemática. La información se recopiló mediante la búsqueda en bases de datos como PubMed Central, Scielo, y Redalyc, Dialnet, Medigraphic, Intramed, Equipo Editorial de Fistera. Se realizó un estudio minucioso sobre el manejo de la preeclampsia grave a través de la información conseguida de páginas web de varias clínicas y de universidades.

4 Resultados

En embarazos con peligro de desarrollar preeclampsia, se produce vasoconstricción e incremento del tono vascular que posteriormente provoca hipertensión y lesión de las células de la sangre (glóbulos rojos y plaquetas).

Entre los factores que influyen en la preeclampsia están antecedentes de preeclampsia, hipertensión crónica, primer embarazo, nueva paternidad, la edad maternal, la raza, el embarazo múltiple, tener bebés con menos de dos años o más de 10 años de diferencia, antecedentes de determinadas afecciones como diabetes, lupus, migrañas, el sobrepeso materno al inicio de la gestación, la fecundación in vitro aumenta la probabilidad de padecer preeclampsia, la nuliparidad, y el antecedente familiar de madre o hermana con preeclampsia. No así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables.

La causa exacta de la preeclampsia comprende varios factores. Los especialistas creen que comienza en la placenta. En las primeras semanas del embarazo se forman nuevos vasos sanguíneos y estos evolucionan para enviar sangre a la placenta de forma eficiente. Parece que estos vasos sanguíneos no se desarrollan o no funcionan de manera adecuada. Las causas de esta formación anormal pueden comprender los siguientes:

- Un flujo de sangre insuficiente al útero
- Daño en los vasos sanguíneos con problema en el sistema inmunitario
- Determinados genes
- Otras potenciales causas: isquemia uterina, alteración del balance hormonal, deficiencia de calcio, lesión vascular hemodinámica, deficiencias nutricionales, etc.

Entre los síntomas propios de esta patología están:

Aunque a veces no provoca síntomas, la presión arterial alta que puede presentarse lentamente o de forma repentina. Controlar la presión arterial es una parte importante del cuidado prenatal, es el primer signo de preeclampsia.

Otros signos de problemas renales:

- Dolores de cabeza intensos
- Cambios en la visión, pérdida temporal, borroso o sensibilidad
- Dolor en la parte superior del abdomen, debajo de las costillas y en el lado derecho
- Náuseas o vómitos

- Menos producción de orina, retención de líquidos
- Un recuento bajo de plaquetas
- Función hepática deteriorada
- Líquido en los pulmones

El tratamiento de la preeclampsia, lo más efectivo es el parto. Pero si el embarazo no está lo suficientemente avanzado, no será lo mejor para el bebé. Es posible que tengas que hacerte análisis con mayor frecuencia.

Los posibles tratamientos para la preeclampsia incluyen:

Medicamentos para bajar la presión arterial, corticosteroides, y medicamentos anticonvulsivos. Realizar una ecografía al feto y un registro cardiotocográfico. Reposo en cama o incluso puede requerir internación en el hospital. Anticipar el parto. Vigilar cualquier indicación de riesgo de convulsiones o de inminente derrame cerebral y posiblemente se administrará sulfato de magnesio (anticonvulsivante usado específicamente para tratar la preeclampsia).

En general, toda embarazada con preeclampsia, aunque sea leve, debe ingresar en el hospital, allí se medirá su tensión arterial cuatro veces al día, se realizarán análisis de orina dos veces por semana y cada dos días, se realizará una ecografía al feto y un registro cardiotocográfico.

La embarazada debe hacer reposo absoluto, tumbada sobre el lado izquierdo preferiblemente.

Si hablamos de preeclampsia grave, lo ideal es la interrupción inmediata del embarazo, pero no siempre es posible, por lo que se pondrá un tratamiento a la paciente. En primer lugar un estudio físico y analítico, control de la hipertensión arterial e impedir la progresión del ataque eclámpico con sulfato de magnesio.

El no seguir el tratamiento puede llevar a las siguientes complicaciones: restricción del crecimiento fetal, parto prematuro, desprendimiento placentario, síndrome de HELLP (destrucción de glóbulos rojos), daños a otros órganos (fracaso renal, shock circulatorio, rotura hepática), enfermedad cardiovascular, eclampsia, aumento de la presión arterial, lesión cerebral, complicaciones de coagulación de sangre, edema pulmonar, convulsiones o síndrome de distrés respiratorio agudo.

No hay una forma segura de prevenir la preeclampsia pero puedes reducir tu riesgo de tener preeclampsia con: aspirina a dosis bajas, suplementos de calcio y complementos de ácido fólico. Dieta rica en antioxidantes, la vitamina C, vitam-

ina E, y ácidos grasos omega 3. De todas formas no tomar ningún medicamento ni vitaminas o suplementos sin antes consultar al médico. Antes de quedar embarazada estar lo más saludable posible. Mantener un peso adecuado, controlar la diabetes. No fumar, (el tabaco aumenta la tensión arterial), evitar el estrés. Es importante que todas las mujeres embarazadas comiencen el cuidado prenatal de manera temprana y lo continúen durante y después del parto.

Aún cuando el bebé es prematuro, es posible que se requiera adelantar el parto si la enfermedad no se puede estabilizar, en el orden de proteger a la madre y asegurar la vida del bebé.

La hipertensión y la presencia de proteínas en la orina, son signos de preeclampsia, pero indican además que algo no va bien en el sistema arterial de la futura madre, lo que exige un control médico para evitar que desemboque en otras complicaciones que son el verdadero peligro, como la afectación de otros órganos . Esta enfermedad puede hacer que la placenta se separe del útero, provocar un parto prematuro o la pérdida del embarazo.

5 Discusión-Conclusión

La edad se convierte en un factor de riesgo para la preeclampsia-eclampsia, cuando se presenta el embarazo en sus extremos de riesgo, la adolescencia y la edad materna avanzada. Se plantea que esta enfermedad puede afectar a mujeres mayores de 35 años debido a los daños crónicos del sistema vascular que sufre desgastes, con la consecuente esclerosis de los vasos, lo cual afecta el aporte sanguíneo adecuado durante el embarazo, y se establece una insuficiencia circulatoria, que produce isquemia útero-placentaria. En las adolescentes el músculo uterino, ofrece mayor resistencia y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación.

Algunos profesionales sanitarios informan que la incidencia de PE en el embarazo gemelar es cinco veces superior a los embarazos sencillos. También hacen referencia a los trastornos nutricionales al inicio de la gestación, y al incremento del riesgo de PE. El sobrepeso materno constituye un factor influyente para la aparición de la PE.

Tiene más incidencia en los países en desarrollo que en los países desarrollados. Y parece según algunos estudios que las mujeres de raza negra son las más afectadas. Y en general se da en mujeres primíparas (primigravidez).

Sin tratamiento, las convulsiones eclámpticas pueden resultar en un coma, daño cerebral y hasta la muerte de la madre y/o bebé. Actualmente la única “cura” de la preeclampsia empieza con el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta. El tratamiento ayuda a prolongar el embarazo aumentando así la supervivencia del bebé.

De acuerdo al estudio realizado podemos concluir que la PE severa representa una de las complicaciones obstétricas con un alto índice de morbimortalidad, convirtiéndose en una problemática de salud pública a nivel mundial que ha ido aumentando cada día, principalmente en los países en vías de desarrollo. Sus causas atribuyen principalmente a diferentes factores de riesgo en los que predomina la edad materna, menos de 20 años, y primigravidez. Por lo tanto resulta imprescindible tomar medidas oportunas para disminuir las muertes maternas, comenzando desde el primer nivel de atención, educando a la madre sobre factores que pueden desencadenar esta patología.

El tratamiento y cuidados de enfermería son imprescindibles para prevenir las futuras complicaciones. Las medidas profilácticas como dosis baja de aspirina y suplementos de calcio, control prenatal, diagnóstico oportuno, manejo adecuado de la atención al parto son las medidas más eficaces para disminuir la tasa de mortalidad. Los factores sociales, y de atención médica oportuna deben prevalecer en la población, sin embargo, estos son limitados en poblaciones marginadas sin acceso a servicios médicos.

Podemos concluir que los sistemas de salud de todas las poblaciones deben identificar y asistir médicamente a las mujeres que están en mayor riesgo de desarrollar preeclampsia. Este mejor acceso a la atención obstétrica adecuada, durante el parto y una mejor detección y tratamiento en los casos identificados, reducirá los índices de mortalidad materna y perinatal. El personal sanitario puede identificar las necesidades prioritarias en la paciente, con el fin de que ésta recupere su salud en el menor tiempo posible. Algunos factores de riesgo no son modificables, pero una buena atención prenatal, el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta enfermedad salvaría muchas vidas. La administración de corticoides, es obligatoria en toda paciente con preeclampsia grave con edades gestacionales entre 24-34 semanas. El riesgo de sufrir preeclampsia disminuye con el segundo embarazo.

De acuerdo a datos obtenidos, un elevadísimo porcentaje de mujeres embarazadas (93%) que sufren preeclampsia, tiene antecedentes familiares, considerándose pues, enfermedad hereditaria, generalmente según los datos estadísti-

cos, heredado de la madre.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org>
- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.webconsultas.com>
- Introducción al Simposio de Preeclampsia. Revista peruana de Ginecología y obstetricia [abril-junio 2017]
- Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología [enero-marzo 2016]
- Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles [actualizado 20 diciembre 2013]
- The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. [2009]
- Mayo Clinic Guide to a Healthy Pregnancy (guía de Mayo Clinic para tener un embarazo saludable).
- Estados hipertensivos del embarazo [diciembre 2006] Unidad de Medicina Perinatal. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Cruces.

Capítulo 524

LA CAMA HOSPITALARIA: TIPOS Y TÉCNICA PARA SU REALIZACIÓN

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La cama hospitalaria es el lugar donde el paciente va a pasar la mayor parte de su estancia hospitalaria, por eso es imprescindible que esté en perfectas condiciones de conservación e higiene. (Guillamás, Concepción, et al. 1).

Es importante que la cama hospitalaria cumpla una serie de requisitos: deben ser articuladas y con un plano regulable en altura, tienen que ser fácilmente manejables y desplazables para lo que irán provistas de ruedas y sistemas de frenado, la fuente de luz no debe encontrarse frente a ella y deben estar hechas de tubos huecos que se puedan lavar cómodamente para facilitar su limpieza y desinfección.

Las dimensiones de la cama suelen ser: 90 – 105 cm de anchura, 1,90 – 2 m de longitud y 70 cm de altura (sin colchón). (Romero, Purificación et al 2).

Una de las principales partes de su estructura es el somier, el cual es un soporte de una o varias piezas sobre el que se apoya el colchón. Suele componerse de uno o varios segmentos móviles que pueden variar de posición al ser accionados, ya sea mediante un mando eléctrico o con un accionamiento mecánico (manivela).

Hay una serie de elementos (incluido el colchón) que pueden colocarse en la cama para facilitar la estancia, la higiene, la comodidad y el bienestar del paciente, los cuales serán considerados accesorios.

Los principales accesorios son: la almohada, el colchón y la ropa de cama.

1. La almohada suele ser de espuma, blanda y baja y se destinará a la acomodación del paciente, así como para facilitar los cambios posturales, por lo que se dispondrá de varias.

2. Los colchones tienen como objetivo contribuir a la prevención de las úlceras por presión. Estos pueden ser de diversas formas y estructuras y los más importantes son:

- Colchón de látex: constituye una buena base para el reposo del paciente.
- Colchón de espuma: puede ser de una pieza o seccionado en bloques, se vence fácilmente por el peso del cuerpo lo que favorece la comodidad y el acoplamiento del paciente, de manera que se reparte la presión del cuerpo y se evita una fricción y roce excesivos.
- Colchón de goma, con tubos o celdillas: se llena de aire y se coloca sobre la cama. Resulta útil para evitar las úlceras por presión.
- Colchón de esferas fluidificado: formado por esferas de vidrio muy finas que se mantienen en movimiento por el aire que se le insufla, lo que permite repartir la presión. Produce sensación de estar flotando.
- Colchón antiescaras o alternating: formado por una serie de tubos neumáticos que se hinchan y deshinchan alternativamente en ciclos de unos 4 minutos, evitando la presión y realizando un masaje continuo.

3. La ropa de cama está formada por:

- Cubrecolchón: impermeable y ajustable a las 4 esquinas para proteger de humedad y suciedad.
- Sábanas: suelen ser de algodón o similar y resistentes a los lavados. Hay sábana bajera (se dobla a lo largo con el derecho hacia el interior) y sábana encimera (se dobla a lo ancho con el revés hacia el interior).
- Entremetida: puede ser del mismo tejido que las sábanas o desechable y se coloca en el centro de la cama a la altura de la pelvis.

- Funda de almohada: del mismo tejido que las sábanas, también se colocará un protector que suele ser impermeable.
- Manta: suele ser de color claro, de un tejido que resista los lavados, debe ser ligera y se dobla a la mitad.
- Colcha: cubre sábanas y manta, se dobla a lo ancho con el lado derecho hacia el interior.

Otros de los accesorios de la cama hospitalaria serían:

- Barandilla: protector metálico o de plástico que se coloca a cada lado de la cama para evitar caídas, se pueden bajar para acceder fácilmente al paciente.
- Férula antirrotación: está formado por una superficie exterior de plástico y un interior almohadillado para colocar el pie. Evita la flexión plantar y el movimiento del pie.
- Arco de protección o arco de cama: mantiene el peso de la ropa, evitando que ejerza roce o presión sobre el paciente.
- Soporte de sueros: puede ser portátil o adaptable a la cama. Consta de un tubo metálico que termina en forma de percha, su altura es regulable.
- Soporte de bolsa de diuresis: se utiliza para colgar la bolsa de diuresis del somier.
- Estribo o triángulo de Balkan: permite que el paciente pueda realizar pequeños desplazamientos dentro de la cama.

Una vez conocidas las partes y accesorios de las camas hospitalarias es importante tener en cuenta que no todas las camas son iguales, ya que hay pacientes y situaciones que requieren de una cama con ciertas características especiales para su estancia o situación. (García-Saavedra et al 3.)

Los principales tipos de cama son:

- Cama articulada: la más utilizada, consta de somier metálico articulado y dividido en segmentos que se articulan o con un mando o a manivela.
- Cama ortopédica, traumatológica o de Judet: consta de un marco (marco de "Balkan") que sujeta unas varillas situadas por encima de la cama para acoplar unas poleas que mediante cuerdas soportan diferentes sistemas de pesas. También tiene un triángulo de Balkan para permitir que el paciente pueda moverse ligeramente.
- Cama electrocircular o circoeléctrica: formado por dos armazones metálicos circulares unidos entre sí por un plano rígido que gira sobre los anteriores, lo que le permite adoptar cualquier posición. Dispone de anclajes para diversos accesorios.
- Cama Roto Rest: es una cama de levitación mecanizada con un colchón de flujo continuo de aire que además de disminuir las presiones masajea al paciente.

- Cama de esferas fluidificada Clinitron: mantiene al paciente sujeto y girado constantemente, lo que disminuye los puntos de presión. Permite giros y cambios de posición laterales y longitudinales.
- Cama de sedestación Gatch: permite la elevación desde la horizontal hasta la posición de sentado, así como el ajuste a la zona bajo las rodillas.

Una de las partes más importantes para el auxiliar de enfermería es el conocimiento de la técnica para la realización de la cama en las distintas situaciones (cama cerrada, cama abierta, cama ocupada, cama posoperados), ya que dependiendo de la situación su realización será diferente. (del Campo Cazallas, Cristino 4).

En cualquiera de las técnicas lo primero que debemos hacer es lavarnos las manos y colocarnos unos guantes. Es indispensable que preparemos la ropa de cama en el orden de colocación, es decir, lo primero que debemos tener el montón es el cubrecolchón y lo último la funda de almohada.

En el caso de la cama cerrada los pasos a seguir serían los siguientes:

- Colocar cubrecolchón.
- Colocar la bajera con el derecho hacia arriba, someter primero la cabeza y luego los pies con esquinas en mitra.
- Situar entremetida en el centro de la cama y si fuera necesario un empapador.
- Colocar encimera con el revés hacia arriba y remeter los pies, las esquinas pueden hacerse o hacerlas a la vez que la colcha y la manta.
- Extender la manta para que quede a la altura de los hombros aproximadamente.
- La colcha debe ir unos 10 cm por encima de la manta, se doblará con la sábana para hacer el embozo, hacer las esquinas de los pies.
- Por ultimo colocaremos la funda de la almohada.

En el caso de la cama abierta los pasos a seguir sería igual que en el caso de la cama cerrada con la diferencia que se dejará una abertura ya sea en pico o en fuelle para que el paciente que la ocupe cuando desee volver a la cama pueda hacerlo fácilmente.

En el caso de la cama ocupada los pasos a seguir dependerán del grado de colaboración del paciente, pero por norma general son similares a los anteriores con la diferencia que para el cambio de las sábanas debemos colocar al paciente en decúbito lateral y deslizar las sábanas por debajo de él. Debemos intentar girarlo lo menos posible y si hay pacientes al lado debemos colocar un biombo para

respetar la intimidad.

La cama de pacientes pos-operados llevaría la misma técnica, la diferencia es que se prepara para la recepción de un paciente tras una intervención quirúrgica y la ropa que se colocará por encima debemos prepararla en forma de abanico o pico para poder tener un fácil acceso a la cama cuando se pase al paciente después de la intervención.

2 Objetivos

- Con este estudio se pretende explicar las partes de la cama hospitalaria, así como los diversos accesorios y tipos de camas de las que se disponen para las distintas circunstancias médicas que puedan presentar los pacientes.
- También pretendemos dar a conocer los distintos procedimientos a la hora de su realización en las distintas situaciones.

3 Metodología

Se han realizado diversas búsquedas en bases de datos, páginas web y revistas sanitarias así como libros sobre las funciones y técnicas de los Técnicos de Cuidados de Auxiliar de enfermería.

También se han consultado páginas, algunos artículos y libros realizados mediante la búsqueda a través de Google Académico, utilizando como palabras clave: “cama hospitalaria”, “partes de la cama hospitalaria”, “tipos de cama hospitalaria”, “técnicas de realización de la cama hospitalaria” y filtrando los datos obtenidos por publicaciones en español entre los años 2000 y 2019.

Todos los datos han sido analizados y comparados en distintas publicaciones, también han sido tenidos en cuenta los datos obtenidos del propio trabajo realizado.

4 Bibliografía

1. Guillamás, Concepción, et al. Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Novedad 2017. Editex, 2017.
2. Romero, Purificación Dolores Arriaza, Sandra Granados Leon, and Cristina Sanchez

Jimenez. Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Paraninfo, 2013.

3. García-Saavedra, María José García, and José Carlos Vicente García. Higiene del medio hospitalario y limpieza de material: cuidados auxiliares de enfermería. Paraninfo, 2005.

4. del Campo Cazallas, Cristino. "Cuidados básicos del paciente." (2015).

Capítulo 525

PREVENCIÓN DE LAS ESCARAS EN UN PACIENTE CON DIARREAS CRÓNICAS

ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ

ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS

VERÓNICA LORENZO GARCÍA

1 Introducción

Entre todas las escaras que se pueden producir en un paciente anciano las producidas a causa de la incontinencia fecal y urinaria son muy difíciles de controlar. Cuando además añadimos el problema de diarreas crónicas la situación se complica en grado sumo, generando gran impotencia en el personal que debe tratar a ese paciente.

2 Objetivos

- Buscar estrategias que permitan prevenir las escaras por maceramiento y humedad en un paciente anciano encamado, con incontinencia doble y diarreas crónicas.

3 Caso clínico

Se estudia el caso clínico de un paciente de 93 años de edad, encamado, con doble incontinencia y diarreas crónicas provocadas por el tratamiento farmacológico de su diabetes.

Ante esta situación la aplicación de curas o apósitos es tarea inútil, ya que éstos se manchan de forma inmediata, fomentando todavía más la humedad y el caldo de cultivo de posibles infecciones.

Como primera medida se le coloca un pitocho para alejar la orina del contacto con la piel, pero eso no soluciona el problema de las diarreas.

La anatomía del paciente, muy delgado, deja su ano a la vista, ya que sus nalgas eran pequeñas y muy separadas, por esta razón, aprovechando esta peculiaridad se decidió intentar una opción diferente. Con unas bolsas de colostomía de las adherentes directamente sin placa, se recortó un hueco amplio, de unos seis cms de diámetro, y se colocó alrededor del ano tratando a éste como si fuese un estoma con el fin de recoger las heces en la bolsa y que no entrasen en contacto con la piel.

4 Resultados

El sistema funcionó a la perfección manteniendo limpia y seca toda la zona y evitando por completo las heridas provocadas por la humedad y el contacto con las heces.

5 Discusión-Conclusión

Este método es utilizable sólo en casos muy concretos en los que la anatomía del paciente lo favorezca, ya que en otras circunstancias podría dificultar la evacuación de las heces y causar graves problemas. Es necesario estudiar cada caso por separado y tener en cuenta las circunstancias de cada paciente.

6 Bibliografía

- Caso clínico. Lesiones por humedad. MAZ Sampedro, LC Varela - Enfermería Clínica, 2009 - Elsevier
- Prevención y tratamiento de úlceras y escaras. JFM López - 2008 - books.google.com
- Monografía sobre el tratamiento y prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos. E Requena Álvarez - 2016 - repositorio.unican.es
- Importancia de la higiene en el paciente encamado. J Ortiz Ortiz - 2018 - uvadoc.uva.es

- Prevención de úlcera por presión. SML Canal - Gerokomos, 2003 - imgbiblio.vaneduc.edu.ar

Capítulo 526

EL INMIGRANTE Y LA GLOBALIZACIÓN: ENFERMEDADES.

BLANCA DOMINGUEZ-GIL

VANESA ARRANZ ARROYO

BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO

1 Introducción

En la actualidad nuestro país y el mundo en general, es un receptor de inmigrantes en potencia , este fenómeno que aumenta constantemente y en particular en España, se ha convertido en una puerta de entrada de la inmigración hacia Europa, difícilmente podemos cerrar los ojos a la realidad de las diferentes tipos de enfermedades de patología infecciosa transmisible como así se ha demostrado en diferentes tipos de publicaciones científica.

Es cierto que no todos los recién llegados han logrado integrarse con éxito y adaptarse a nuestra sociedad . Los niños a las escuelas y mientras los padres buscan un trabajo digno y bien remunerado .

La inmigración supone un desafío y al mismo tiempo un beneficio.

Existe una seria dificultad con la inmigración en cuanto a la comunicación, falta de papeles, no disponer de recursos sociales, una alta movilidad geográfica, todo esto hace que el inmigrante se sienta empobrecido en cuanto a la salud y al acceso a la sanidad digna .

Con relación a la asistencia sanitaria encontramos dos grupos importantes de inmigrantes :

- El inmigrante integrado en la sociedad, por tanto en el sistema de salud publico con tarjeta sanitaria .
- El inmigrante que no dispone de tarjeta sanitaria y con mucha dificultad para acceder a ella, son personas marginadas con un alto riesgo de padecer enfermedades infecciosas transmisibles (Africanos Subsaharianos) patologías típicamente tropicales, tales como VIH, Tuberculosis, Hepatitis Virales etc.

El inmigrante Latinoamericano presenta otro tipo de enfermedades mucho mas fáciles de diagnosticar en atención primaria y solo en ocasiones dependiendo de la zona de procedencia precisan una atención mas especializada (enfermedad de Changas o cisticercosis, Leishmaniasis).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Que se comprenda tanto por el inmigrante como por el facultativo ,que la inmigración tiene serios efectos sobre la salud .

Objetivos secundarios:

- Realizar los cuidados necesarios y de forma seria y responsable teniendo en cuenta los diferentes tipos de cultura .
- Realizar las pruebas necesarias para poder afrontar las enfermedades procedentes de otros países no desarrollados, teniendo en cuenta sus creencias, atreves de la salud publica, privada o individual. Siempre respetando las creencias del inmigrante cuando este trae un esquema terapéutico de efectividad .

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se utilizaron los siguientes términos: Enfermedades Infecciosas ,Patología Infecciosa ,Inmigrante,Infecciones Tropicales ,cisticercosis,Leishmaniasis.

4 Bibliografía

- America Journal of Tropical Medicine and Hygiene. Julio 2003 .
- Tratado S.E.I.M.C de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica .Ausina RV y Moreno GS org.Editorial Medica Panamericana 2005.
- Diagnostico Medical Parasitology ,4th Edición Author .Lynne Shore Garcia.Ed ASM Parasitology.
- Huerga H .Patologia Infecciosa en una cohorte de inmigrantes atendidos en una unidad de referencia en la comunidad de Madrid .Universidad de Alcalá 2001.
- Manson P.Manson´s tropical disease. Ed .Saunders.
- Tropical Medicine and Parasitology.Wallace Peters and Geoffrey Pasvol.Mosby 5thedition,2002.
- Dinâmica das Doencas Infecciosas.Jose Rodriguez Coura Org .Ed .Guanabara Koogan ,Riode Janeiro ,2005.
- Tropical Infectious Diseases .Principles ,Pathogens & Practice.Richard L.Guerrant ,David .
- Oncocerciasis ,Syntomatology,Pathology ,diagnosis.Wold health organization.
- R.Guerrant,D Walker,P.Weller.Enfermedades InfecciosasTropicales Ed.Harcourt.
- Diagnostic Medical Parasitology ,4th Edition Author.Lynne Shore Garcia .Ed ASM.
- Murray HW et al .Advances in Leishmaniasis ,Lancet 2005 oct 29-Nov 4,366(9496):1561-77.
- www.uaq.mx/
- <http://es.wikipedia.org/>

Capítulo 527

LA DIABETES GESTACIONAL

MARIA ISABEL DIAZ NOVO

1 Introducción

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo y que puede causar problemas tanto en la madre como en el bebé. Suele aparecer en la mitad del embarazo por lo que el médico hará las pruebas pertinentes para su detección entre la 24 y 28 semana del embarazo. La prueba consiste en un estudio prenatal de rutina, una prueba oral de tolerancia a la glucosa.

Las mujeres que tengan factores de riesgo para este tipo de diabetes deberían hacerse este examen más temprano en el embarazo.

La diabetes gestacional, es una intolerancia a la glucosa en el transcurso del embarazo, período durante el cual los cambios hormonales pueden hacer que el cuerpo sea menos sensible al efecto de la insulina.

La falta de insulina produce la no absorción por parte de las células, de la glucosa, produciendo así una menor síntesis de depósitos energéticos en las células y la consiguiente elevación de la glucosa en la sangre.

Las hormonas del embarazo pueden bloquear el trabajo que hace la insulina por lo que los niveles de azúcar en sangre de la mujer embarazada se incrementan. El cuerpo no puede utilizar los azúcares y los almidones (carbohidratos) que toma de los alimentos para producir energía por lo que acumula el azúcar adicional en la sangre.

Estos cambios hormonales pueden llevar a alta presencia de azúcar en la sangre y diabetes pero también los genes y el sobrepeso también influyen en su aparición. Los altos niveles de azúcar en la sangre durante el embarazo son peligrosos tanto para la madre como para el bebé.

2 Objetivos

- Mantener niveles elevados de azúcar en sangre produce daños silenciosos en muchos tejidos, corazón, cerebro, riñón, vista (retina) y, en general, en el árbol vascular y las arterias. Por eso hay que diagnosticarla lo antes posible y retrasar estas complicaciones. En ocasiones, no presenta síntomas, o estos pueden ser leves, como tener más sed que lo habitual, orinar con más frecuencia, visión borrosa, cansancio.
- Una vez diagnosticada, la diabetes gestacional hay que llevar un control de los niveles midiendo la glucosa en casa con un glucómetro así no es necesario las visitas continuadas al médico.
- La diabetes gestacional se puede controlar a menudo con una alimentación saludable y ejercicio regular, pero algunas veces también se necesitará insulina.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática de publicaciones y trabajos en bases de datos y páginas web relacionadas con la temática del capítulo.

4 Resultados

Tienen mayor riesgo de padecer diabetes gestacional las mujeres:

- Mayores de 25 años al quedar embarazadas
- Proviene de un grupo étnico con un mayor riesgo, como latino, afroamericano, nativo americano, asiático o de las islas del Pacífico
- Tienen antecedentes familiares de diabetes
- Alumbramiento anterior de más de 4 kg o con una anomalía congénita
- Padecen hipertensión arterial
- Tienen demasiado líquido amniótico
- Han tenido un aborto espontáneo de manera inexplicable
- Tenían sobrepeso antes del embarazo (un 30% de más)
- Sufren un aumento excesivo de peso durante su embarazo

- Presentan síndrome de ovario poliquístico

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos del tratamiento son mantener los niveles de azúcar en la sangre (glucosa) dentro de los límites normales durante el embarazo y asegurarse de que el feto esté saludable.

Por ello, hay que llevar un control a lo largo de todo el embarazo tanto de la madre como del feto. Este control se realiza con el monitoreo fetal mediante el cual, se evalúa el tamaño y la salud del feto a través de un examen indoloro y muy sencillo. Se coloca una máquina que percibe y muestra los latidos cardíacos del bebé (monitor fetal electrónico) sobre el abdomen de la gestante. Después se comparan el patrón de latidos del bebé con los movimientos para ver si el bebé está bien.

El tratamiento principal va dirigido para normalizar la hiperglucemia y en muchos casos, comer alimentos saludables, mantenerse activo y controlar el peso es todo lo que se necesita. Esto debería ser suficiente para mantener los niveles adecuados de glucosa en sangre, de lo contrario, es posible que necesite tratamiento farmacológico de insulina. Esto se decide si no se alcanzan los objetivos metabólicos durante dos semanas de tratamiento medico-nutricional.

La mejor manera de mejorar la alimentación es una dieta variada con alimentos saludables. La dieta debe ser moderada en grasa y proteínas, los carbohidratos de alimentos que incluyan frutas, verduras y carbohidratos complejos (tales como pan, cereal, pasta y arroz) y con poca cantidad de alimentos ricos en azúcar, como bebidas gaseosas, zumos y panes dulces.

Realizar ejercicio de bajo impacto como nadar, caminata rápida, o utilizar una elíptica es suficiente para controlar el azúcar en sangre y el peso.

Si la dieta y el ejercicio no controlan los niveles de azúcar en la sangre, se le pueden recetar medicamentos o tratamiento con insulina para controlar la diabetes. Las mujeres embarazadas que padecen diabetes gestacional tienden a tener bebés más grandes al nacer. Esto puede aumentar la probabilidad de problemas en el momento del parto, como: lesión (traumatismo) al nacer debido al gran tamaño del bebé, parto por cesárea. El bebé es más propenso a tener períodos de niveles bajos de azúcar en la sangre (hipoglucemia) durante los primeros días de vida y puede necesitar quedarse en una Unidad de cuidados intensivos neonatales

durante algunos días.

Existe riesgo de complicaciones que pueden afectar al bebé:

- Exceso de peso al nacer: El exceso de azúcar en sangre puede pasar la placenta y hacer que el bebé crezca demasiado. Los bebés con exceso de tamaño tienen más probabilidades de tener problemas a la hora de pasar por el canal del parto, sufrir lesiones de nacimiento o necesitar una cesárea.
- Un mayor riesgo de parto prematuro y síndrome de dificultad respiratoria. En algunos casos, el médico puede recomendar un parto prematuro porque el bebé es demasiado grande.
- Bajos niveles de azúcar en sangre (hipoglucemia). Los bebés de madres con diabetes gestacional pueden desarrollar hipoglucemia poco después del nacimiento debido a que su propia producción de insulina es alta. Los episodios graves de hipoglucemia pueden causar convulsiones en el bebé.
- Tiene un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro

Después del parto:

Los niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre suelen volver a la normalidad. Continuar con controles periódicos para detectar signos de diabetes durante los siguientes 5 a 10 años después del parto porque es muy probable que pueda desarrollar diabetes tipo 2.

Prevención

Estar físicamente activo antes, durante y después del embarazo, perder el peso adicional antes del embarazo, recibir un cuidado prenatal temprano con revisiones regulares, realizar las pruebas de detección prenatales, si tiene sobrepeso, bajar su peso de vuelta a un índice de masa corporal (IMC) normal para disminuir el riesgo de presentar diabetes gestacional.

Evitar las situaciones de estrés tanto físico como emocional ya que estas pueden provocar hiperglucemia. Es un factor que precipita la diabetes gestacional en las personas que están predispuestas a padecerla. La diabetes gestacional también puede llamarse Intolerancia a la glucosa durante el embarazo.

6 Bibliografía

- NIH: Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales
- <https://zonahospitalaria.com>

Capítulo 528

TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN PEDIATRÍA PARA PERSONAL LABORAL Y USUARIOS

MARIA ROSA NÚÑEZ LLAMES

LILIANA VIDAL IGLESIAS

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La reanimación cardiopulmonar (RCP) básica incluye un conjunto de maniobras que permiten establecer si un niño/a se encuentra en situación de parada cardiorrespiratoria (PCR), o en riesgo inmediato de entrar en ella y sustituir la función cardiorrespiratoria, sin ningún equipamiento, hasta que el paciente se recupere o bien, se pueda iniciar una reanimación avanzada.

2 Objetivos

El objetivo fundamental es describir como se restablecen las funciones vitales del niño con la reanimación cardiopulmonar básica (RCP), hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más específico con un personal cualificado.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en artículos científicos y en diferentes buscadores web sobre reanimación cardiopulmonar pediátrica.

4 Resultados

La secuencia de actuaciones que componen la reanimación cardiopulmonar básica sería la siguiente:

1. En caso de un accidente de tráfico, garantizar la seguridad del niño y del reanimador.
2. Comprobar la respuesta a la estimulación.
3. Solicitar ayuda y activar a los servicios de emergencia.
4. Optimizar la posición del niño: colocarlo sobre una superficie dura y plana.
5. Abrir la vía aérea (maniobra frente mentón).
6. Comprobar si existe respiración espontánea (acercando la mejilla a la boca del niño, para “ver, oír y sentir”).
 - Si el niño está inconsciente, pero respira, se colocará en posición de seguridad manteniendo la vía aérea permeable y reducir el riesgo de aspiración.
 - Si el niño está inconsciente y no respira, se deben administrar 5 ventilaciones de rescate, para demostrar la permeabilidad de la vía aérea.
7. Administrar 5 insuflaciones de rescate: “boca a boca-nariz” en el lactante o “boca a boca” en el niño. Tras cada ventilación, el reanimador debe separar por completo su boca de la del niño realizando una inspiración profunda antes de la siguiente, para así optimizar la cantidad de O₂ y disminuir la cantidad de CO₂ que se administra al niño. Las insuflaciones serán de 1 segundo aproximadamente, con la intensidad suficiente para producir una excursión evidente en el tórax del niño. Si aun así no se consigue expandir el tórax hay que considerar si existe una obstrucción completa de la vía aérea, se iniciará en ese momento las compresiones torácicas.
8. Administrar compresiones torácicas:
 - Personal no sanitario: 30 compresiones, 2 ventilaciones (ratio 30:2).
 - Personal sanitario: 15 compresiones, 2 ventilaciones (ratio 15:2)

En lactantes, con un solo reanimador, comprimir con dos dedos el tercio inferior de esternón. Si hay 2 o más reanimadores, abrazar el tórax con las manos y comprimir el tórax con los 2 pulgares, en el mismo punto que la técnica anterior.

En niños, emplear una mano o las dos superpuestas manteniendo los brazos estirados, sin flexionar los codos y separando ligeramente los dedos del tórax, se administra la compresión con el talón de la mano sobre el tercio inferior del esternón.

Cada dos minutos desde el inicio del RCP, se detendrán brevemente la secuencia de compresiones-ventilaciones para reevaluar la presencia de respiración y circulación espontáneas, empleando el menor tiempo posible (no más de 10 segundos).

La duración de las maniobras de RCP básica se mantendrán hasta que se recuperen signos vitales o pulso central a más de 60 por minuto o llegar el personal cualificado que continúa con la RCP.

5 Discusión-Conclusión

Las maniobras de RCP básicas son fáciles de aprender y cualquier persona puede realizarlas con un entrenamiento adecuado. Todos los ciudadanos deberían conocer y entrenarse en las mismas.

6 Bibliografía

1. Navarro Machado, Víctor Rene; Rodríguez Suárez, Gabriel. Reanimación Cardiopulmonar Básica.
2. Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. [cited 4 January 2020].
3. Calvo Macías, C.; Manrique Martínez, I.; Rodríguez Núñez, A.; López-Herce Cid, J. Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. 2006.

Capítulo 529

LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN INFANTIL

BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ

NOELIA DÍAZ GERAS

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

ALBA COITO DIAZ

SUSANA FERNANDEZ TORRE

1 Introducción

Cuando hablamos de vacuna nos referimos a preparaciones compuestas por toxoides, bacterias, virus atenuados, entre otros; que se utilizan para generar en las personas una inmunidad estimulando la producción de defensas ante una enfermedad. En términos un poco más coloquiales podría decirse que es administrar a la persona un compuesto que esta creado para hacer que esta tenga la enfermedad de forma latente en su cuerpo, y por tanto; este produzca defensas previamente a contraer la enfermedad de un modo natural.

Habitualmente las vacunas se aplican a través de inyecciones. Estas vacunas actualmente protegen al niño de la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la meningitis, el sarampión, la rubéola, la parotiditis y la hepatitis b. Desde la existencia de las vacunas estas enfermedades son poco habituales, pero si el infante no las recibe estas enfermedades podrán ser graves, tanto para él como para otros niños que podrán contagiarse.

Actualmente, en España, no existe obligación por parte de los tutores legales de los infantes de vacunar e inmunizar a sus hijos, algo que la OMS ha rechazado, afirmando que se trata de una amenaza para la salud mundial. En EE.UU. por ejemplo, ya han alertado de que el sarampión podría resurgir con toda su fuerza si continua el descenso actual de vacunación.

Hoy día España cuenta con un calendario infantil básico, en el que se encuentran las vacunas contra la difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, haemophilus influenzae tipo b, hepatitis b, meningococo C, neumococo, triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis), varicela y papilomavirus (únicamente a las niñas de 12 años). Estas son obligatorias y financiadas a nivel estatal en todo el territorio español. Se da también el caso que algunas comunidades autónomas amplían estas vacunas financiadas por el estado, como Cataluña que incluye la vacuna contra la hepatitis A, o Castilla y León con la vacuna del meningococo ACWY.

Existen otras vacunas en España que aunque recomendadas, no son financiadas por el estado, a pesar de que los pediatras consideran que deben serlo. Una de esas vacunas es la del meningococo B o rotavirus.

Según la Asociación Española de Pediatras la viruela es la única enfermedad que se ha conseguido erradicarse por las vacunas, aunque también se está cerca de erradicar la enfermedad de la poliomielitis o la difteria, aunque con mayor dificultad que la poliomielitis que actualmente solo se encuentra en dos países.

La propio Asociación Española de Pediatras confirma que los movimientos anti-vacuna provocan, como han provocado en 2011 un brote de sarampión en España y en 2015 un caso de difteria. Gran parte de las personas que padecieron estas dos enfermedades no estaban vacunadas.

Desde la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias se apruebo en 2019 un nuevo calendario de vacunación infantil, que incluye las más adecuadas para los niños desde su nacimiento hasta los trece años. El infante deberá vacunarse a los dos meses, los cuatro meses, los once meses, los doce meses, los quince meses, los tres años, los seis años, los diez años y los trece años.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dilucidar para que sirven las vacunas.

Objetivos secundarios:

- Demostrar la importancia de estas en los infantes.
- Exponer que enfermedades evitan las vacunas.
- Comentar las edades en que es recomendable vacunar al niño.
- Explicar la situación de España respecto a la vacunación infantil.

3 Metodología

En este trabajo, se ha decidido buscar información veraz al respecto de la vacunación infantil y la importancia de esta para la salud. Para ello investigamos que manifiesta La OMS, La Asociación Española de Pediatría o la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

4 Bibliografía

- <https://www.farmaceuticonline.com>
- <https://www.elcomercio.es>
- <https://www.abc.es/>

Capítulo 530

LACTANCIA MATERNA: VENTAJAS Y DESVENTAJAS

LUCIA GALAN ÁLVAREZ

MARGARITA CARREÑO MANEIRO

ANA OVIES ROZADA

SILVIA CAMPO GARCIA

JUDIT GUTIERREZ CADENA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para que su desarrollo y crecimiento sean saludables. La lactancia materna es la nutrición natural que recibe el lactante y la cual posee una serie de ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas. Contiene azúcares, lactosa, proteínas y grasas en las cantidades necesarias para permitir un crecimiento óptimo.

La lactancia materna se lleva a cabo cuando la madre alimenta al recién nacido a través de los senos tras el parto y finaliza cuando el niño ya puede comer otros alimentos que cubran sus necesidades nutritivas. Debería de ser el alimento principal al menos hasta los dos años.

El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría y la OMS recomiendan Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante seis meses, la introducción de

alimentos apropiados a la edad y seguros a partir de entonces y el mantenimiento de la lactancia hasta los dos años.

Según UNICEF, no hay ninguna otra intervención en la salud que tenga un beneficio tan grande para las madres y sus bebés y que cueste tan poco a los gobiernos como la lactancia materna. En los países pobres, los niños que reciben lactancia materna tienen 13 veces más posibilidades de sobrevivir, y amamantar desde el nacimiento reduce la mortalidad del recién nacido en un 45%.

2 Objetivos

- Conocer las ventajas y desventajas de la lactancia materna.
- Claves para realizar una buena lactancia materna.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en fuentes bibliográficas de referencia de artículos, libros y revistas que cumplieran una serie de criterios: que el texto estuviera completo de forma gratuita que mencionen las ventajas y desventajas de amamantar con leche materna, excluyendo aquellos artículos sin validez científica, que fuesen de pago o que no figuren a texto completo, que careciesen de autor o sin título.

Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, Medline, Pubmed, Google Académico, DECS.

Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: embarazo, lactancia materna, leche materna.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la mejor alimentación que puede recibir un bebé durante el primer semestre es la leche de la madre. Durante los primeros seis meses la leche materna es fundamental, y a partir de ahí se irán introduciendo alimentos poco a poco.

Ventajas generales:

- Es cómoda ya que siempre está preparada y a la temperatura adecuada y no existe riesgo de contaminación.
- Es económica y ecológica.

Ventajas para el bebé:

- Posee la composición ideal y se adapta a medida que el niño va creciendo, cambiando la proporción de nutrientes durante el día.
- Es rica en hierro y la proporción de fósforo/calcio es más adecuada que la artificial.
- Es fácil de digerir.
- Reduce el estreñimiento.
- Es rica en inmunoglobinas con lo cual el bebé estará protegido frente a diversas infecciones: bronquitis, gastroenteritis, otitis y meningitis.
- Disminuye el riesgo del síndrome de muerte súbita.
- Protege de enfermedades futuras: asma, alergia, obesidad, diabetes, colitis ulcerosa, Crohn, arterioesclerosis e infarto de miocardio.
- Favorece el desarrollo intelectual y de la visión.
- Tienen menos caries y deformaciones en los dientes.
- Mejora la respuesta frente a las vacunas.
- Estimula sistemas enzimáticos y metabólicos.
- Disminuye el número y la gravedad de algunas infecciones.

Ventajas para la madre:

- Existe un vínculo emocional más intenso madre-hijo.
- Recuperación del peso anterior con mayor facilidad.
- Ayuda a que el útero vuelva a su estado.
- Evita que la madre padezca anemia, depresión postparto o hipertensión.
- Espacia embarazos, retrasando la ovulación.
- Ayuda a reducir el riesgo de cáncer de mama y ovarios.
- Protege contra la osteoporosis.

Ventajas para la sociedad:

- Se reduce el gasto de la sanidad pública, ya que se reduce el número de niños enfermos.
- Se reduce el absentismo laboral de los padres.
- Se reduce el gasto en alimentación.
- No necesita fabricarse, envasarse ni transportarse.

Desventajas:

- Adaptación social, dar de mamar fuera de casa es incómodo.
- Molestias e incomodidad para la madre los primeros días.
- Se pueden dar complicaciones: mastitis.
- Hay que invertir más tiempo, ya que necesitan realizar más tomas.

- No se puede realizar ninguna dieta de adelgazamiento mientras dure la lactancia.
- Reducir la cafeína, el alcohol y el consumo de comidas con sabores fuertes.
- Exclusiva de la madre.
- En el caso de padecer alguna enfermedad, cirugías que conlleven tomar medicamentos, no se puede dar el pecho.

Las diez claves para realizar una buena lactancia materna son:

- Amamantar pronto, cuanto antes mejor. La primera toma debe realizarse en la misma sala de partos dentro de los primeros 20 minutos de vida.
- Ofrecer el pecho a menudo día y noche.
- Asegurarse de que el bebé succiona eficazmente y que la postura es la correcta.
- Permitir que mame del primer pecho lo que desee hasta que lo suelte, después ofrecer el otro.
- Cuanto más mame el bebé más leche producirá la madre.
- Evitar los suplementos de fórmulas lácteas y suplementos.
- Evitar el chupete los primeros días hasta que la lactancia este establecida.
- El llanto no siempre significa hambre.
- Es importante que la madre descanse y se cuide.
- Ofrecer apoyo de grupo de lactancia si la madre lo necesita.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto que las ventajas que aporta amamantar con leche materna son incontables y cabe destacar que lo más importante es la salud del bebé no sólo durante la lactancia sino también durante su vida. Posee una inmunización natural que sólo posee la leche de la madre y que es fundamental para la prevención de infecciones.

La leche materna aporta durante los seis primeros meses los nutrientes necesarios para su desarrollo haciendo que queden cubiertas las necesidades del niño durante esta etapa.

Hay que tener en cuenta que posee una serie de desventajas las cuales afectan más a la madre, con lo cual tiene que estar muy segura que tipo de leche le quiere dar.

Es importante conocer las diez claves de la lactancia materna para que el proceso de amamantar sea más positivo.

6 Bibliografía

1. Tabla de las diez claves de la lactancia materna.
2. Lactancia materna y lactancia artificial: ventajas y desventajas.
3. Lactancia materna: ventajas, técnicas y problemas.
4. Nutrición bebé. Ventajas de la lactancia materna. Canal salud.
5. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna.
6. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna Exclusiva.
7. Astursalud, guía para madres. Lactancia materna.

Capítulo 531

LAS TECNICAS DE ASEPSIA

MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ

ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ
CALVILLO

MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La asepsia es la ausencia de materia séptica, es decir, la inexistencia de sustancias que causan putrefacción y de gérmenes patógenos. Por tanto, es un estado sin infección. También se conoce como asepsia al conjunto de procedimientos y técnicas utilizados para evitar que lleguen a nuestro organismo gérmenes, bacterias, virus y hongos.

La incidencia de las infecciones intrahospitalarias son una de las complicaciones de mayor riesgo en los establecimientos hospitalarios a pesar de los rigurosos programas para el control de las infecciones. Esto sucede por varias razones: estadías más cortas, el aumento de procedimientos invasivos genera mayor contacto físico del trabajador de la salud con los pacientes, además de la manipulación de equipos o productos médicos.

Todas las razones mencionadas hacen de los procedimientos de la Técnica Aséptica una estrategia importante para prevenir infecciones nosocomiales, dentro de las cuales el lavado de manos continúa siendo la práctica indiscutiblemente de

mayor relevancia, y donde deben realizarse los esfuerzos necesarios para que el Equipo de Salud adhiera fuertemente esta práctica.

Cualquier ambiente puede estar contaminado por microorganismos que provoquen que enfermemos. En los centros de salud y hospitales estamos más expuestos a ser contagiados ya que son espacios cerrados en los que se concentran personas portadoras de virus y bacteria.

2 Objetivos

- Determinar para eliminar los microorganismos patógenos que colonizan la piel.
- Reducir el número de microorganismos habituales en la piel e inhibir su crecimiento.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados las técnicas de asepsia y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: infección, cuidados, lavados antisépticos, higiene de manos, asepsia.

4 Resultados

La asepsia es la ausencia de materia séptica, es decir, la inexistencia de sustancias que causan putrefacción y de gérmenes patógenos. También se conoce como asepsia al conjunto de procedimientos y técnicas utilizados para evitar que lleguen a nuestro organismo gérmenes, bacterias, virus y hongos.

La asepsia es la condición de "libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones".

La técnica aséptica: constituye un conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención de pacientes.

La Técnica aséptica la constituyen un conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención de pacientes.

Los procedimientos que incluye la Técnica Aséptica, son parte de las medidas generales comprobadamente efectivas que deben estar siempre presentes, al momento de realizar procedimientos invasivos durante la atención clínica.

Los procedimientos que incluye la Técnica Aséptica son:

- Lavado de manos.
- Preparación de la piel previo procedimientos invasivos.
- Uso de barreras de alta eficiencia.
- Delimitación de áreas.
- Uso de antisépticos.
- Uso de material esterilizado o sometido desinfección de alto nivel (DAN).

Un enfermo, cuando respira, traspasa al aire las bacterias que están en su organismo. Por supuesto, esta propagación es mayor cuando tose o estornuda. Las partículas infecciosas viajan en diminutas gotas de saliva. Las de mayor tamaño se depositan rápidamente en el suelo, sobre el mobiliario de las instalaciones y sobre la piel y ropa de las personas que están cerca. Las más pequeñas flotan en el aire durante un largo rato. De esta forma, pueden introducirse en el organismo de la persona sana.

Otro foco de infección son las heridas purulentas, cuyas bacterias pasan a la atmósfera, pudiendo infectar los cortes de otros pacientes. Este riesgo disminuye si el arañazo está tapado. Sin embargo, el momento en el que más agentes nocivos saltan al aire es en la sala de curas, cuando el enfermero venda al paciente.

Lo más sorprendente es que algunos estudios demuestran que la mayoría de los gérmenes que se encuentran suspendidos en nuestro entorno provienen de la piel de las personas. La necesidad de llevar a cabo una desinfección efectiva no es la misma en todos los espacios.

Como los hospitales y centros médicos son los entornos donde más contagios se pueden producir, vamos a determinar en qué perímetro sería necesaria que hubiera una correcta asepsia:

- Los espacios de alto riesgo son los quirófanos, salas de aislamiento, unidades de cuidados y vigilancia intensivos, salas de extracción de sangre, paritorios, laboratorios, etc. En definitiva, son las zonas donde existen muchas probabilidades de contagio por las actividades que allí tienen lugar. Aquí es imprescindible que la asepsia o ausencia de gérmenes y bacterias, sea perfecta.

5 Discusión-Conclusión

Para eliminar bacterias y otros elementos nocivos del aire se ha probado con muchas técnicas diferentes. Por ejemplo, la aplicación de químicos como ácido fénico y glicoles no es del todo satisfactoria. La utilización de rayos ultravioleta daña la vista y la piel de las personas expuestas. Sin embargo, el ozono resulta muy útil y efectivo en los diferentes tipos de asepsia. Este gas tiene un gran poder desinfectante y desodorizante. Además, limpia en profundidad cualquier superficie sin dañarla. Es muy efectivo incluso con virus como el ébola. Por tanto, llevar a cabo una limpieza con ozono puede ser una buena solución. Ya no sólo para esterilizar material quirúrgico, sino también para higienizar los conductos de climatización y ventilación, de forma que el aire que se respire sea mucho más puro.

La limpieza con ozono es muy recomendable en centros sanitarios y hospitales, pero también puede aplicarse en cualquier entorno, como fábricas, hoteles y oficinas y así poder evitar las infecciones.

6 Bibliografía

1. CIE-10 Condensado. (2001): clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión.
2. Guía de higiene hospitalaria. (2004): Servicio de Medicina Preventiva.
3. Guía de procedimientos de prevención y control de las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario(1999).
4. Eggimann P, Pittet D. (2001): El control de las infecciones en la U.C.I.
5. Alianza mundial para la seguridad del paciente. (2001): Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria: unas manos limpias son unas manos más seguras.
6. Arévalo JM, Arribas JL, Hernández MJ y Lizán M. (2001): Guía de utilización de antisépticos. Medicina Preventiva.

Capítulo 532

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL INSOMNIO EN EL ADULTO MAYOR

LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ

PATRICIA GARCÍA MARTÍN

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El insomnio es la dificultad para conciliar o mantener el sueño; también consiste en despertar demasiado temprano al menos durante un mes. Un paciente con insomnio presenta consecuencias diurnas como fatiga, somnolencia, deterioro de la memoria, cambios en el estado de ánimo, en la concentración, así como en su desempeño social o familiar, entre otros.

Constituye uno de los trastornos más frecuentes en los pacientes geriátricos (10-50%), Esto, junto con la salud física y mental es importante debido al impacto que tiene en la calidad y la esperanza de vida de los que lo padecen. Desafortunadamente, el insomnio suele pasar desapercibido o no tratarse, lo cual contribuye al empeoramiento de condiciones médicas y psiquiátricas. Esto se acentúa más en los adultos mayores, que son más vulnerable.

En relación con el tratamiento se recomienda:

- La búsqueda y el manejo de causas secundarias de insomnio.
- Alguna terapia no farmacológica que incluya medidas de higiene del sueño,
- Tratamiento farmacológico.

Las consecuencias incluyen limitación en las actividades de la vida diaria, pérdida de la funcionalidad, deterioro en la calidad de vida, incremento en la morbimortalidad, además del empeoramiento de las condiciones crónicas.

2 Objetivos

- Realizar un abordaje integral del insomnio, tratando las causas o desencadenantes y sus síntomas y valorando su repercusión en el paciente. El tratamiento debe basarse en estrategias de modificación de conductas y cambios en el estilo de vida a las que se asociará, cuando se considere necesario, tratamiento farmacológico.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una búsqueda de información, en diferentes soportes (tanto digitales, como libros y prensa), de las medidas terapéuticas del insomnio en el adulto mayor, para profundizar en este tema.

Para ello se ha acudido a diversas fuentes entre ellas diversas plataformas y buscadores de internet, entre los utilizados destacan: google académico, redalyc y dialnet.

Las palabras clave utilizadas en la red fueron las siguientes: “falta de sueño”, “medidas terapéuticas”, “síntomas”, “causas”, “higiene del sueño”, “ancianos”, “factores de riesgo”, etc.

Los descriptores que prevalecieron en las búsquedas fueron: “insomnio”, y “adulto mayor”, además de las palabras clave señaladas anteriormente.

4 Resultados

Las alteraciones del sueño se presentan con relativa frecuencia en las personas de edad avanzada y son motivo de reiteradas demandas de atención. Como indican algunos autores, esto va a repercutir de una manera importante en su salud y en la de sus cuidadores. Esto puede motivar un incremento de la institucionalización.

La historia clínica es fundamental en el abordaje de los trastornos del sueño en el anciano: se deben recoger datos sobre enfermedades médicas, consumo de

tóxicos (cafeína, alcohol) o fármacos y preguntar sobre enfermedades psiquiátricas. La exploración física debe prestar atención al estado general, postura, exploración orofaríngea y exploración neurológica.

En la evaluación anciano con insomnio es importante tener en cuenta el Incremento en la prevalencia de:

- Trastornos respiratorios durante el sueño.
- Síndromes de piernas inquietas (SPI).
- Movimientos periódicos de las piernas (MPP).
- Síndromes de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS).
- Insomnio por síntomas orgánicos.
- Depresión y otros trastornos psiquiátricos.
- Malos hábitos de sueño.
- Consumo de bebidas alcohólicas o estimulantes.
- Algunos fármacos.

5 Discusión-Conclusión

Las principales causas de los trastornos del sueño en los ancianos incluyen los cambios fisiológicos del sueño descritos, las alteraciones del sueño relacionadas con otras enfermedades que afectan a este grupo de edad y sus correspondientes tratamientos, los trastornos primarios del sueño y la combinación de varios de estos factores. Las enfermedades más frecuentes que pueden alterar el sueño porque sus síntomas fragmentan el sueño o impiden su conciliación son la úlcera péptica, el reflujo gastroesofágico, la insuficiencia cardiaca, la hiperplasia de próstata, la artritis reumatoide, etc.

6 Bibliografía

1. <http://scielo.isciii.es/>
2. <http://www.centropsicologicomca.es>
3. <http://www.formacionasunivep.com/>
4. <http://www.adapropem.es/>

Capítulo 533

SINDROME BURNOUT

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

1 Introducción

El llamado síndrome de Burnout también conocido como "desgaste profesional" o "estar quemado", tuvo su origen por primera vez en los años 70 de la mano de Freudenberg, el cual lo describió como un "agotamiento de la energía experimentada por profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás".

Es un síndrome secundario a una inadecuada gestión del estrés crónico en el ámbito laboral, que se desarrolla en aquellas profesiones o servicios caracterizados por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.

Desde entonces ha generado un interés constante traducido en numerosas publicaciones, estudios, coloquios con el fin de aportar soluciones y claridad, ayudado también por disciplinas como el Coaching y el Mindfulness, las cuales permiten complementar y abordar el mismo desde una perspectiva más práctica y eficaz.

2 Objetivos

- Estudiar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores.

- Estimar la relación del desgaste profesional de los trabajadores con los factores personales y ambientales.
- Valorar la utilidad del trabajo realizado por uno mismo y la aportación al equipo de trabajo.

3 Metodología

Consulta en guías electrónicas sobre cuidados y publicaciones de educación, cultura y sociedad sobre estrategias para reducir el síndrome de "Burnout" en Instituciones Sanitarias.

4 Resultados

Quienes lo experimentan desarrollan una idea de fracaso profesional, se encuentran emocionalmente agotados, con actitudes negativas hacia el entorno, tanto hacia quienes reciben atención como hacia compañeros de trabajo.

Esta idea de fracaso profesional acaba afectando a otras áreas de la vida como al entorno familiar, social, y a la propia autoestima. El síndrome de Burnout es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo. Puede provocar que el desgaste laboral evolucione y alcance aspectos como los ideales y la percepción de logros. Según avanza, el trabajador se encontrará con dificultad para resolver problemas, comenzará la frustración hasta un estado continuo de agotamiento, llegando incluso a abusar de psicofármacos, alcohol y drogas.

5 Discusión-Conclusión

Se contempló que los profesionales de los centros sanitarios están afectados por el síndrome de Burnout debido a un régimen de trabajo estricto, con carga horaria semanal de hasta 40 horas, sin tiempo para la formación e incurriendo en disminución de su calidad de vida. Todo ello contribuye a: incremento de riesgos de accidentes, bajo rendimiento, ausentismo laboral, creación de un clima psicosocial que puede ser factor de riesgo de enfermedad y de incapacidad laboral por alteraciones somáticas y/o psicológicas.

Pautas a seguir: ofrecer apoyo emocional incondicional, apoyo emocional desafiante (que haga reflexionar a la persona sobre si realmente ha agotado todas las

soluciones posibles), participar en la realidad social de la persona (confirmando o cuestionándole las creencias).

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Medicina de Familia Comunitaria.

Capítulo 534

DIETA PARA PREPARACION DE COLONOSCOPIA

MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS

JOSEFA MENENDEZ MARCOS

1 Introducción

La colonoscopia es una exploración que permite la visualización directa de todo el intestino grueso y la parte final del intestino delgado (íleon terminal).

Un colonoscopio tiene una luz y una lente para observar, y puede tener una herramienta para extirpar tejido y estudiarlo bajo un microscopio con el fin de determinar si hay signos de enfermedad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Informar al paciente de la necesidad de la realización de la colonoscopia.

Objetivos secundarios:

- Conseguir una preparación intestinal óptima.
- Disminuir la ansiedad ante la realización de la prueba.
- Dar a conocer los posibles signos y síntomas que pueden aparecer tras su realización.
- Observar en detalle una zona en el interior del cuerpo.
- Tomar muestras de tejidos anormales.

- Tratar ciertas enfermedades.
- Extirpar tumores.
- Detener un sangrado.

3 Metodología

Se ha tenido en cuenta la observación y la experiencia laboral como personal sanitario. Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como Google Académico, Scielo, Fisterra.com. También son usados como referencias libros, publicaciones de revistas médicas.

4 Resultados

La colonoscopia es el método de elección para la prevención y seguimiento del cáncer colorrectal, así como de lesiones premalignas e inflamatorias. Una preparación adecuada es clave para lograr la visualización y evaluación óptima de la mucosa del colono. Aunque el método ideal de preparación del colon debe ser seguro, tolerable, económico y efectivo. Es esencial que, antes de realizar la colonoscopia, tengamos una preparación adecuada que permita la evaluación óptima de la mucosa.

Informar al paciente del procedimiento de que consta la prueba, de la medicación que tiene que suspender (anticoagulantes y antiagregantes) y se le da un folleto con las instrucciones a seguir para llevar a cabo una dieta adecuada, para acudir a la sala con el intestino lo más limpio posible, para poder visualizarlo bien.

Descripción de la dieta a seguir , antes de realizar una colonoscopia:

- Se hace una dieta baja en residuos tres días antes de la prueba.
- Alimentos permitidos: pastas, arroz , pan, carne, pescado (a la plancha o hervidos, sin aceite), quesos duros, patatas, gelatinas, caldos colados, consomés ,café ,infusiones, bebidas sin gas y zumos colados.
- Alimentos no permitidos: pan integral, nueces, semillas, carne con piel, fritos, galletas, leche, frutas, verduras y bebidas con gas.

El día anterior a la prueba, el paciente puede desayunar y comer algo ligero sin residuos, pero a continuación ya no puede comer ningún alimento sólido, sólo líquidos hasta después de realizar la colonoscopia. Aproximadamente a las 19 horas se empieza a tomar la preparación, un comprimido de ducolaxo (laxante) con un vaso de agua, y a los 15 minutos otro comprimido con otro vaso de agua.

Después a las 20h. se toma un sobre de citrafleet o de moviprep, dependiendo, que preparación le hubiera pautado su médico. Citrafleet, se suele dar a pacientes que no tengan patologías de base, moviprep se da a pacientes con problemas de riñón, etc., ya que estos pacientes no pueden tomar mucho líquido y con esta preparación se bebe menos cantidad de líquido.

-Si toma citrafleet: El primer sobre lo toma a las 20h. y a continuación beber dos litros de agua o líquidos durante dos horas. El segundo sobre de citrafleet, se toma 6h. antes de la prueba con 2 litros de agua o líquidos durante dos horas, después ya no se puede beber nada, hasta después de hacer la prueba, es decir que 4h. antes de la prueba, no se debe tomar nada.

-Si toma moviprep: La caja trae 4 sobres, dos A y dos B, a las 20h. debe mezclar un sobre A y otro B, en un litro de agua y tomarlo poco a poco durante dos horas. El otro sobre A y B, lo debe de tomar 6h. antes de la prueba, se mezclan los sobres en otro litro de agua y beber en dos horas, después no se puede beber nada, hasta después de hacer la prueba, es decir que 4h. antes de la prueba, no se debe tomar nada. Las marcas comerciales de preparación, se toman a la misma hora, sólo cambia la cantidad de líquido o agua que se tome.

Llevando a cabo la dieta estricta y tomando la preparación adecuadamente, como se le indica en el folleto, el paciente debe acudir a la prueba con el intestino limpio, para poder visualizar bien todas las partes del intestino.

5 Discusión-Conclusión

Se ha comprobado que desde que se les facilita más información a los pacientes, estos llevan a cabo la colonoscopia con más tranquilidad, con menos ansiedad y vienen con mejor preparación intestinal.

La labor de nuestro trabajo como TCAE en la sala de digestivo, nos lleva a la conclusión que el paciente, se siente más tranquilo y relajado con una correcta información, que ha ayudado a los pacientes a reconocer y diferenciar posibles signos de alarma. Estas apreciaciones, aunque subjetivas, nos permiten planificar una serie de actividades que contribuyan a mejorar la atención a nuestros pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es> (abril-junio 2016)
2. Macías Ángeles Y, Saraiba Reyes M, Tejada García RA, et al. Comparación de la efectividad de 2 esquemas de preparación intestinal para colonoscopia en el

Hospital General de México. Endoscopia. 2015; 27: 98-103.

3. Opciones de preparación para colonoscopia.

4. Endoscopia, 24 (2012), pp. 23-31

5. M.L. Altamirano Castañeda, O.V. Hernández Mondragón, G. Blanco Velasco, et al.

6. Comparación de 2 tipos de preparación intestinal para la realización de colonoscopia en un hospital de tercer nivel.

7. Endoscopia, 27 (2015), pp. 168-174

8. Bacchiddu S, Carot B, Marquez L, et al. Preparación para la colonoscopia adaptada a pacientes diabéticos. Gastroentero IHepatol. 2014;37:146-51.

9. Lorenzo-Zúñiga V, Preparación para colonoscopia: tipos de productos y escalas de Limpieza. Re vEsp Enferm Dig 2012;104(8) 426-431

10. McQuaid KR. Qué papel juega la colonoscopia en la hemorragia del tubo digestivo bajo. DDW 2012; Syllabus.

Capítulo 535

DESARROLLO DE UN PLAN DE DIETAS PERSONALIZADAS PARA PERSONAS MAYORES Y EVALUACIÓN DE SU IMPACTO PARA LA SALUD

MARIA DOLORES ALONSO VIOR

MARIA BELEN RODRIGUEZ LOPEZ

AIDA ALONSO FUENTES

ROSA ANA GARCIA NIDO

VERONICA GARCIA NIDO

1 Introducción

Dentro de los múltiples factores que contribuyen al mantenimiento de la salud humana, y por tanto nuestro estado de bienestar, se encuentra nuestra dieta y cómo satisfacemos nuestras necesidades nutricionales. Dichas necesidades van variando durante las distintas etapas de nuestra vida, y también pueden variar de forma importante entre individuos en base a su sexo, enfermedades preexistentes o incluso estilo de vida, de manera que para cubrirlas adecuadamente conveniente adaptar nuestra ingesta de nutrientes atendiendo a estas circunstancias individuales.

Los desequilibrios nutricionales y sus potenciales consecuencias para la salud son especialmente importantes durante la etapa infantil y la adolescencia, cuando el cuerpo aún se encuentra en desarrollo, y por otro lado en las personas mayores, cuya situación a menudo se ve agravada por la presencia de diversas afecciones médicas y la toma de medicación.

Numerosos estudios han demostrado que los requerimientos nutricionales de los ancianos son significativamente diferentes a los de un adulto de mediana edad (Antón, de Pablos, Gil, Gil, Idolate, Maturana, Petidier y Ramos, 2014; Gil, Ramos, Cuesta, Mañas, Cuenllas y Carmona, 2014) y una dieta inadecuada puede conducir con mucha facilidad a estados de desnutrición en las personas mayores .

Por un lado, requieren menos calorías ya que por norma general tienen menor actividad física, y se estima que la ingesta diaria se debería colocar en torno a las 2200 kilocalorías para varones y entre 1800 y 1900 kilocalorías para mujeres (Tabla 1). Por otro lado, la composición de la dieta también se debería revisar controlando la proporción de hidratos de carbono, sobre todo azúcares, y también grasas, pero manteniendo un contenido relativamente alto de proteínas tanto de origen animal como vegetal. Se considera que las dietas hiperproteicas ayudan a mantener la masa muscular, la cual tiende a atrofiarse con el envejecimiento en un fenómeno denominado sarcopenia, cada vez con más relevancia en el campo de la gerontología (Burgos, 2006).

Otro aspecto importante es la cantidad de vitaminas y minerales ingeridos, ya que se estima que entre un 10 y un 30 por ciento de personas por encima de 70 años presenta deficiencias en estos nutrientes (Antón, de Pablos, Gil, Gil, Idolate, Maturana, Petidier y Ramos, 2014). A todo esto, hay que sumar el hecho de que con la edad el apetito tiende a disminuir y la sensación de saciedad aparece más rápidamente, en parte asociada con la dificultad para masticar y tragar los alimentos, también conocida como disfagia (Garmendia, Gómez y Ferrero, 2007; Ashbaugh, Cabello, González, Gutiérrez, López, López, Martínez y Ramos, 2014) y la pérdida de la agudeza sensorial, que reduce el placer asociado con la comida. Estas circunstancias hacen que los ancianos tiendan a comer menos y sea aún más difícil mantener el aporte nutricional requerido. Para contrarrestar este hecho, se recomienda reducir la cantidad de alimento en cada comida, pero aumentar el número de comidas a lo largo del día, de manera que al final se llegue al aporte nutricional recomendado.

En la actualidad, en instituciones como hospitales, residencias de ancianos o centros de día, se diseñan menús basales que cubren las necesidades globales de los

residentes, con variantes llamadas dietas terapéuticas (Celador, Ruiz de las Heras y Viñes, 2003) adaptadas a condiciones de salud específicas como la diabetes o la hipertensión, o dietas con mayor digestibilidad para personas convalecientes. Sin embargo, estos menús no tienen en cuenta las necesidades nutricionales más específicas de cada individuo. Por ejemplo, las mujeres necesitan un aporte mayor que los hombres tanto de calcio como de vitamina D para poder absorberlo, especialmente en los casos de mujeres con osteoporosis o en recuperación de fracturas óseas.

Otro caso relevante es el de las personas en tratamiento oncológico, cuyo cuerpo está sometido a niveles altos de estrés y para los que se ha propuesto que la terapia nutricional puede ayudar a contrarrestar en cierta medida algunos de los efectos secundarios de la enfermedad y su tratamiento (NIH, 2019).

Tabla 1: necesidades nutricionales y energéticas en el anciano
(adaptada de Antón, de Pablos, Gil, Gil, Idolate, Maturana, Petidier y Ramos, 2014)

| | RDA | | IR | | Guías alimentarias españolas | |
|-------------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|------------------------------|------------------|
| | > 51 | 60-69 | > 70 | 60-69 | 70-79 | >80 |
| Energía (kcal) | 1900 M 2300 V | 1875 M 2400 V | 1700 M 2100 V | 2000 M 2400 V | 1900 M 2200 V | 1700 M 2000 V |
| Proteínas (g) | 50 M 63 V | 41 M 54 V | 41 M 54V | 1-1,25 g/kg peso/día | | |
| Lípidos (% calorías) | 30% | 30 -35% | 30 -35% | 30 -35% | 30 -35% | 30 -35% |
| Ácidos grasos saturados | <10% | 10% | 10% | 7-10% | 7-10% | 7-10% |
| Ácidos grasos poliinsaturados | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% | 10% |
| Colesterol (mg) | >300 | >300 | >300 | >300 | >300 | >300 |
| Hidratos de carbono | 50% | 50-55% | 50-55% | 50% | 50% | 50% |

RDA: Recommended Daily Allowances; IR: Ingesta Recomendada; M: mujeres; V: varones

2 Objetivos

El objetivo de este proyecto es evaluar el impacto de la aplicación de dietas personalizadas a personas de la tercera edad en el ámbito de las residencias de ancianos y centros de día. La propuesta busca averiguar si el adaptar la dieta al perfil específico del anciano, incluyendo edad, sexo, estado nutricional preexistente así como posibles condiciones médicas puede contribuir de forma significativa a la salud y bienestar del individuo, y aportar beneficios cuantificables de cara a la

evolución de cualquier diagnóstico que pudiese tener de antemano. En última instancia, se pretende averiguar si una dieta personalizada puede evitar, retrasar, o incluso atenuar posibles problemas de salud asociados con el envejecimiento.

En términos de impacto, se trata de un proyecto ambicioso posiblemente difícil de implementar a gran escala desde un punto de vista logístico, pues implicaría un cambio importante en la forma de organizar la alimentación en centros con un alto número de residentes con circunstancias muy variadas. Sin embargo, los potenciales beneficios de esta iniciativa podrían compensar en cierta medida los costes de implementarla, con posibles ahorros en el gasto médico derivado del tratamiento de condiciones asociadas o agravadas por estados de malnutrición en el anciano (Bernal-Orozco, Vizmanos, Celis de la Rosa, 2008).

3 Metodología

Para llevar a cabo un proyecto de estas características se ha realizado un enfoque multidisciplinar con la participación de diversos profesionales e instituciones, así como por supuesto los propios participantes en el estudio.

4 Resultados

A medida que el proyecto progrese, y especialmente a su término, todos los datos recabados sobre cada uno de los participantes serán compilados y evaluados estadísticamente para valorar el impacto de las dietas personalizadas. Entre los parámetros a valorar, se encuentran diversos indicadores del estado nutricional: masa corporal total, masa muscular, masa grasa.

También se valorarán indicadores bioquímicos como los niveles de colesterol y azúcar en sangre, hemoglobina, minerales, vitaminas y diversas hormonas entre otros (Ravasco, Anderson y Mardones, 2010). Adicionalmente, se valorarán indicadores clínicos y bioquímicos específicos para las posibles afecciones preexistentes de los participantes.

Se utilizarán los tests estadísticos adecuados (a determinar una vez establecidas las características de la muestra a analizar) para evaluar el progreso del estado nutricional y de salud de los participantes, de manera que se determine si estos han sufrido un cambio significativo, y si este cambio se puede achacar al cambio de la dieta.

Paralelamente, se analizarán los datos subjetivos obtenidos de los propios ancianos, sus familias y el personal de apoyo para averiguar si dicho cambio ha ido acompañado de una mejora en el apetito y la sensación de bienestar de los participantes.

De forma concisa, los requerimientos esenciales son los siguientes:

- Instituciones participantes: residencias de la tercera edad o centros de día.
- Sujetos de estudio: muestra representativa de residentes o asistentes de estos centros.
- Personal sanitario especializado: endocrinólogo, especialista en nutrición y dietética, enfermeros especializados, otros profesionales médicos.
- Personal de apoyo: personal de cocina, enfermeros y auxiliares.
- Instalaciones médicas apropiadas: extracción y procesamiento de muestras de sangre, orina y heces, así como otros tests que fuesen necesarios.

En primer lugar, las instituciones participantes han de ser residencias de la tercera edad o bien centros de día, siempre y cuando estos últimos proporcionen al menos un 60% de las comidas diarias de los sujetos participantes en el proyecto. Esto permitirá un cumplimiento adecuado de las dietas programadas, y un seguimiento más exhaustivo de los resultados. Dentro de las mismas, los participantes serán seleccionados de manera que la muestra de estudio sea representativa, incluyendo pacientes de ambos sexos, así como con diversas condiciones de salud. Todos ellos, o bien sus familias en caso necesario, deberán firmar un consentimiento informado antes de participar del estudio ya que requerirá un exhaustivo estudio de su historial clínico, así como de diversas analíticas para evaluar su estado nutricional y su evolución. Además, en el caso de las familias de asistentes a centros de día, se valorará su participación en el proyecto, siguiendo en casa los menús pautados por los especialistas, para completar la dieta personalizada de los participantes.

Dentro de las instituciones, o coordinándose con ellas, será necesaria la presencia de un equipo especializado incluyendo al menos un experto en nutrición y dietética, un endocrinólogo, así como enfermeros especializados en nutrición. Potencialmente, será necesaria la presencia de otros profesionales sanitarios especializados en diversas patologías relevantes, como oncólogos o neurólogos, entre otros. Este equipo será el encargado de evaluar a los participantes en el estudio y

diseñar un rango de menús adaptados a sus distintos perfiles, así como de seguir su evolución e introducir cambios a lo largo del desarrollo del proyecto si fuera necesario. Este equipo deberá trabajar en contacto próximo con el personal de cocina y de gestión de los centros, que serán los encargados de obtener los ingredientes y preparar los menús indicados por los especialistas. Esta coordinación es esencial para asegurarse de que los menús son implementables y para organizarlos de la manera que generen el menor impacto posible en el funcionamiento y la administración de los centros participantes.

Por último, para la correcta aplicación del plan es necesaria la participación del personal que está en contacto directo diario con los participantes tales como enfermeros y auxiliares, así como el personal encargado de servir las comidas. Este personal, más implicado en el día a día del desarrollo del proyecto puede ofrecer perspectivas prácticas, así como evaluar la respuesta de los participantes en el mismo.

En cuanto a la planificación y desarrollo del proyecto, una etapa preliminar del mismo deberá estar dedicada a la selección y la evaluación inicial de los participantes en el estudio. Dicha selección se habrá de hacer de manera que el tamaño y la composición de muestra del estudio pueda proporcionar conclusiones estadísticamente significativas (García-García, Reding-Bernal y López-Alvarenga, 2013;).

Los participantes en el estudio deberán ser evaluados exhaustivamente, con recopilación de su historial clínico, así como con una batería de análisis antropométricos y bioquímicos (incluyendo análisis de sangre y orina, entre otros) a determinar por los coordinadores del estudio para establecer su estado nutricional de partida (Ravasco, Anderson y Mardones, 2010). En el caso de participantes con condiciones clínicas preexistentes, éstas habrán de ser evaluadas también con tests específicos para determinar la situación al principio del proyecto. Una vez hecho esto, el equipo de endocrinos y nutricionistas deberá determinar los requerimientos nutricionales y energéticos específicos de cada participante y planificar dietas que permitan satisfacerlos basándose en la evidencia científica acumulada hasta el momento.

También se tendrá en cuenta la creación de un grupo de control que podrá seguir recibiendo la dieta tradicional, para poder evaluar más claramente el posible impacto de las dietas personalizadas.

En el caso de centros con un gran número de participantes, donde hacer dietas

personalizadas para cada uno de los ancianos seleccionados para el estudio puede ser inaplicable desde un punto de vista logístico, éstos podrán ser agrupados en subgrupos con perfiles nutricionales similares, a los que se podrá proporcionar la misma dieta. Dichas dietas serán validadas por el personal de los centros encargado de implementarlas (administración y cocina) y comenzarán a ser distribuidas entre los participantes por el personal de apoyo.

Independientemente de su composición específica, todas las dietas necesitarán responder a una serie de criterios nutricionales tales como:

- Contenido energético.
- Contenido de macronutrientes: proteínas, grasas e hidratos de carbono.
- Contenido de micronutrientes: vitaminas y minerales.
- Textura, facilidad de masticación y digestibilidad.
- Frecuencia y distribución de las comidas.
- Atractivo y variedad de los menús.

Tras empezar con la implementación de la dieta, los participantes serán evaluados regularmente por el personal médico del proyecto. Además de los chequeos rutinarios, se establecerán controles específicos a los 3, 6 y 12 meses desde el inicio de la aplicación de la dieta con analíticas completas y evaluación del progreso de cualquier condición de salud preexistente en los participantes. Dicho seguimiento será llevado a cabo por personal sanitario cualificado en todo momento y registrado con el máximo de detalle para proceder a su análisis.

Los datos obtenidos serán utilizados para realizar estudios estadísticos apropiados, cuyas conclusiones permitirán valorar objetivamente el efecto de las dietas personalizadas.

Adicionalmente, en los casos que sea posible, se tratará de evaluar el sentimiento de bienestar de los participantes, así como su satisfacción con la dieta recibida. En este sentido, el personal de apoyo implicado en la preparación y distribución de los menús es de gran importancia, y podrá aportar su propio “feedback” sobre la acogida de las diversas opciones de menú, así como ofrecer sugerencias para la mejora de las dietas.

En el caso de los participantes de centros de día que no reciban todas sus comi-

das diarias en el centro, se pedirá la participación de sus familiares, a los que se suministrarán los menús diseñados por el equipo de nutrición y que quedarán encargados de completarlos en sus casas. En estos casos, también se recogerá la evaluación de los familiares participantes y se valorará su experiencia dentro del estudio.

En base a la evaluación objetiva y subjetiva de las dietas y sus efectos, los profesionales del equipo de nutrición podrán introducir cambios o reestructurar aspectos de las mismas a medida que se desarrolle el proyecto, al cabo del primer año de aplicación del programa, y en función de los resultados obtenidos se valorará la posible extensión del mismo.

Por supuesto, todo el proyecto se debe desarrollar cumpliendo con estrictos criterios éticos y sanitarios para asegurar que los resultados son fiables y relevantes para la comunidad científica y la administración sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

El conjunto de datos obtenidos durante el proyecto y el resultado de los análisis proporcionarán información esencial a varios niveles. Por un lado, y como mínimo, proporcionarán una perspectiva muy detallada de los requerimientos nutricionales de las personas mayores, y cómo éstos pueden variar en función de su estado de salud previo y de la existencia o no de otras enfermedades.

Desde una perspectiva más ambiciosa, se podrá evaluar si la adaptación de la dieta a perfiles clínicos específicos puede ser una herramienta útil para prevenir, retrasar o paliar determinados síntomas asociados con dichas enfermedades. En caso afirmativo, la intervención nutricional se postularía como una herramienta preventiva y de apoyo al tratamiento médico, lo que facilitaría una transición a la tercera edad menos medicalizada.

Esto a su vez tendría repercusiones significativas para nuestro sistema sanitario y la administración de sus recursos, que podrían ser empleados de una forma más eficiente para el conjunto de la sociedad.

6 Bibliografía

- Antón Jiménez, M., de Pablos Hernández, C., Gil Broceño, I., Gil Gregorio, P., Idolate Gil, F. J., Maturana Navarrete, N., Petidier Torregrosa, R. y Ramos Cordero,

- P. (2014). Dieta ideal para los mayores: envejecimiento y nutrición. IM&C y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
- Gil Gregorio, P., Ramos Cordero, P., Cuesta Triana, F., Mañas Martínez, M. C., Cuenllas Díaz, A. y Carmona Álvarez, I. (2014). Nutrición en el anciano: guía de buena práctica clínica en geriatría. ICM Comunicación y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
 - Burgos Peláez, R. (2006). Sarcopenia en ancianos. Revista Endocrinología y Nutrición, 53(5), 335-344.
 - Garmendia Merino, G., Gómez Canela, C. y Ferrero López, M. I. (2007). Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos. Ed. Glosa.
 - Ashbaugh Enguñados, R. A., Cabello Neila, J. M., González Blázquez, S., Gutiérrez Fonseca, R., López Mongil, R., López Trigo, J. A., Martínez Burgui, C. y Ramos Cordero, P. (2014).
 - Intervención nutricional en el paciente con disfagia: envejecimiento y nutrición. IM&C y Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
 - Celador, A., Ruiz de las Heras, A. y Viñes, O. (2003). La alimentación del paciente hospitalizado En: Astiasarán Anchia, I., Lasheras Aldaz, B., Ariño Plana, A. H. y Martínez Hernández, J. A.: Alimentos y Nutrición en la Práctica sanitaria. Ediciones Díaz de Santos, Madrid.
 - Instituto Nacional del Cancer (NIH) (2019). La nutrición en el tratamiento del cáncer.
 - Bernal-Orozco, M.F., Vizmanos, B. y Celis de la Rosa, A. J. (2008). La nutrición del anciano como un problema de salud pública. Antropo, 16, 43-55.
 - García-García, J. A., Reding-Bernal, A. y López-Alvarenga, J. C. (2013). Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Investigación en Educación Médica, 2(8), 165-231. DOI: 10.1016/S2007-5057(13)72715-7.
 - Ravasco, P., Anderson, H., y Mardones, F. (2010). Métodos de valoración del estado nutricional. Nutrición Hospitalaria, 25(Supl. 3), 57-66.

Capítulo 536

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ATENCION PRIMARIA

MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS

JOSEFA MENENDEZ MARCOS

1 Introducción

Técnico en Cuidados de Auxiliares de Enfermería (TCAE), mediante el Real Decreto 546/1995 de 7 de abril, forma parte del equipo de Enfermería bajo su supervisión y también en forma independiente, cuidan y asisten las necesidades fisiológicas actividades de la vida diaria y básica de los pacientes y/o persona que necesiten ayuda para cubrir esas necesidades (respirar, comer, mantener el aseo, temperatura corporal).

2 Objetivos

- Promocionar la salud y educar para prevenir enfermedades.
- Destacar el papel de realizar diagnósticos, tratamientos, curación y rehabilitación en atención primaria.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en base de datos como Google Académico, Scielo, etc. y recogida de datos de documentos manuales y experiencia laboral.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados de Auxiliares de Enfermería en los Equipos de Atención Primaria, tienen las siguientes funciones:

- Participar en la elaboración del diagnóstico de salud de la zona, planificación, organización y evaluación de los programas como apoyo a las tareas realizadas por el resto del personal sanitario.
- Ayudar en las labores de promoción de salud y prevención de enfermedad, así como la atención a los enfermos y en la rehabilitación de las secuelas dejadas por la enfermedad.
- Colaborar en las pruebas diagnósticas y en la aplicación de tratamientos, como apoyo al personal de enfermería.
- Realizar la higiene, vestir y desvestir al enfermo, etc., si ello fuera necesario.
- Contribuir a la mejora de la calidad del sistema de salud, desde su posición como profesional de la salud.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (Tcae), debe ser empático y amable con el paciente, haciendo que se sienta cómodo, sobre todo si realizamos con el paciente tareas de higiene o en las que se establece un contacto físico.

La función del TCAE es de gran importancia para el servicio de atención primaria, porque desde su trabajo ayuda a conseguir los objetivos, es decir, ayuda con la curación, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, todo ello en colaboración con los demás profesionales del equipo.

6 Bibliografía

1. <https://www.formacioncarpediem.com> (2018).
2. <https://irispress.es>.

3. Milos H, Bórquez P, Larraín S. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Ciencia Enferm* [internet] 2010 [citado 16mar2018]; 16(1):17-29.
 4. Orkaizagirre Gómara A. Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index Enferm* [internet]. 2013 Sep [citado 16 mar 2018];22(3):124-6.
 5. Hederman H, Kamitsuru S [eds.]. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
 6. Contreras Aravena L. Problemas ético clínicos en la atención primaria del Centro de Salud familiar de Paine. *Acta Bioética* [internet]. 2017 [citado 16 mar 2018]; (1):25.
 7. Duque-Páramo M. Solidaridad y ciencia. Reflexiones de enfermería como interacción comunicativa. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2011; 3(2):101-12.
 8. Milos P, Larraín A. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Rev Aquichán* [internet]. 2015 [citado 16 mar 2018]; 15(1):141-53.
- Llanes C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Rev Cubana Enferm* 2010; 27(1):1-3.

Capítulo 537

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA

ANA VIOR LÓPEZ

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ

TANIA ANTUÑA ALVAREZ

1 Introducción

En el momento en el que se produce una situación de emergencia con riesgo vital para la víctima, es importante reconocer la existencia de una parada cardiorrespiratoria(PCR).

Llamar a los servicios de emergencia, pedir ayuda, e iniciar precozmente la reanimación cardiopulmonar. La RCP básica pediátrica sigue más o menos la misma secuencia que la de adultos, la mayor diferencia es que debido a la naturaleza asfíctica de la mayor parte de las paradas cardíacas pediátricas, se hace necesario la ventilación como parte de una RCP efectiva, es por tanto preferible realizar 5 respiraciones iniciales seguidas de un minuto de RCP antes de buscar ayuda.

2 Objetivos

- Restaurar definitivamente la circulación y la respiración espontánea, minimizando la lesión cerebral anóxica en el paciente que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria.

3 Metodología

1. Comprobar la seguridad del niño y de la persona que reanima, hay que realizar la reanimación en un lugar seguro.

2. Comprobar el nivel de consciencia del niño, para ello estimulamos al niño con suavidad y preguntamos en voz alta y clara si está bien.

3. Si el niño responde verbalmente, llorando o moviéndose: está consciente. No mover al niño de la posición en la que se ha encontrado (salvo que esté en riesgo). Comprobar su estado y pedir ayuda. Reevaluar la situación de manera periódica.

- Si el niño no responde: está inconsciente.

Gritar pidiendo ayuda. Colocar al niño en decúbito supino. Abrir la vía aérea con la maniobra (frente-mentón).

4. Con la vía aérea abierta comprobar la respiración, “ver”, “oír”, “sentir” si existen movimientos torácicos, si hay sonidos respiratorios en la nariz y boca del niño o sentir el aire exhalado en nuestra mejilla. No tardar más de 10 segundos en decidir,

5. Si la respiración es normal: Colocar al niño en posición lateral de seguridad, mandar a alguien a pedir ayuda o llamar a emergencias, verificar de manera periódica que el niño respira.

Si la respiración del niño no es normal o no respira: Comprobar que no hay ningún cuerpo extraño que obstruya la vía aérea. Con la vía aérea abierta, daremos 5 insuflaciones de rescate. Mientras iremos comprobando si provocamos alguna respuesta en el niño en forma de movimiento, respiraciones o tos.

Respiraciones de rescate para lactantes:

- Debemos colocar en posición neutra la cabeza del lactante y elevar el mentón hacia arriba.

- El reanimador debe inspirar y colocar su boca de manera que cubra la boca y la nariz del lactante, tiene que asegurarse de que consigue un buen sellado.

- Insuflar el aire inspirado de manera sostenida en la boca y/o nariz del lactante durante aproximadamente 1 segundo, con el volumen y la fuerza necesarias para provocar la elevación visible del tórax del lactante.
- Con la maniobra frente-mentón debemos mantener abierta la vía aérea, separaremos la boca de la víctima y debemos observar que su pecho desciende al salir el aire.
- Inspirar otra vez y repetir la secuencia descrita cinco veces, comprobando que es eficaz.

Respiraciones de rescate para niños mayores de 1 año:

- Asegurar apertura de la vía aérea con la maniobra frente-mentón,
- Pinzar la parte blanda de la nariz con los dedos pulgar e índice de la mano que está apoyada en la frente, manteniendo la elevación del mentón, permitir la apertura de la boca, inspirar y colocar los labios en la boca del niño, debemos asegurar un buen sellado.
- Insuflar aire de manera constante durante aproximadamente 1 segundo, comprobando que el pecho del niño se eleva.
- Retirar la boca de la víctima y comprobar que el pecho desciende cuando sale el aire, manteniendo la apertura de la vía aérea.
- Inspirar otra vez y repetir la secuencia descrita cinco veces. Verificar la eficacia de la técnica y observar que el pecho del niño se eleva y desciende cada vez, igual que en una respiración normal.

6. Comprobar signos vitales o signos de circulación, no usar más de diez segundos: cualquier movimiento, tos o respiración normal (las respiraciones agónicas, esporádicas o irregulares no se consideran normales). No dedicar más de diez segundos para la comprobación del pulso arterial. Utilizaremos el aspecto general del niño para decidir si se precisan compresiones torácicas. Se debe empezar las compresiones torácicas si no se comprueban signos vitales.

7. Si existen signos vitales: seguiremos con las respiraciones, si es necesario, hasta que el niño se recupere y tenga respiraciones eficaces, si respira pero sigue inconsciente, colocarlo en posición lateral de seguridad (con cuidado si hay sospecha de traumatismo), reevaluar al niño de forma periódica.

Si no hay signos de vida: Comenzar las compresiones torácicas. Coordinar las insuflaciones con las compresiones torácicas (con una relación de 15 compresiones y 2 insuflaciones).

Compresiones torácicas:

Independientemente de la edad los niños, comprimir la mitad inferior del esternón. Se debe hacer una fuerza de compresión suficiente para deprimir el esternón al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax. Retirar la presión por completo y repetir la maniobra a una frecuencia de 100-120 latidos por minuto. Tras realizar quince compresiones, abrir la vía aérea con la maniobra frente mentón y realizar dos insuflaciones efectivas.

-En lactantes (menores de un año):

Si hay un solo reanimador, con la punta de dos de sus dedos debe comprimir el esternón. Si hay dos o más reanimadores, se debe usar la técnica “del abrazo” con dos manos, que consiste en colocar los dos dedos pulgares juntos sobre la mitad inferior del esternón con sus puntas dirigidas hacia la cabeza del niño, con el resto de las manos abraza la parte inferior del tórax del lactante y su espalda apoyada sobre el resto de sus dedos. Con los dos métodos, se debe deprimir el esternón al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax del lactante o unos 4 cm.

-En mayores de 1 año:

Se debe localizar la apófisis xifoides del esternón localizando el punto donde se unen en el centro, las costillas inferiores, para no comprimir sobre la parte superior del abdomen. Colocar el talón de una mano sobre el esternón, aproximadamente un través de dedo por encima de la apófisis xifoides. Subir los dedos para asegurar que la presión no se aplica sobre las costillas del niño. Colocarse en la vertical del pecho de la víctima y, con el brazo extendido, comprimir el esternón para deprimir al menos un tercio del diámetro anteroposterior del tórax o 5 cm. En el caso de niños mayores y/o cuando los reanimadores no tienen la fuerza suficiente, las compresiones torácicas se realizan más fácilmente entrelazando los dedos de las manos del reanimador.

8. Cuándo se interrumpe la reanimación:

- Cuando en el niño se objetiven muestra de signos vitales (empiece a despertarse, a moverse, a abrir los ojos y a respirar normalmente).
- Cuando lleguen otros profesionales sanitarios que puedan ayudar o tomar el control de la reanimación de forma efectiva
- Cuando el reanimador esté exhausto.

4 Resultados

El niño definitivamente reanuda la respiración espontánea.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados mejoran significativamente cuando la reanimación cardiopulmonar básica se inicia precozmente por las personas que presencian el episodio y la reanimación cardiopulmonar avanzada antes de ocho minutos.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería, Evangelina Pérez Plaza, Ana M^a Fernández Espinosa.
2. <https://faros.hsjdbcn.org/>
3. <https://www.pediatriaintegral.es/>
4. <https://medlineplus.gov/>

Capítulo 538

ERGONOMÍA. HIGIENE POSTURAL EN EL TRABAJO

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

RAQUEL GRANDA PÉREZ

CASTORA CAMPA GARCÍA

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

1 Introducción

La ergonomía es un conjunto de técnicas y conocimientos destinados a mejorar el sistema, el ambiente y las condiciones de trabajo y adaptarlas a las capacidades y limitaciones del trabajador.

Mantener una buena postura en el trabajo es vital para evitar lesiones músculo - esqueléticas. Estas lesiones no solo se producen cuando hacemos grandes esfuerzos físicos, cargamos pesos elevados, trabajamos en posturas forzadas si no también cuando hacemos movimientos sencillos pero repetitivos.

Estas lesiones afectan en algún momento de la vida laboral al 65% de los trabajadores, los motivos de éstos trastornos se deben a una mala educación postural, una deficiente ergonomía, estrés, etc.

2 Objetivos

- Corroborar que la aplicación de las normas de higiene postural evitan lesiones y así conseguir un mayor rendimiento, seguridad y calidad laboral.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática consultando en bases de datos como Pubmed y Google académico y en distintos artículos médicos.

Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron las palabras claves , ergonomía, higiene postural, trabajo, lesiones.

4 Resultados

Una higiene postural adecuada asegura menos lesiones osteomusculares y unas mejores condiciones de trabajo, mejorando la circulación y afectando positivamente en nuestro sistema linfático y energético, aportando beneficios a nuestra salud en general.

5 Discusión-Conclusión

Una ergonomía adecuada y una correcta aplicación de las normas de salud postural representa una doble ventaja; para el trabajador porque reduce la problemática de las lesiones, y para el empresario porque aumenta la productividad y reducen las bajas laborales.

6 Bibliografía

- Antonio Bustamante. "Diseño ergonómico en la prevención de la enfermedad laboral"
- C. Ramírez Cavassa. "Ergonomía y productividad" Ed. Noriega, Limusa, Mexico. 2006
- www.ergonomos.es
- <https://www.elsevier.es>
- <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org>.

Capítulo 539

ACOSO LABORAL DE ÁMBITO SANITARIO

VERONICA VILLA CASTRESANA

1 Introducción

El mobbing o acoso laboral es un fenómeno existente en nuestra sociedad actual, que en España sale a la luz hace unos treinta años. El etólogo Konrad Lorenz lo define como el hostigamiento producido en el trabajo durante un largo periodo de tiempo.

El acoso laboral en la sanidad no cuenta con demasiados datos debido al miedo a emprender algún tipo de acción y desconocimiento; éste se manifiesta mediante humillaciones públicas, bromas vejatorias, presiones, acciones disciplinarias, tareas que van contra la salud física y psíquica del acosado, desprestigiarlo ante los demás con el fin de aislarlo del grupo. Este comportamiento coloca en una situación de superioridad del agresor frente al agredido.

Las principales causas de este acoso son la jerarquización en el sector, miedo a represalias, aceptación de comportamientos inaceptables y desconocimiento de acciones a emprender para detenerlo. Esto afecta a la autoestima de los profesionales y afecta a la calidad de la asistencia sanitaria. Además en los grupos multidisciplinarios propios de la asistencia sanitaria se complica el tema ya que los diferentes status de cada miembro dentro de un equipo de trabajo es diferente en poder y jerarquía.

Cuando un paciente es atendido en un hospital, para ello actúan personas de diferente rango: el médico, el enfermero, el auxiliar de enfermería, el celador, el personal de limpieza, la auxiliar administrativa que recoge sus datos.

Sin embargo, hemos de explicar que hay mecanismos para prevenir este acoso y se debe de tener una intolerancia cero ante estos actos, fomentar un buen ambiente de trabajo, y desarrollar mecanismos adecuados para la resolución de conflictos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Prevenir las situaciones de acoso y abuso en el trabajo.

Objetivos secundarios:

- Perder el miedo a sacar a la luz estas situaciones.
- Denunciar cualquier situación de acoso laboral en el ámbito sanitario.
- Definir las líneas de actuaciones a seguir.
- Atajar estas conductas anómalas.
- Formación adecuada al personal para desarrollar mecanismos adecuados para resolver conflictos.
- Promover una mentalidad de trabajo en equipo.

3 Caso clínico

Luisa de 32 años trabaja como auxiliar de enfermería en el hospital de Cabueñes en la planta de traumatología, lleva ejerciendo su trabajo ocho años. Padece insomnio, ansiedad y apenas come y padece una leve depresión. La causa es el acoso laboral al que lo sometió la supervisora durante dos años dictaminó el juzgado de lo social. Esta trabajadora ganó el juicio y en él se reconoció esta depresión como accidente de trabajo.

Luisa estaba sometida a un acoso muy duro por parte de su supervisora: humillaciones en público, sus compañeros intentaban no hablar con ella ya que la supervisora incomodaba a quien lo hacía, por lo que poco a poco fue notando que sus compañeros se apartaban de ella y sólo se relacionaban con ella fuera del trabajo.

También le hacía un fuerte control de los horarios de trabajo a diferencia de sus compañeros, se le asignan los peores turnos de trabajo y las tareas más penosas. “Ha sido y es todavía una pesadilla”, comenta la trabajadora. La TCAE decide cambiarse de servicio para no tener que trabajar más con esa persona.

4 Resultados

El mobbing en España va en ascenso, cada día según los datos del CSI, se produce un caso de acoso laboral en la sanidad española. La mayoría de los casos de acoso se produce por parte de un superior a alguien por debajo de su rango (40,15% de los casos) que entre compañeros (13,4% de los casos). También los datos concluyen que lo sufren más las mujeres que los hombres (46% de mujeres frente al 40,1% de los hombres) y por edades los menores de 40 años (más del 50%).

La mayoría de los profesionales que sufren acoso no lo denuncian (más del 50%), ya que tienen miedo a represalias, desconocimiento y les parece lo normal estas situaciones en las instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

No se pueden tolerar este tipo de situaciones en ningún ámbito y por lo tanto tampoco en el sanitario, ya que atenta contra los derechos humanos contra los profesionales de este sector, y la complicidad o el silencio de aquellos que forman parte del entorno en el que sucede esta situación.

Es una pena que no se puedan prevenir estas situaciones y que solo se tomen medidas cuando ya se ha producido un problema de salud en quien sufre esta situación.

Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de las Instituciones Sanitarias y el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo tienen un papel fundamental para detectar la violencia en el trabajo, así como para proponer, a las Direcciones correspondientes posibles medidas de actuación. La Administración Sanitaria deberá asignarles los recursos necesarios para prevenir, gestionar y afrontar el riesgo.

El término mobbing o acoso laboral se ha introducido en nuestro Código Penal en el artículo 173 dentro del título VII dentro de la integridad moral y torturas. En él se menciona lo siguiente “Con la misma pena serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcional y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima. En él se contemplan penas entre seis meses y un año que si no dan lugar a la entrada en prisión si se carece de antecedentes penales, sí que reduce mucho estas situaciones.

Las supervisoras de área tienen en sus manos que estas situaciones se reduzcan evitando estas conductas conflictivas entre el personal a su cargo, humanizando los equipos de trabajo, ya que normalmente la situación de acoso no se produce en todo el hospital sino en determinadas unidades más reducidas donde se toleran esas conductas y los miembros del equipo no se apoyan entre sí y no hay cohesión entre ellos.

Es muy importante el apoyo de los testigos de este acoso y que estos puedan actuar sin miedo a represalias.

6 Bibliografía

- Política de Comentarios de SANITARIA 2000, S.L
- Moobing, una mirada sociológica. Maria Isabel Pichel de Sousa.
- AMYTS Asociación de médicos y profesionales superiores de Madrid.
- Redacción Médica, 3 de noviembre de 2011. Número 1553. Año VII.
- Revista "Enfermería en desarrollo"

Capítulo 540

ULCERAS POR PRESIÓN O UPP

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ

EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO

MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ

1 Introducción

La úlcera por presión es un deterioro de la piel, que se crea por compresión entre dos estructuras rígidas , causando secundariamente un desarrollo de isquemia, que suele dañar y necrosar partes de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo en la zona en la que se asientan, pudiendo llegar a dañar articulación y hueso. La principal causa de su aparición es la presión causada y prolongada entre dos planos duros y los tejidos implicados entre estos. A un lado tenemos el plano duro esquelético y las prominencias óseas fisiológicas o deformantes del paciente y por otro el plano duro externo a él, reproducido por la cama, la silla, u otros objetos, y en el centro tejidos blandos como piel, grasa y músculos. Su presencia necesita de varios factores, el principal la falta de movilidad relacionada con estar postrado en cama por tiempo prolongado, cambios nutricionales, la percepción sensorial mermada e incontinencia urinaria y fecal; aparte, de circunstancias como: edad, fricción, humedad, estado de conciencia, posintervención quirúrgica, diabetes mellitus y procesos terminales. El tiempo de exposición a dichos factores determina la frecuencia y localización de las UPP. Las zonas más afectadas son la región sacra, los talones, las tuberosidades isquiáticas y las caderas. El presente trabajo surge a raíz de hacer un análisis sobre la importancia que tiene las úlceras por presión (upp).

2 Objetivos

- Explicar el concepto de UPP, lugares más frecuentes y las causas asociadas para su aparición.
- Reconocer el trabajo que se que se lleva a cabo para evitarlas o curarlas y el trabajo que el TCAE realiza.

3 Metodología

Se ha buscado información en diversas plataformas y bases de datos científicas, como google académico y Dialnet. En la búsqueda se han utilizado los siguientes descriptores, centros geriátricos, prevención de úlceras, úlceras por presión, investigación en úlceras, curas.

4 Resultados

La lesiones de los encamados (upp) se encuentran en pacientes de cualquier edad, en los pacientes de edad más avanzada encontramos un mayor porcentaje, de este tipo de lesiones ya que se trata de un grupo que presenta con más frecuencia problemas añadidos de salud que favorecen su aparición, en el caso de gente que tienen más de 75 años, la obesidad, la dificultad de la actividad física (reposo absoluto), dificultad de la movilidad que limita cualquier cambio de postura por ellos mismos y la incontinencia de esfínteres son los principales factores de riesgo para padecer estas lesiones. Los lugares más significativos donde suelen aparecer en personas mayores son:

- En posición boca arriba (supino): occipital, codos, escapula, sacro, coxis y talones
- En posición de un lado(lateral): oreja ,hombro, codos , costillas, trocante, cadera,, cóndilos, tibias y maléolo tibiales.
- En posición (prono) boca abajo: en la frente y pómulos, orejas y mejillas acromion, pechos, caderas, rodillas, (genitales en hombres), pubis y dedos de los pies.

Las Incidencias de UPP, muestra un desarrollo mayor en la zona sacro glútea 47%, trocánteres 26%, maléolos 16%, región dorsal 11%, si nos basamos en el tiempo de aparición se observó que el periodo más frecuente fue de 3 - 5 días con el 53%, seguido por 1 - 2 días equivalente al 37%, por ultimo se clasifico que el estadio de mayor aparición fue el grado II con un 53%, seguido por el grado I 42% y el menos frecuente fue grado III 5%.

Las úlceras por presión (UPP) se relacionan con una mayor morbi-mortalidad a los enfermos, por esto es muy importante tomar todas las medidas de prevención. La primera medida, identificar a los pacientes susceptibles de padecer UPP, por lo tanto es de mucha utilidad el uso de escalas que midan este riesgo, de esta forma se podrán establecer rápidamente los cuidados apropiados. También se agrupan como EA relacionados con la monitorización del paciente o los cuidados que precisa. En el nivel hospitalario suponen el 0,3% de todos los EA, y el 0,4% en el ámbito de atención primaria. Su causalidad se vincula con una inapropiada valoración y atención del paciente. Su efecto crea un aumento de la estancia hospitalaria 4-7 días y una mayor solicitud de pruebas diagnósticas complementarias. El 40% de las UPP por EA acostumbran a ser leves/ moderadas y entre un 55-70% estimadas como eludibles.

Para la valoración de las lesiones de encamados existen varios modelos pero en geriatría se suelen utilizar NORTON Y BRADEN son las mayores garantías de validez. grados de evaluación del riesgo: Escala de Norton, escala de Braden, escala de Arnell, escala Nova 5, escala Emina, escala de Waterlow. Las upp se clasifican en estadios o grados: Estado o /grado I: frialdad, palidez, parestesias, estadio o grado II: claudicación intermitente, estadio o grado III: calvario en descanso, estadio o grado IV: Úlcera. Estadio o grado I.- Enrojecimiento que no cambia.

Afecta sólo a la dermis. Hay induración y dolor, pero la piel está íntegra. Es el primer signo de alarma y nos indica que, si no cede la presión se va a desarrollar la úlcera:

- Estadio o grado II.- Ampolla. Pérdida de la piel la dermis. Úlcera superficial.
- Estadio o grado III.- Daño total del de la piel y que influye al tejido que se sitúa debajo de la dermis. Se presenta como un escara parduzca y adherida.
- Estadio o grado IV.- Destrucción amplia, con afectación del tejido por debajo de la piel (hueso, músculo, tendón, etc). Localizaciones más frecuentes: en el sacro (39%). Calcañar (19%). nalgas isquiáticas (14%). Región trocánteres (9%). Región occipital. Omóplatos. Maléolos. Codos. Dedos de los pies. Cóntilos. Las lesiones (upp) en la piel de encamados es una dificultad para el cuidado de la salud que, rompe la calidad de vida de la persona y su familia, originando mas gasto social y en salud.

5 Discusión-Conclusión

Una conclusión clara y precisa es que debemos de prestar atención a los cambios de la piel teniendo siempre en cuenta las normas de mecánica corporal. Realzar

los cambios posturales de forma programada e individual. Cambiar de postura cada 2-3 horas sobre todo en personas encamados, a las que se encuentran sentadas cada hora, eliminar el contacto directo con protuberancias oseas entre si, evitar del mismo modo el roce con costuras y prendas, evitar el arrastre, favorecer las posiciones deseadas con la utilización de almohadas, cojines, sábanas o toallas enrolladas.

Debemos plantearnos el establecer unos parámetros de éxito: Curación completa, disminución del tamaño de la herida, reducción del dolor, recuperación de la movilidad, recuperación de la actividad en las AVD (calidad de vida) y prevención de nuevos episodios. Las lesiones de los encamados en la piel (upp) son un grave problema sanitario que podría afectar en los pacientes de riesgo y a través de la escala de Barden y la instauración precoz de medidas de prevención disminuiría la incidencia de UPP.

En los geriátricos uno de los principales objetivos es sin duda, evitar las lesiones en los encamados, conseguirlo a través de cambios posturales, manteniendo recto el cuerpo, distribuir el peso y la simetría del cuerpo de la persona, las manos y los pies deben mantener la posición cómoda. Evitar colocar al paciente sobre protuberancias de los huesos, utilizar superficies especiales adecuadas, usar cojines de espuma para suprimir el aplastamiento sobre las caderas, las almohadas se situarán entre las piernas y los tobillos para mantener recto el cuerpo y impedir el aplastamiento sobre las protuberancias cuando se encuentren acostados, evitar el arrastre en las movilizaciones y la fricción. Estos cuidados son llevados a cabo por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

6 Bibliografía

- Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu*, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.
- Herrera Nieto, O. M., Ariza, L. K., & Luna García, L. A. (2018). Zonas más frecuentes de aparición de las úlceras por presión y su clasificación según los estadios en pacientes que ingresan al servicio de urgencias de un hospital de III nivel de la ciudad de Bucaramanga.
- Pegenaute, E. A., de Galdiano Fernández, A. G., Ciarrusta, N. Z., Coscojuela, M. Á. M., & Erro, M. C. A. (2005). Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. *Enfermería intensiva*, 16(4), 153-163.
- Bolado, D. C. C., Díaz, D. E. L., Enfermera, P., Morante, D. M. M., Rivas, D. R. O.,

Enfermera, Á. D. F., ... & Guatti, D. S. S. (2003). Documento reconocido de interés profesional por el GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas).

Capítulo 541

EL ICTUS Y LOS FACTORES DE RIESGO.

VANESA ARRANZ ARROYO

BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO

BLANCA DOMINGUEZ-GIL

1 Introducción

El ictus es una enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se le conoce como accidente cerebrovascular (ACV), embolia o trombosis.

Un ictus ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otro elemento. Esto impide que llegue sangre, oxígeno y glucosa al cerebro, por ello las células nerviosas de esa área del cerebro afectada no recibe oxígeno, por lo que las células mueren transcurrido un tiempo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar los factores de riesgo que pueden desencadenar un ictus.

Objetivos secundarios:

- Describir lo que es la enfermedad del ictus así como los factores de riesgo y las complicaciones que producen en el enfermo.

- Describir los factores de riesgo y los efectos que producen tanto en el enfermo como en su entorno para poder ayudarles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se han utilizado los siguientes descriptores: “ictus”, “factores de riesgo enfermedad cerebro vascular”, “accidente cerebrovascular”.

4 Resultados

En la muestra estudiada se constató un mayor número de casos del sexo femenino en adultos en edades comprendidas entre 60 y 69 años de edad y el ictus isquémico. Además, el infarto aterotrombótico fue el más representativo.

Dentro de los factores de riesgos de la muestra estudiada el consumo de una dieta, la aterogénica fue el principal factor de riesgo y la parálisis de miembros la principal secuela, seguido del sedentarismo, hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus.

Por la elevada frecuencia de la patología vascular cerebral, el objetivo es la prevención, actuando sobre los factores de riesgo. Dentro de los factores de riesgo podemos encontrar dos grupos, modificables y no modificables.

A los no modificables pertenecen:

- Edad.
- Sexo.
- Factores hereditarios.
- Raza/Etnia.
- Localización geográfica.

Los factores de riesgo modificables, son los que el individuo puede mediante hábitos saludables minimizar o reducir su actuación.

A los modificables pertenecen:

- Hipertensión arterial: Es el factor de riesgo más importante casi un 70% de los pacientes con ictus es debido a la HTA, tanto para hombres o mujeres, en todos los grupos de edad.
- Tabaquismo: El tabaquismo aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno, aumentando la presión arterial y lesiona el endotelio.
- Diabetes: Los ictus lacunares por oclusión de las arteriolas son más frecuentes en los pacientes con diabetes.

Dislipemia: aumento de la concentración plasmática de colesterol y lípidos en sangre.

- Obesidad: Obesidad central caracterizada por depósito de grasa abdominal con riesgo de aterosclerosis e ictus.
- Sedentarismo: Existe una significativa relación inversa entre actividad física y riesgo de ictus. La práctica de ejercicio físico normaliza los niveles de glucemia, colesterol y reduce el peso.
- Dieta: Las dietas ricas en vegetales y fruta pueden prevenir el ictus por su efecto antioxidante o por medio del aumento de los niveles de potasio.
- Anticonceptivos orales: El riesgo de ictus se incrementa en las mujeres fumadoras, hipertensas o con diabetes.
- Alcohol: El alcohol en dosis elevadas aumenta el riesgo, al provocar hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación, arritmias cardíacas y disminución del flujo sanguíneo cerebral.
- Enfermedades cardíacas: 15-20% de los ictus isquémicos son de origen cardioembólico.

5 Discusión-Conclusión

Mediante una prevención primaria se trata de modificar los factores de riesgo para evitar o poder retrasar la aparición de un ictus. Se requiere atención primaria mediante un seguimiento del paciente. Un programa para la salud con hábitos saludables, dieta, actividad física, no consumir sustancias nocivas para la salud.

Prevención secundaria integra todas aquellas medidas encaminadas a disminuir la recurrencia del ictus y la mortalidad en individuos con ictus establecido.

En España la esperanza de vida es más alta, por lo cual la edad avanzada es un factor de riesgo cerebrovascular no modificable y el ictus en nuestro país representa la primera causa de muerte en mujeres, la segunda en hombres y la primera

causa de incapacitación después de los 65 años. Si se consiguiera un control de los factores de riesgo modificables se podría disminuir el número de ictus.

El conocer estos factores de riesgo y el tratamiento en fase inicial es fundamental para evitarlos y así minimizar el coste de vidas humanas y recursos económicos.

6 Bibliografía

- R.L. Sacco, S.E. Kasner, J.P. Broderick, L.R. Caplan, J.J. Connors, A. Culebras, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*, 44 (7) (2013), pp. 2064-2089.
- J. Díaz-Guzmán, J.A. Egido, R. Gabriel-Sánchez, G. Barberá-Comes, B. Fuentes-Gimeno, C. Fernández-Pérez. Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: The IBERICTUS study *Cerebrovasc Dis.*, 34 (4) (2012), pp. 272-281.
- Linares Cánovas LP, Lemus Fajardo NM, Linares Cánovas LB, Lazo Herrera LA, Díaz Pita G. Caracterización de pacientes adultos mayores con tratamiento farmacológico antihipertensivo atendidos en el hospital “Dr. León Cuervo Rubio”. *Rev Electrón [Internet]*. 2017 [citado 20 Ene 2018];42.
- Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez-Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet [Internet]*. 2015 Feb [citado 20 Ene 2018];385(9967):549-62.
- V.L. Feigin, M.H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi, G.A. Mensah, M. Connor, D.A. Bennett, et al. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010) and the GBD Stroke Experts Group.
- Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010.
- J. Marrugat, A. Arboix, L. García-Eroles, T. Salas, J. Vila, C. Castell, et al. Estimación de la incidencia poblacional y la mortalidad de la enfermedad cerebrovascular establecida isquémica y hemorrágica en 2002G.J.
- Del Zoppo, J.L. Saver, E.C. Jauch, H.P. Adams Jr., American Heart Association Stroke Council. Expansion of the time window for treatment of acute ischemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator: a science advisory from the American Heart Association/American Stroke Association *Stroke*, 40 (2009), pp. 2945-2948.
- G.J. Del Zoppo, J.L. Saver, E.C. Jauch, H.P. Adams Jr., American Heart Association Stroke Council. Expansion of the time window for treatment of acute is-

chemic stroke with intravenous tissue plasminogen activator: a science advisory from the American Heart Association/American Stroke Association.
- Stroke, 40 (2009), pp. 2945-2948.

Capítulo 542

MENOPAUSIA Y CLIMATERIO

LAURA CAMPA CAMPA

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS

YARINA PRIETO ALCANIZ

ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO

ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ

1 Introducción

La menopausia y el climaterio son dos estados que se dan durante la madurez de la mujer distintos que comúnmente son confundidos. Aunque ambos tienen síntomas similares y se producen en la misma etapa de su vida debemos saber que no son lo mismo.

2 Objetivos

Debido al envejecimiento progresivo de la población, los profesionales de la medicina atienden cada día a más mujeres en sus consultas entrando en la perimenopausia. Sin embargo, ni en la etapa de formación de la universidad como estudiantes, ni a lo largo de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, se cuenta con un temario específico sobre el Climaterio y la Menopausia.

En los últimos años además, ha alcanzado un justo protagonismo el Médico de Familia que constituye el primer escalón asistencial, ya que asume la respons-

abilidad de la prevención y la detección temprana y el manejo clínico de muchas patologías asociadas a la menopausia.

3 Metodología

La Menopausia es un acontecimiento normal, natural en la vida de una mujer. El término menopausia designa la fecha de la última menstruación en la vida de la mujer y se debe a que los ovarios disminuyen la producción de hormonas (estrógenos y progesterona). Es un evento natural que marca el fin de la fertilidad. El Climaterio, en cambio, es una etapa de la vida de la mujer que se caracteriza principalmente por la pérdida de la capacidad reproductiva. Es un momento de modificaciones paulatinas que confluyen con el cese de la función menstrual. La menopausia ocurre en todas las mujeres, sin embargo, cada una experimentará su climaterio en forma distinta. Esto dependerá de muchos factores, entre ellos la personalidad, el significado que tiene para cada una esta nueva etapa, el rol social que tiene la mujer en esta etapa en las distintas culturas. Es un momento de grandes cambios, tanto desde el punto de vista físico y emocional.

4 Resultados

- Alteraciones en la menstruación.
- Sofocos.
- Sudoración nocturna.
- Sequedad vaginal y atrofia de la vejiga.
- Cambios en el estado de ánimo.
- Sequedad de la piel.
- Dolores articulares.
- Aumento de peso.
- Otros: migraña, pérdida del cabello, debilidad en las uñas, etc..

5 Discusión-Conclusión

- Hacer ejercicio moderado y mantener activa, ya que ayuda a prevenir la depresión y tener los músculos fuertes.
- Llevar varias capas de ropa para poder quitárselas cuando se tienen muchos sofocos.
- Mantener la temperatura ambiente fresca y evitar las bebidas muy calientes.

- Tener unos buenos hábitos del sueño como, por ejemplo, levantarse y acostarse todos los días a la misma hora.
- Evitar el tabaco, el alcohol y la cafeína.
- No renunciar a la vida sexual y empezar a utilizar lubricantes e hidratantes vaginales.

6 Bibliografía

1. AEEM. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia.
2. Medline Plus.
3. Womenshealth.gov

Capítulo 543

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

LAURA CAMPA CAMPA

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS

YARINA PRIETO ALCANIZ

ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO

ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ

1 Introducción

La neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea este sano o enfermo.

Proviene etimológicamente de la raíz latina “natos” que significa nacer y “logos” que significa tratado o estudio, es decir el “estudio del recién nacido”.

Los primeros pasos en la rama de la neonatología datan de 1892, con Pierre Budin, médico de origen francés, considerado el padre de la Neonatología el cual escribió un libro de lactantes con problemas nacidos de un parto prematuro y diferenció a los lactantes en pequeños y grandes para la edad gestacional.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la fisiopatología y clínica de las enfermedades propias del neonato, interpretar adecuadamente los exámenes paraclínicos que se relacionen con las enfermedades del neonato.

Objetivos secundarios:

- Aplicar y realizar las técnicas y procedimientos en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento en las diferentes patologías del recién nacido.
- Diseñar, organizar, poner en funcionamiento, hacer control de calidad y administrar adecuadamente un servicio de neonatología.
- Utilizar el material bibliográfico para actualizar, renovar y crear conocimientos en el área de neonatología. Estimular la investigación aplicando las diferentes técnicas en su realización.
- Trabajar con un profundo sentido de responsabilidad profesional estableciendo relaciones cordiales con el niño, su familia y los demás miembros del equipo de salud dentro de los principios éticos y humanitarios.
- Adquirir las destrezas necesarias para la realización de los procedimientos y técnicas que son necesarios para la atención integral del recién nacido.

3 Metodología

Atender oportuna e integralmente al recién nacido desde la sala de partos. Conocer y aplicar los principales protocolos de estudio y manejo en neonatología. Identificar y tratar al recién nacido de alto riesgo. Aplicar los criterios clínicos para el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Asegurar un traslado óptimo.

4 Resultados

Según el estudio «Ending Newborn Deaths¹» publicado en 2011 conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y Save The Children, el número de recién nacidos que mueren en sus primeras semanas de vida ha descendido a escala mundial. La mortalidad de neonatos ha descendido de 4,6 millones en 1990 a 3,3 en 2009, aunque a partir de 2000 se observa un ritmo más rápido de descenso. A nivel mundial, las principales causas de mortalidad de los recién nacidos son los problemas derivados del nacimiento prematuro, las complicaciones durante el parto y las infecciones adquiridas por el recién nacido durante o después del nacimiento.

5 Discusión-Conclusión

Para poder disminuir los riesgos de la población neonatal es preciso mantener un control de la temperatura de los recién nacidos estricto y cumplir con las recomendaciones de bibliografía actualizada. Es sumamente importante que el personal cuente con un protocolo de termorregulación para que todos manejen y unifiquen criterios de actuación que estén validos científicamente, de la misma forma en cuanto al conocimiento del soporte tecnológico precisamente el manejo de incubadoras que deberían contar con su manual de utilización correspondiente.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus.
2. AEP Asociación Española de Pediatría.
3. Sociedad Española de Neonatología.

Capítulo 544

MEDICIÓN DE DIURESIS

LUCIA FUERTES SIERRA

1 Introducción

La medición y control de la diuresis es una tarea que debe realizar el Tcae. Esta medición puede realizarse de diferentes formas dependiendo de las características del paciente y sus necesidades. Generalmente la forma de medición vendrá determinada por el facultativo.

2 Objetivos

- Conocer como TCAE'S la forma correcta de hacer una buena medicion de diuresis, ya que la excreta de liquidos es un dato de vital importancia en muchas patologias.

3 Metodología

Basada en la evidencia científica, en la búsqueda de bases de datos mas importantes, asi como revisión en libros, artículos especializados y material formativo.

4 Resultados

1. Explique al paciente /familia la razón por la cual se requiere una medición correcta de la diuresis.
2. Informe, al paciente para que orine en la botella o en la cuña.
3. Establezca un plan sistemático para registrar la cantidad de orina en cada turno.

4. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico
5. Colóquese los guantes.
6. Mida la diuresis.
7. Vierta la orina de la botella, cuña o bolsa recolectora (niños) en recipiente graduado.
8. Observe color, olor y cantidad de la orina.
9. En niños (no control de esfínter) se medirá la orina por el sistema de doble pesada:
 - Pesar el pañal seco.
 - Pesar el pañal mojado.
 - Restar el peso del pañal mojado al del pañal seco.
10. En caso de sondaje vesical:
 - Mida la diuresis cuando la bolsa de drenaje esté a 2/3 del total para evitar la tracción sobre el catéter por el peso de la bolsa.
 - Observe directamente en la bolsa la cantidad de orina y desocupe la bolsa utilizando la válvula de drenaje.
 - Si la diuresis es menor de 200 ml, mida la diuresis en el recipiente graduado.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como realizar una correcta medición de la diuresis, sabemos que debemos informar al paciente del procedimiento para evitar así errores en el mismo, es importante que hagamos este procedimiento de forma rigurosa ya que el contaje de la diuresis es un dato fundamental en muchas patologías. Sabemos también que es muy importante el lavado de manos y el uso de guantes.

6 Bibliografía

1. <http://www.auxiliar.enfermeria.com/>
2. <https://www.ecured.cu/Diuresis>.

Capítulo 545

ALIMENTACIÓN EN PEDIATRÍA

ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ

LAURA CAMPA CAMPA

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS

YARINA PRIETO ALCAÑIZ

ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO

1 Introducción

La obesidad infantil es un problema de salud pública cada vez más importante en nuestro país. Los cambios en los estilos de vida, sociales y laborales que a experimentado la sociedad español han ocasionado un fuerte incremento de la obesidad en la población infantil.

2 Objetivos

- Revisar las recomendaciones sobre alimentación saludable.
- Estandarizar las actuaciones clínicas en relación con la patología digestivo.
- Contribuir a la formación, orientando e informando a los progenitores.

3 Metodología

Dedica tiempo exclusivo para comer, sobre todo en las comidas principales.

Establece un horario regular para las comidas.
Evita premiar o castigar con comida.
Evita ver la televisión mientras se come.
Procura que los niños coman en compañía de adultos.
Recuerda que el principal objetivo de comer es alimentarse.

4 Resultados

Datos y cifras:

- De acuerdo con la convención sobre los derechos del niño, todos los lactantes y niños tienen derecho a una buena nutrición.
- Un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición.
- La OMS Y UNICEF recomiendan: inicio lactante en la primera hora de vida.
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.
- Introducción de alimentos complementarios a partir de los 6 meses.

Sin embargo muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007 a 2014.

Las recomendaciones se han revisado para tener en cuenta también las necesidades de los lactantes cuyas madres están infectadas por el VIH. Los tratamientos antiretroviricos actuales permiten que estos niños tengan una lactancia exclusivamente materna hasta los 6 meses y sigan recibiendo lactancia materna al menos hasta los 12 meses con riesgo significativamente menor de transmisión del VIH.

5 Discusión-Conclusión

El bajo consumo de frutas y verduras ha sido reconocido como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, además el consumo de vegetales se ha asociado de forma inversa a la obesidad.

6 Bibliografía

1. www.aeped.es (comité de nutrición) Asociación Española de Pediatría
2. www.guiainfantil.com

Capítulo 546

ASÍ ES LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA

CLARA MARIA GARCIA HERRERO

MARÍA CELIA CABO SUÁREZ

1 Introducción

Descripción general.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad progresiva del sistema nervioso que afecta el movimiento. Los síntomas comienzan gradualmente. A veces, comienza con un temblor apenas perceptible en una sola mano. Los temblores son habituales, aunque la enfermedad también suele causar rigidez o disminución del movimiento.

En las etapas iniciales de la enfermedad de Parkinson, el rostro puede tener una expresión leve o nula. Es posible que los brazos no se balanceen cuando caminas. El habla puede volverse suave o incomprensible. Los síntomas de la enfermedad de Parkinson se agravan a medida que esta progresa con el tiempo.

A pesar de que la enfermedad de Parkinson no tiene cura, los medicamentos podrían mejorar notablemente los síntomas. En ocasiones, el médico puede sugerir realizar una cirugía para regular determinadas zonas del cerebro y mejorar los síntomas.

Los signos y síntomas de la enfermedad de Parkinson pueden ser diferentes para cada persona. Los primeros signos pueden ser leves y pasar desapercibidos. A

menudo, los síntomas comienzan en un lado del cuerpo y usualmente continúan empeorando en ese lado, incluso después de que los síntomas comienzan a afectar a ambos lados.

Los signos y síntomas de la enfermedad de Parkinson pueden incluir los siguientes:

- Temblores. Un temblor, o sacudida, generalmente comienza en una extremidad, a menudo en la mano o los dedos. Puedes frotar el pulgar y el índice hacia adelante y hacia atrás, lo que se conoce como un temblor de rodamiento de la pildora. Tu mano puede temblar cuando está en reposo.
- Movimiento lento (bradicinesia). Con el tiempo, la enfermedad de Parkinson puede retardar tu movimiento, haciendo que las tareas simples sean difíciles y lleven más tiempo. Puede que tus pasos sean más cortos cuando caminas. Puede resultar difícil levantarte de la silla. Puede que arrastres los pies mientras intentas caminar.
- Rigidez muscular. La rigidez muscular puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo. Los músculos rígidos pueden ser dolorosos y limitar tu posibilidad de movimiento.
- Alteración de la postura y el equilibrio. La postura puede volverse encorvada o puedes tener problemas de equilibrio como consecuencia de la enfermedad de Parkinson.
- Pérdida de los movimientos automáticos. Es posible que tengas una capacidad reducida para realizar movimientos inconscientes, como parpadear, sonreír o balancear los brazos cuando caminas.
- Cambios en el habla. Puedes hablar suavemente, rápidamente, insultar o dudar antes de hablar. Tu discurso puede ser más monótono debido a la falta de las inflexiones habituales.
- Cambios en la escritura. Puede resultarte más difícil escribir y tu letra puede parecer pequeña.

Causas.

En la enfermedad de Parkinson, algunas células nerviosas (neuronas) en el cerebro se descomponen o mueren gradualmente. Muchos de los síntomas obedecen a una pérdida de las neuronas que producen dopamina, una especie de mensajero químico en el cerebro. Cuando los niveles de dopamina disminuyen, se genera una anomalía en la actividad cerebral, lo que causa los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

Se desconoce la causa de la enfermedad de Parkinson, pero varios factores pare-

cen influir, como los siguientes:

- Genética. Los investigadores han identificado mutaciones genéticas específicas que pueden causar enfermedad de Parkinson. Sin embargo, estas son poco comunes, salvo algunos casos en que muchos miembros de la familia padecen enfermedad de Parkinson. No obstante, ciertas variaciones genéticas parecen aumentar el riesgo de tener enfermedad de Parkinson, pero con un riesgo relativamente menor de la enfermedad de Parkinson para cada uno de estos marcadores genéticos.

- Desencadenantes ambientales. La exposición a ciertas toxinas o factores ambientales puede aumentar el riesgo de tener la enfermedad de Parkinson en el futuro, pero el riesgo es relativamente menor.

Los investigadores también han observado que se producen muchos cambios en el cerebro de las personas con la enfermedad de Parkinson, aunque no resulta claro por qué ocurren estos cambios. Entre estos cambios se incluyen los siguientes:

- La presencia de cuerpos de Lewy. Las masas de sustancias específicas dentro de las células cerebrales son marcadores microscópicos de la enfermedad de Parkinson. Estas masas se llaman cuerpos de Lewy, y los investigadores creen que estos cuerpos de Lewy contienen un indicio importante de la causa de la enfermedad de Parkinson. Dentro de los cuerpos de Lewy se encuentra la alfa-sinucleína. Si bien se encuentran muchas sustancias en los cuerpos de Lewy, los científicos creen que una sustancia importante es la proteína natural y generalizada, llamada alfa-sinucleína (a-sinucleína). Se encuentra en todos los cuerpos de Lewy en forma de una masa que las células no pueden descomponer. Actualmente, esta sustancia es un foco importante entre los investigadores de la enfermedad de Parkinson.

Factores de riesgo.

Entre los factores de riesgo de la enfermedad de Parkinson se incluyen los siguientes:

- La edad. Los adultos jóvenes rara vez padecen la enfermedad de Parkinson. Originalmente comienza en etapas medias o avanzadas de la vida, y los riesgos aumentan con la edad. Las personas normalmente manifiestan la enfermedad alrededor de los 60 años de edad en adelante.

- Predisposición genética. Tener un pariente cercano que sufra la enfermedad de Parkinson aumenta las probabilidades de que desarrolles la enfermedad. Sin embargo, los riesgos son aún pequeños a menos que tengas muchos parientes en tu familia con enfermedad de Parkinson.

- Sexo. Los hombres son más propensos a desarrollar la enfermedad de Parkinson que las mujeres.
- Exposición a toxinas. La exposición constante a herbicidas y pesticidas puede aumentar ligeramente el riesgo de enfermedad de Parkinson.

Complicaciones

La enfermedad de Parkinson a menudo está acompañada de estos problemas adicionales, que pueden tratarse:

- Dificultad para pensar. Es posible que tengas problemas cognitivos (demencia) y dificultad para pensar. Esto suele suceder en las etapas más avanzadas de la enfermedad de Parkinson. Tales problemas cognitivos no suelen responder a los medicamentos.
- Depresión y cambios emocionales. Es posible que tengas depresión, en ocasiones en las primeras etapas. El tratamiento para la depresión puede facilitar la forma de lidiar con otras dificultades ocasionadas por la enfermedad de Parkinson. También es posible sufrir otros cambios emocionales, como miedo, ansiedad o pérdida de la motivación. Los médicos pueden prescribir medicamentos para tratar estos síntomas.
- Problemas para tragar. Es posible que se desarrollen dificultades para tragar a medida que evoluciona la enfermedad. La saliva puede acumularse en la boca a causa de la forma lenta de tragar, y así se produce el babeo.
Problemas para masticar y comer. La enfermedad de Parkinson en etapas avanzadas afecta los músculos de la boca, por lo cual se dificulta la masticación. Esto puede ocasionar atragantamientos y desnutrición.
- Problemas para dormir y trastornos del sueño. Las personas con enfermedad de Parkinson a menudo tienen problemas para dormir, que incluyen el despertar frecuentemente durante la noche, despertar temprano o quedarse dormidos durante el día. También es posible que presenten un trastorno de comportamiento de sueño de movimiento ocular rápido, en el cual se actúan los sueños. Algunos medicamentos pueden ayudar a tratar los problemas del sueño.
- Problemas con la vejiga. La enfermedad de Parkinson puede ocasionar problemas en la vejiga que incluyen la incapacidad de contener la orina o tener problemas para orinar.
- Estreñimiento. Muchas personas con enfermedad de Parkinson manifiestan estreñimiento, principalmente porque su sistema digestivo funciona más lento.

Es posible que también te suceda lo siguiente:

- Cambios en la presión arterial. Quizás te sientas mareado o aturdido cuando te pones de pie a causa de una disminución de la presión arterial de repente

(hipotensión ortostática).

- Disfunción del olfato. Es posible que tengas problemas con el sentido del olfato. Quizás tengas dificultad para identificar algunos olores o para diferenciarlos.
- Cansancio. Muchas personas con enfermedad de Parkinson pierden la energía y sienten fatiga, en especial al final del día. Se suele desconocer la causa.
- Dolor. Algunos pacientes con enfermedad de Parkinson presentan dolor, ya sea en áreas específicas o en todo el cuerpo.
- Disfunción sexual. En algunos casos, los pacientes que tienen la enfermedad de Parkinson notan una disminución del deseo sexual o en el rendimiento sexual.

Diagnóstico.

No hay una prueba específica para diagnosticar la enfermedad de Parkinson. El médico especializado en las enfermedades del sistema nervioso (neurólogo) diagnosticará la enfermedad de Parkinson basándose en tu historia clínica, una revisión de tus signos y síntomas, y un examen físico y neurológico. El médico puede sugerir una tomografía computarizada por emisión monofotónica denominada exploración del transportador de dopamina. Si bien esto puede ayudar a respaldar la sospecha de que tienes la enfermedad de Parkinson, los síntomas y el examen neurológico son los que determinan, en definitiva, el diagnóstico correcto. En la mayoría de las personas, no se precisa una exploración del transportador de dopamina.

El médico puede solicitar análisis de laboratorio, como análisis de sangre, para descartar otras enfermedades que puedan causar los síntomas. Se pueden realizar algunas pruebas de diagnóstico por imágenes (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, ecografías del cerebro y tomografías por emisión de positrones) para descartar otros trastornos. Las pruebas de diagnóstico por imágenes no son especialmente útiles para diagnosticar la enfermedad de Parkinson.

Además del examen, el médico puede darte carbidopa-levodopa (Rytary, Sinemet, otros), un medicamento para la enfermedad de Parkinson. Debes recibir una dosis suficiente para percibir el beneficio, ya que las dosis bajas por uno o dos días no resultan confiables. Una mejoría considerable con este medicamento generalmente confirmará el diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

A veces lleva tiempo diagnosticar la enfermedad de Parkinson. Los médicos pueden recomendar consultas de seguimiento periódicas con neurólogos especializados en trastornos del movimiento para evaluar tu enfermedad y tus síntomas a lo largo del tiempo y diagnosticar la enfermedad de Parkinson.

2 Objetivos

- Explicar y resumir los principales contenidos de la enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Prevención.

Debido a que se desconoce la causa de la enfermedad de Parkinson, las maneras probadas para prevenirla también son un misterio. En algunas investigaciones se ha demostrado que el ejercicio aeróbico regular podría reducir el riesgo de tener la enfermedad de Parkinson.

Otras investigaciones han demostrado que las personas que beben cafeína, que se encuentra en el café, el té y las bebidas cola, presentan enfermedad de Parkinson con menos frecuencia que las personas que no la consumen. Sin embargo, aún se desconoce si la cafeína en realidad previene la enfermedad de Parkinson, o si está relacionada en algún aspecto. En la actualidad, no existe evidencia suficiente para indicar que el consumo de bebidas con cafeína tenga un efecto protector contra la enfermedad de Parkinson. El té verde también está relacionado con un riesgo menor de tener la enfermedad de Parkinson.

Tratamiento.

La enfermedad de Parkinson no tiene cura, pero los medicamentos pueden ayudar a controlar los síntomas, generalmente en forma notable. En algunos casos avanzados, se puede recomendar una cirugía.

El médico también puede recomendar algunos cambios de estilo de vida, especialmente, ejercicios aeróbicos constantes. En algunos casos, la fisioterapia que se centra en el equilibrio y la elongación también es importante. Un patólogo del habla y del lenguaje puede ayudar a mejorar los problemas del habla.

Medicamentos.

Los medicamentos pueden ayudarte a controlar problemas para caminar, relacionados con el movimiento y temblores. Estos medicamentos aumentan o reemplazan la dopamina.

Las personas que padecen la enfermedad de Parkinson tienen concentraciones bajas de dopamina en el cerebro. Sin embargo, la dopamina no se puede administrar directamente, ya que no puede ingresar al cerebro.

Después de comenzar el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, tus síntomas pueden mejorar considerablemente. Sin embargo, con el tiempo, los beneficios de los medicamentos con frecuencia disminuyen o se vuelven menos constantes. Generalmente, aun así puedes controlar tus síntomas bastante bien.

Estos son algunos de los medicamentos que tu médico puede recetarte:

- Carbidopa-levodopa. La levodopa, el medicamento más eficaz contra la enfermedad de Parkinson, es una sustancia química natural que ingresa al cerebro y se convierte en dopamina.
- La levodopa se combina con la carbidopa (Lodosyn), que evita la conversión prematura de la levodopa en dopamina fuera del cerebro. Esto previene o disminuye los efectos secundarios, como las náuseas.

Los efectos secundarios pueden incluir náuseas o aturdimiento (hipotensión ortostática). Después de algunos años, a medida que la enfermedad avanza, el beneficio de la levodopa puede volverse menos estable, con una tendencia a fluctuar (“deja de tener efecto”).

Además, puedes experimentar movimientos involuntarios (discinesia) después de consumir dosis más altas de levodopa. El médico podría disminuir tu dosis o modificar los horarios de tus dosis para controlar estos efectos.

Infusión de carbidopa-levodopa. La Duopa es un medicamento de marca compuesto por carbidopa y levodopa. Sin embargo, se administra a través de una sonda de alimentación que suministra el medicamento en forma de gel directamente al intestino delgado.

La Duopa se administra a pacientes en etapas más avanzadas de la enfermedad de Parkinson, que todavía responden a la carbidopa y la levodopa, pero cuya respuesta tiene muchas fluctuaciones. Debido a que la Duopa se administra de manera continua, los niveles en sangre de los dos medicamentos se mantienen constantes.

La colocación de la sonda requiere un pequeño procedimiento quirúrgico. Los riesgos relacionados con la sonda incluyen que la sonda se desprenda o que aparezcan infecciones en la zona de infusión.

Agonistas de la dopamina. A diferencia de la levodopa, los agonistas de la dopamina no se transforman en dopamina. En cambio, imitan los efectos de la dopamina en el cerebro.

No son tan eficaces como la levodopa para tratar los síntomas. Sin embargo, duran más tiempo y pueden usarse con la levodopa para atenuar los efectos a menudo irregulares de la levodopa.

Los agonistas de la dopamina son el pramipexol (Mirapex), el ropinirol (Requip) y la rotigotina (Neupro, administrada como un parche). La apomorfina (Apokyn) es un agonista de la dopamina inyectable de acción breve que se usa para proporcionar un alivio rápido.

Algunos de los efectos secundarios de los agonistas de la dopamina son similares a los efectos secundarios de la carbidopa-levodopa. Pero también pueden incluir alucinaciones, somnolencia y comportamientos compulsivos como hipersexualidad, adicción al juego y exceso de apetito. Si tomas estos medicamentos y te comportas de una manera inusual para ti, consulta con el médico.

Inhibidores de la enzima monoamino oxidasa tipo B (MAO-B). Estos medicamentos son la selegilina (Eldepryl, Zelapar), la rasagilina (Azilect) y la safinamida (Xadago). Ayudan a evitar la disolución de la dopamina en el cerebro, ya que inhiben la enzima monoamino oxidasa tipo B (MAO-B). Esta enzima metaboliza la dopamina en el cerebro. Los efectos secundarios pueden incluir náuseas o insomnio. Cuando se suman a la carbidopa-levodopa, estos medicamentos aumentan el riesgo de alucinaciones.

Estos medicamentos no suelen usarse en combinación con la mayoría de los antidepresivos o determinados narcóticos debido a las reacciones potencialmente graves, aunque poco frecuentes. Consulta con el médico antes de tomar cualquier otro medicamento con un inhibidor de la enzima monoamino oxidasa tipo B.

Inhibidores de la catecol-O-metiltransferasa (COMT). La entacopona (Comtan) es el principal medicamento de esta clase. Este medicamento prolonga moderadamente el efecto del tratamiento con levodopa, dado que bloquea una enzima que disuelve la dopamina.

Los efectos secundarios, como un mayor riesgo de movimientos involuntarios (discinesia), aparecen principalmente por un efecto potenciado de la levodopa. Otros efectos secundarios son diarrea u otros efectos secundarios potenciados de la levodopa.

La tolcapona (Tasmar) es otro inhibidor de la catecol-O-metiltransferasa que suele recetarse en muy pocos casos debido al riesgo de daño e insuficiencia renales graves.

Anticolinérgicos. Estos medicamentos se usaron durante muchos años para ayudar a controlar el temblor asociado a la enfermedad de Parkinson. Hay varios medicamentos anticolinérgicos disponibles, como la benztropina (Cogentin) o el trihexifenidilo.

Sin embargo, sus beneficios moderados suelen ser contrarrestados por los efectos secundarios como alteración de la memoria, confusión, alucinaciones, estreñimiento, sequedad en la boca y problemas para orinar.

Amantadina. Los médicos pueden recetar amantadina sola para brindar alivio a corto plazo de los síntomas de la enfermedad de Parkinson leve y en etapa temprana. También puede administrarse junto con el tratamiento de carbidopa-levodopa durante las etapas finales de la enfermedad de Parkinson para controlar los movimientos involuntarios (discinesia) inducidos por la carbidopa-levodopa. Los efectos secundarios pueden comprender manchas moradas en la piel, hinchazón de los tobillos o alucinaciones.

4 Resultados

Estilo de vida y remedios caseros.

Si tienes diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, tendrás que trabajar junto con el médico para encontrar un plan de tratamiento que te brinde el mayor alivio de los síntomas con la menor cantidad posible de efectos secundarios. Algunos cambios en el estilo de vida también pueden facilitar la vida de quien tiene la enfermedad de Parkinson.

Alimentación saludable.

Aunque no se ha probado que un alimento o una combinación de alimentos ayuden a la enfermedad de Parkinson, es posible que algunos alimentos alivien algunos de los síntomas. Por ejemplo, comer alimentos con alto contenido de fibra y beber una cantidad adecuada de líquidos puede prevenir el estreñimiento, que es común en la enfermedad de Parkinson. Una dieta equilibrada también aporta nutrientes, como ácidos grasos omega-3, que pueden ser beneficiosos para las personas con Parkinson.

Ejercicio.

Hacer ejercicio puede aumentar tu fuerza muscular, flexibilidad y equilibrio. El ejercicio también puede mejorar tu bienestar y reducir la depresión o ansiedad.

El médico podría sugerir que trabajes con un fisioterapeuta para aprender un

programa de ejercicios adecuado para ti. También podrías probar ejercicios como caminar, nadar, practicar jardinería, bailar, realizar gimnasia acuática o realizar estiramiento.

La enfermedad de Parkinson puede alterar tu sentido del equilibrio, lo que dificulta que camines con un paso normal. El ejercicio puede mejorar tu equilibrio. Estas recomendaciones también pueden ayudar:

Trata de no moverte demasiado rápido.

Cuando camines, trata de apoyar primero el talón en el suelo.

Si notas que arrastras los pies, detente y controla tu postura. Es mejor pararse derecho.

Cuando camines, mira hacia adelante, no directamente hacia abajo.

Evitar caídas. En las etapas más avanzadas de la enfermedad, puedes caer más fácilmente. De hecho, puedes perder el equilibrio con solo un pequeño empujón o golpe. Las siguientes sugerencias pueden ayudarte:

Haz una vuelta en U en lugar de girar tu cuerpo sobre los pies.

Distribuye tu peso uniformemente entre ambos pies y no te inclines.

Evita cargar cosas mientras caminas.

Evita caminar hacia atrás.

Actividades de la vida cotidiana

Las actividades de la vida cotidiana, como vestirse, comer, bañarse y escribir, pueden ser difíciles para las personas con la enfermedad de Parkinson. Un terapeuta ocupacional puede enseñarte técnicas para facilitarte la vida cotidiana.

Medicina alternativa.

Las terapias de apoyo pueden ayudar a aliviar algunos de los síntomas y complicaciones de la enfermedad de Parkinson, como el dolor, la fatiga y la depresión. Cuando se realizan en combinación con otros tratamientos, estas terapias pueden mejorar tu calidad de vida:

Masajes. La terapia de masaje puede reducir la tensión muscular y promover la relajación. Esta terapia, sin embargo, en pocas ocasiones está cubierta por el seguro de salud.

Tai chi. El tai chi es una antigua forma de ejercicio chino que emplea movimientos lentos y fluidos que pueden mejorar la flexibilidad, el equilibrio y la fuerza muscular. El tai chi también puede ayudar a prevenir caídas. Varias formas de tai chi están diseñadas para personas de cualquier edad o condición física.

Un estudio mostró que el tai chi puede mejorar el equilibrio de las personas con

enfermedad de Parkinson de leve a moderada más que el estiramiento y el entrenamiento de resistencia.

Yoga. En el yoga, los movimientos suaves de estiramiento y las posturas pueden aumentar tu flexibilidad y equilibrio. Puedes modificar la mayoría de las posturas para que se ajusten a tus habilidades físicas.

Técnica Alexander. Esta técnica, que se centra en la postura muscular, el equilibrio y el pensamiento sobre cómo usar los músculos, puede reducir la tensión muscular y el dolor.

Meditación. En la meditación, reflexionas en silencio y enfocas tu mente en una idea o imagen. La meditación puede ayudarte a reducir el estrés y el dolor, y a mejorar tu sensación de bienestar.

Terapia con mascotas. Tener un perro o un gato puede ayudarte a aumentar tu flexibilidad y movimiento, y a mejorar tu salud emocional.

5 Discusión-Conclusión

Estrategias de afrontamiento y apoyo.

El vivir con una enfermedad crónica puede ser difícil y es normal sentir enojo, depresión o desánimo en ocasiones. La enfermedad de Parkinson, en especial, puede ser muy frustrante, ya que caminar, hablar e incluso comer se hacen más difíciles y llevan más tiempo.

Es común la depresión en aquellas personas que tienen la enfermedad de Parkinson. Sin embargo, los medicamentos antidepresivos pueden ayudar a aliviar estos síntomas de depresión; habla con el médico si te sientes triste o sin esperanzas de forma persistente.

Aunque puedes encontrar apoyo entre tus amigos y familiares, la comprensión que viene de personas que saben por lo que estás pasando puede ser de especial utilidad. No todos se benefician con los grupos de apoyo. No obstante, para muchas personas que tienen la enfermedad de Parkinson y sus familias, la participación en un grupo de apoyo puede ser un buen recurso para obtener información práctica sobre la enfermedad de Parkinson.

Además, los grupos te ofrecen un lugar donde encontrar a otras personas que atraviesan situaciones similares y pueden darte apoyo.

Si deseas saber más sobre los grupos de apoyo que hay en tu comunidad, habla

con el médico, un trabajador social especializado en la enfermedad de Parkinson o con personal de enfermería de salud pública de tu área. También puedes comunicarte con Parkinson's Foundation o American Parkinson Disease Association.

Tú y tu familia también se beneficiarán al hablar con un profesional de la salud mental, como un psicólogo o un trabajador social capacitado en el trabajo con personas que tienen enfermedades crónicas.

6 Bibliografía

1. <https://www.mayoclinic.org/>.
2. <https://medlineplus.gov/>
3. <https://espanol.ninds.nih.gov>
4. <https://www.parkinsonmadrid.org>

Capítulo 547

APOYO AL CUIDADOR DE UN PACIENTE DEPENDIENTE

LUZ PEREZ GONZALEZ

ANGELA HERNANDO TEMPRANA

1 Introducción

La persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales se define como cuidador. (1) Estar a cargo de los cuidados de un paciente dependiente, conlleva mucha responsabilidad, estrés, fatiga y alteraciones psicológicas. Un paciente dependiente requiere cuidados especializados, y en la medida que su incapacidad le imposibilite realizar sus tareas habituales. La persona encargada de estos cuidados, cuando se trata de un familiar, se ve afectada por distintos aspectos que cambian sus hábitos de vida y debe sentirse apoyada y respaldada para soportarlo.

2 Objetivos

- Exponer cuáles son las repercusiones que sufre el cuidador y las medidas de apoyo que debe recibir.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de artículos y bibliografía sobre el paciente dependiente, sus necesidades y las consecuencias que sufre el cuidador que lo atiende. Se re-

visan artículos encontrados en buscadores de internet como Google Académico.

4 Resultados

La responsabilidad del sistema sanitario para el cuidado de pacientes dependientes trata de satisfacer las necesidades de salud en el mantenimiento de la capacidad funcional (2). El Consejo de Europa define la dependencia como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar actos corrientes de la vida diaria” (3).

Existen dos figuras de cuidadores, los formales o profesionales, y los informales o no profesionales. Los primeros realizan las tareas de cuidado y asistencia de forma especializada, con capacidades que van más allá del cuidado que tiene cualquiera para sí mismo o para los demás. Los segundos forman parte de la red social del paciente, generalmente un familiar, y asumen la responsabilidad principal de la atención de forma permanente.

La figura del cuidador fuera del ámbito laboral, entendiéndose como tal el personal sanitario, habitualmente lo ocupa un familiar, y tiene un factor de obligación moral (4). El cuidador de un paciente dependiente sufre cargas objetivas y subjetivas al convertirse responsable de dicha tarea. Los cambios que debe realizar el cuidador en sus hábitos de vida normales, que se ven interferidos por el deber de atender a las necesidades del paciente, conforman la carga objetiva. Las reacciones emocionales que la situación le provocan al cuidador son la carga subjetiva de la atención al paciente dependiente. (5)

Habitualmente las cargas que conllevan el cuidado de un paciente dependiente, se ven reflejadas en las actitudes del cuidador, en forma de cambios emocionales, físicos, cambios en la relación cuidador-paciente, deterioro de la vida social, laboral y familiar. Un familiar dependiente supone el deber de realizar esfuerzos, situaciones de estrés y agotamiento. La falta de motivación y de energía para afrontar los cambios que esta situación supone, pueden desencadenar el síndrome del cuidador (6). Las exigencias y obligaciones que presenta cuidar a un familiar dependiente, pueden causar estados de ansiedad y depresión. En estos casos el futuro de la enfermedad es impredecible, creando una sensación de agobio e impotencia ante la incertidumbre. Estos factores deben ser detectados y tratados para no llegar a sufrir el síndrome del cuidador. (7)

Como punto de vista opuesto, se encuentran también escritos que describen que el cuidador cambia lentamente sus hábitos de vida, adaptándose a las necesidades del momento, y viendo como factores positivos el bienestar de su familiar, sintiendo que está bien cuidado. (8)

Algunos estudios encontrados muestran la asociación de la sobrecarga que sufre el cuidador con factores como sexo, tiempo, horas dedicadas al cuidado del paciente, los problemas de salud, el nivel socioeconómico y las creencias religiosas. (9)

Las repercusiones que presenta el cuidador de un paciente dependiente son:

- Estrés personal y emocional, debido a los cambios que sufre el paciente y el propio cuidador.
- La pena como respuesta natural a la incapacidad que se hace visible en el paciente.
- La propia culpa por enfadarse con el paciente, con la situación en general, por sentir que debería estar internado y asistido por profesionales.
- La elevación de los niveles de violencia y agresión ante la imposibilidad de seguir controlando la vida social que se llevaba con anterioridad. La pérdida de habilidad para comunicarse, o falta de empatía social debido a la situación por la que pasa.
- Vergüenza por comportamientos inapropiados en público, de la persona que se encuentra a su cuidado.
- La soledad en la que se encuentran, ya sea real o no. La pérdida de las relaciones sociales poco a poco llevan al cuidador a distanciarse más de sus amistades, y verse sólo.

Según la escala de Zarit, se puede determinar la sobrecarga a la que está expuesto el cuidador. (10)

Se compone de un total de 22 preguntas:

1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que, debido al tiempo que dedica a su familiar, ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?

8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted lo cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

El método de respuesta del cuestionario responderá a la frecuencia con la que el cuidador se identifica con cada pregunta:

- Nunca = 0
- Casi nunca = 1
- A veces = 2
- Bastantes veces = 3
- Casi siempre = 4

En base a este cuestionario la puntuación máxima será de 88 puntos, entendiendo como no sobrecarga inferior a 46 puntos, de 46 a 56 sobrecarga leve y una sobrecarga intensa con puntuación superior a 56. Todas las consecuencias que afectan al cuidador, están relacionadas entre sí, y producen cambios en su vida habitual. Se deben tomar medidas para no entrar en un círculo que lleva de una a otra.

El cuidador debe preocuparse también de cuidarse a uno mismo, de compartir sus problemas y no querer cargar con todo el peso cuando no sea necesario. Debe conocer sus límites, y hasta dónde puede aguantar antes de que la situación le produzca cambios graves como empeoramiento de su propia salud.

Debe saber aceptar la ayuda que le ofrezcan, y pedirla. Apoyarse en la familia y amigos, y en profesionales sanitarios si es preciso.

Mantener sus momentos de descanso, pues un cuidador enfermo y cansado, no podrá seguir con su tarea de cuidado. Llevar una vida social activa dentro de sus posibilidades, con momentos de desconexión del paciente dependiente. Los servicios sociales, los centros de día y los profesionales de ayuda a domicilio, deben ser requeridas sin sentimientos de culpa ni angustia por parte del cuidador. Si la situación llega a agobiar y llevar al límite al cuidador, ni él ni su familiar dependiente saldrán beneficiados.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas de cuidados profesionales que se toman con un paciente dependiente en la actualidad, son las estrictamente necesarias, y en muchas ocasiones insuficientes. El componente económico tiene un valor importante en el tratamiento de los pacientes dependientes, pues no todos pueden permitirse pagar por los cuidados necesarios o el ingreso en un centro permanente. En es punto aparece el componente moral de un familiar que se hace cargo de esas necesidades del paciente dependiente, convirtiéndose en su cuidador. Pero, ¿quién cuida del cuidador? No debe desatenderse la salud física y mental del cuidador, pues en esta situación ya no sólo depende él mismo de su bienestar.

6 Bibliografía

1. Flórez Lozano. Sociedad y salud: riesgos psicopatológicos. Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud. ISSN 0210-9433. Vol, 19, N° 8.
2. Díaz J, Rojas M. Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. Aquichán. 2005; 9(1): 73-92.
3. Consejo Europa. Recomendación N° R (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia; 1998
4. Pinto N, Barrera L, Sánchez B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". Aquichán. 2005; 5(1): 128-137. ISSN 1657-5997.
5. Zarit SH, Bottigi K, Gaugler JE. Stress and caregivers. En: Fink Get et al. editores. Encyclopedia of Stress. 2nd Edition. San Diego, CA: Academic Press; 2007. p. 416- 418.

6. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Cienc. enferm.* 2006; XII(2): 53-62.
7. Lara L, Díaz M, Herrera E, Silveira P. Síndrome del “Cuidador” en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. *Rev Cubana Enferm.* 2001; 17(2): 107-111.
- 8 . Shultz R. Caregiver Burden. *International Encyclopedia of the social & Behavioral Sciences.* 2004: 1476-1479.
9. Ocampo J, Herrera J, Torres P, Rodríguez J, Lobo L, García C. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb. Med.* 2007; 38: 40-46.
10. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res.* 1967;11:213-218.

Capítulo 548

TRANSTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO QUE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEBE CONOCER

ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ

1 Introducción

El fin del aparato digestivo es convertir el alimento en los nutrientes que el organismo necesita para su funcionamiento y para formar, crear o regenerar tejidos. Estos productos resultantes de la degradación avanzan por el aparato digestivo gracias a los movimientos musculares y son absorbidos por el intestino delgado hacia la sangre, desde donde son distribuidos al organismo para su utilización o almacenamiento. Todo esto se lleva a cabo mediante la función motora, la función secretora y la función absorbiva. Vamos a explicar en qué consiste cada una de estas funciones.

Función motora: la motilidad del tubo digestivo tiene como fin conseguir una progresión ordenada del contenido, triturar los alimentos sólidos en el estómago y en el intestino y facilitar la mezcla con los fermentos digestivos asegurando el contacto con la mucosa absorbente. La musculatura que realiza esta función es lisa, excepto en el esófago que es estriada. En zonas estratégicas adopta características anatómicas y/o funcionales que le permiten actuar como esfínteres para controlar la dirección del tránsito y evitar su retroceso.

Función secretora:

- Secreción salival: La saliva está formada entre otros por Mucina (Viscosidad. Acción lubricante); Ptilina o amilasa (Inicia la hidrólisis de almidón y del glucógeno); Lipasa lingual; Lactoferrina; Factor de crecimiento epidérmico; Inmunoglobulinas.
- Secreción gástrica: el jugo gástrico, además de agua, contiene HCl ; Mucus; Factor intrínseco; Pepsinógeno; Lipasa débil tributirasa; Gelatinasa y Ureasa.
- Secreción intestinal: secretan líquido isotónico con el plasma (pH 6.5- 7.4) y algunas enzimas. Glándulas de Brunner (Localizadas en la mucosa del duodeno); Glándulas de Lieberkund (Localizadas en todo el intestino delgado). La regulación de la secreción digestiva se realiza a nivel nervioso y hormonal.

Función absorptiva: excepto parte del agua y de los electrolitos, que son absorbidos en el colon, la mayor parte de la absorción se realiza en el Intestino delgado, fundamentalmente en el yeyuno. Su mucosa está preparada para la absorción con las vellosidades y microvellosidades, que aumentan considerablemente la superficie de absorción.

Signos y síntomas del aparato digestivo:

- Disfagia: dificultad o molestias al tragar Sensación de adherencia u obstrucción del paso del alimento de la boca a través de faringe o esófago Existen dos tipos motora (alteración relacionada con fallos musculares) y mecánica (por bolos alimenticios de gran tamaño, crecimiento tumoral o cualquier causa que produce estrechez de la luz esofágica)
- Dispesia: que se relacionan con la ingestión de alimentos. Comprende todo trastorno de la secreción, motilidad o sensibilidad gástricas que alteran la digestión. Se puede acompañar de náuseas y vómitos, pirosis o ardor, regurgitación, distensión abdominal, eructo, flatulencia, meteorismo, etc.
- Náuseas: sensación subjetiva de la necesidad de vomitar
- Pirois : es consecuencia del reflujo gastroesofágico, una sensación de ardor que sube desde el epigastrio debido al contacto del contenido gástrico con la mucosa esofágica.

Principales alteraciones del aparato digestivo:

Transtornos de la secreción.

- Hipersecreción.
- Hiposecreción.

Trastornos motores.

- Evacuación rápida: ocurrir en la úlcera duodenal y tras las intervenciones quirúrgicas para tratar las úlceras duodenales.
- Evacuación lenta: puede deberse a trastornos no obstructivos pero generalmente se asocia a estenosis pilórica (estrechamiento del piloro)
- Vómitos (emesis): expulsión del contenido gástrico activamente por la boca. Es preciso diferenciarlo de la regurgitación que es el "retorno" sin esfuerzo, de contenido gástrico a la boca, y suele ser frecuente que se produzca durante el decúbito. Según su aspecto, pueden ser: alimenticios, acuosos, biliosos o fecaloides .

Trastornos intestinales.

- Diarrea: aumento de la fluidez, volumen o frecuencia de las deposiciones. Puede ser aguda cuando dura menos de un mes (en un 90 % de origen infeccioso) o crónica cuando dura más de un mes. Puede ser varios tipos: diarrea osmótica : existe un defecto de absorción que provoca que los alimentos retengan agua en el intestino. Ocurre en síndromes de mala absorción. Por Aumento de secreción: en este caso la secreción de líquidos por parte del intestino es superior a la absorción de los mismos. Ocurre en infecciones (como el cólera), en lesiones inflamatorias de la pared intestinal, en los síndromes de mala absorción, etc. Por Aceleración del tránsito: en este caso la velocidad del tránsito intestinal hace que no de tiempo a que se complete la absorción de los principios inmediatos. Ocurre en hiperperistaltismo, en diabetes, y en lesiones inflamatorias del intestino.
- Estreñimiento: caracterizado por heces escasas, duras y poco frecuentes. Al aumentarse el tiempo de contacto de las heces con la mucosa se aumenta la absorción de agua. Normalmente su causa son los malos hábitos alimenticios y de vida, aunque también se relaciona con efectos secundarios de fármacos, o con enfermedades como diverticulitis, neoplasias, hipotiroidismo, etc.

Hemorragias digestivas.

Pérdida de sangre que se origina en cualquier tramo del aparato digestivo, desde el esófago hasta el recto, y dependiendo de su origen, las clasificamos en:

- Hemorragias de vías altas HDA
 - Hematemesis : expulsión de sangre por la boca. La sangre puede ser roja, normalmente, o negra en "posos de café" si ha estado algún tiempo en contacto con el jugo gástrico y por lo general, su expulsión está acompañada de náuseas.
 - Melenas : sangre expulsada por el ano y que procede también de partes altas del tracto digestivo. Son heces negras, brillantes (simulan el alquitrán) y malolientes. Contienen sangre transformada durante su tránsito por el aparato digestivo y que ha sido sometido al efecto de los ácidos. Las causas más frecuentes son: varices

esofágicas, úlcera gástrica o duodenal, esofagitis, etc.

- Hemorragias de vías bajas HDB. Rectorragia: salida de sangre acompañada o no de heces, es de color rojo. Hematoquecia: cuando la sangre está mezclada con las heces, color rojo aframbuesado. Como causa de HDB podemos tener: hemorroides, diverticulosis de colon, cáncer de colon, colitis ulcerosa, etc.

Trastornos hepáticos.

- Ictericia: coloración amarillenta en piel y mucosas debido al aumento de bilirrubina en sangre. Las causas de este aumento son varias: aumento de la destrucción de hematíes, ocurre en las anemias hemolíticas, y la bilirrubina es del tipo no conjugada o indirecta (Ictericia prehepática). Trastorno en su captación por el hepatocito, o por defecto en su conjugación. Trastorno en la eliminación por el hepatocito. Trastorno en la conducción en las vías biliares.

Trastornos biliares.

- Coléctasis: la detención del flujo biliar y regurgitación de los componentes de la bilis a la sangre. La coléctasis extrahepática es la producida a nivel del conducto hepático o el colédoco, y las causas más frecuentes son los cálculos biliares, y los tumores de la cabeza del páncreas. La coléctasis intrahepática se produce en el interior del hígado y las causas más frecuentes son la cirrosis, los virus de las hepatitis, y diversas drogas como el alcohol.

2 Objetivos

- Dar a conocer los principales trastornos digestivos que los técnicos de cuidados deberían tener en cuenta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería editorial MC.GrawHill education, autores Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa.
2. Adams; Libro Higiene del medio hospitalario y de limpieza de material Editorial MC.GrawHill education, autores Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa;todamateria.com.

Capítulo 549

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE SANGRE

MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ

1 Introducción

La sangre es el fluido responsable de distribuir por todo el organismo los nutrientes y el oxígeno necesarios para la actividad celular, además de retirar los desechos y el CO₂ resultantes del metabolismo. Es un tejido líquido que consta de dos fracciones: plasma (líquido) y células sanguíneas.

Según el tipo de análisis requerido, la muestra de sangre del paciente será extraída por métodos diferentes. Existe la toma de muestra de sangre venosa, de muestra de sangre arterial, y muestra de sangre capilar.

1. Muestra de sangre venosa

La toma de muestra la realiza el personal de enfermería. Se realiza para diferentes estudios como son:

- Hemograma: Recuento de las células sanguíneas: eritrocitos, leucocitos y Plaquetas. Requiere sangre total líquida, que no puede coagularse. Tubo con tapón violeta, que contiene anticoagulante EDTA. Se analiza en el laboratorio de Hematología.
- VSG (velocidad de sedimentación globular): Medición de la velocidad con la que precipitan los eritrocitos. El VSG aumenta en casos de inflamación. Requiere san-

gre total líquida, que no puede coagularse. Tubo con tapón negro, que contiene anticoagulante citrato. Se analiza en el laboratorio de Hematología.

- Pruebas de coagulación: Medición del tiempo que tarda en coagularse una muestra sanguínea. Importante en preoperatorios, en control de tratamiento con Sintron. Requiere sangre total líquida, que no puede coagularse. Tubo con tapón azul claro, que contiene anticoagulante citrato. Se analiza en el laboratorio de Hematología.

- Serologías: Determinación de la cantidad de colesterol, glucosa, etc. También hormonas, anticuerpos y marcadores tumorales. Requiere suero, que es el plasma sin los factores de coagulación. Suele contener una gelatina, que hace de barrera entre el suero y las células sanguíneas. Tubo con tapón rojo, sin anticoagulante. Se analiza en el laboratorio de Bioquímica.

- Hemocultivos: Se realizan para proceder al análisis microbiológico de la sangre si hay sospechas de bacteriemia o septicemia. Requiere 3 extracciones espaciadas 15-30 minutos entre sí. Mejor si coinciden con picos febriles. La sangre se inocula en frascos pequeños de hemocultivo con medio líquido. Se analiza en el laboratorio de Microbiología.

Materiales necesarios:

- Guantes desechables.
- Algodón y antiséptico (alcohol 70°, povidona yodada de base alcohólica).
- Tubo de extracción correspondiente.
- Pegatinas identificativas.
- Compresor para el brazo.
- Contenedor rígido de bioseguridad.

Sistemas de extracción:

- Al vacío = Vacutainer.
- Venopunción con palomilla.
- Aguja y jeringa.

2. Muestra de sangre arterial:

La toma de muestra la realiza el personal de enfermería. Se utiliza para realizar gasometrías (determinación de los niveles de gases respiratorios en sangre O₂ y CO₂). Es necesaria para evaluar las enfermedades respiratorias, la efectividad de la oxigenoterapia y el equilibrio ácido-base (pH). La toma de muestra suele realizar en la arteria radial a la altura de la muñeca. Una vez recogida la muestra y tapada la jeringa, se etiqueta y debe llevarse al laboratorio inmediatamente (<15 minutos).

Materiales necesarios:

- Guantes desechables.
- Algodón y antiséptico.
- Contenedor de material punzante etc. (como para la extracción venosa).
- Anestésico local para la zona de la punción: es una punción profunda que puede resultar dolorosa.
- Sistema de extracción con jeringa heparinizada (anticoagulante) y tapón de goma para que no penetre aire, que debe colocarse inmediatamente tras la extracción.

En este tipo de extracción no se utiliza compresor, ya que la sangre fluye desde el corazón.

3. Muestra de sangre capilar

La toma de muestra es competencia del personal de enfermería. Se suele tomar sangre de:

- Calcaño del talón (niños <4 años).
- Lóbulo de la oreja.
- Pulpejo del dedo de la mano.

Se puede utilizar para estudios que requieren poca sangre:

- Determinaciones sencillas de glucemia, colesterol, etc.
- Recién nacido: hipotiroidismo, fenilcetonuria.

Materiales:

- Guantes desechables.
- Algodón y antiséptico.
- Apósitos o tiritas.
- Dispositivo de punción: lancetas y dispositivos de punción capilar.
- Dispositivo de recogida de la muestra: portaobjetos, tiras reactivas, tubos capilares.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Preparar al paciente y todo el material necesario.

Objetivos secundarios:

- Ayudar durante el procedimiento de obtención de la muestra.
- Recoger todo el material.

- Acomodar al paciente tras la toma de muestras.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Laboratorioslarrasa.com
- Libro técnicas básicas de enfermería editorial MC.GrawHill education, autores Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa.
- Libro para oposición Adams.
- Libro Higiene del medio hospitalario y de limpieza de material Editorial MC.GrawHill education, autores Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa.

Capítulo 550

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE PERSONAL EN EL AMBITO SANITARIO

PAULA GARCIA MIRANDA

LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ

DAVID MARTÍNEZ NIETO

LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ

1 Introducción

La higiene personal es importante en cualquier ámbito de la vida pero en un centro sanitario más si cabe. La higiene personal no sólo es sinónimo de limpieza sino también de salud. Los hábitos de higiene son los que nos permiten vivir con buena salud y mantener una mejor calidad de vida.

Una higiene deficiente puede traer consecuencias graves a la salud ya que puede causar un sin número de enfermedades, debido a la transmisión de gérmenes. Según El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), diariamente mueren en el mundo 1,400 niños debido a enfermedades diarreicas, causadas por la falta de agua potable, saneamiento e higiene.

Por otro lado, hábitos tan cotidianos como lavarse las manos entre cada paciente, lavarse los dientes, bañarse cada día, cortarse las uñas y llevarlas limpias (sin esmaltes), aspecto aseado, evitar maquillajes, pelo recogido... son hábitos de

higiene personal básicos que debería seguir todo el personal sanitario. Así como llevar una ropa (uniforme) limpia y planchada. Todo esto permite al personal sanitario tener una buena imagen personal e intentar evitar la transmisión de gérmenes a los pacientes.

El tener una mala imagen personal puede causar un rechazo por parte de los pacientes y al contrario, el tener una buena imagen ante los pacientes va a permitir una mejor comunicación entre ambos, dado que el paciente no va a crear ningún prejuicio del personal sanitario. Por consiguiente, el tener una buena comunicación entre personal sanitario y paciente va a ayudar en la asistencia sanitaria y será de mejor calidad.

En los centros sanitarios es muy importante intentar minimizar el número de contagios de enfermedades, para ello existen ciertos criterios importantes que deben seguir todos los profesionales sanitarios:

- Lavarse las manos con frecuencia, sobre todo, después de haber estado en contacto con los pacientes, al entrar y al terminar la jornada de trabajo, con jabones antisépticos.
- Evitar el contacto de ropas sucias del paciente con nuestro uniforme porque se contaminaría nuestra ropa y podríamos transmitir los gérmenes a otro paciente y a nosotros mismos. En caso de que se ensuciase el uniforme, se cambiaría inmediatamente.
- Usar guantes, mascarillas, gorros y batas siempre que sea necesario.
- Evitar llevar joyas (relojes, pulseras, anillos...) dado que se pueden convertir en fómites y ser el foco de infección.
- Tener una buena higiene personal.

Como conclusión puedo decir que una buena higiene personal en el ámbito sanitario conlleva a mejorar la calidad en la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

- Concienciar al personal sanitario de la importancia de la higiene personal.
- Intentar minimizar el número de contagios de enfermedades.
- Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Consulta bibliográfica en las bases de datos Pubmed y Cuiden sobre hábitos higiénicos.

4 Bibliografía

- Artículos publicados en la base de datos Pubmed y Cuiden.

Capítulo 551

DIÁLISIS PERITONEAL

NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Diálisis Peritoneal (DP) es una de las opciones para el tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC), se utiliza el peritoneo, membrana que recubre los órganos del abdomen, como filtro para limpiar la sangre. Para ello es necesario introducir en el abdomen un líquido que se cambia regularmente. Existen dos tipos de diálisis peritoneal: diálisis peritoneal continua ambulatoria y diálisis peritoneal automática, en esta última el procedimiento es manual mientras que en la primera se realiza con la ayuda de una máquina portátil que efectúa el tratamiento automáticamente durante todas las noches.

2 Objetivos

Describir la técnica de diálisis peritoneal junto a sus indicaciones a través de un caso clínico real.

3 Caso clínico

Paciente de 38 años pluripatológico que acude a consulta de nefrología donde recibe controles por IRC. Dado el estado avanzado de su IRC se le propone comenzar tratamiento con DP domiciliaria, puesto que reúne los requisitos necesarios para desempeñar dicha técnica. Se le explica al paciente la técnica, que consiste en la introducción de líquido en el abdomen y para ello es necesario

implantar un catéter en la cavidad peritoneal (intraabdominal) mediante una intervención quirúrgica en régimen de cirugía ambulatoria. Parte de ese catéter permanece fuera del abdomen y se conecta a las bolsas de solución limpiadora cerrándose después el tapón y quedando el catéter oculto bajo la ropa.

4 Resultados

En la DP es muy importante seguir las instrucciones de la técnica, mantener los cuidados del aprendizaje y una adecuada higiene que incluye un correcto lavado de manos.

En cuanto a la dieta que deben de seguir los pacientes en tratamiento de DP es similar a la dieta basal de un paciente sano, siendo fundamental una ingesta alta de proteínas que serían sobre todo de origen animal (carne, pescado, leche y huevos), ya que se pierden proteínas con el líquido drenado.

Es importante prevenir la obesidad, moderando el consumo de alimentos ricos en azúcares y grasas.

5 Discusión-Conclusión

En la Diálisis Peritoneal habría que destacar la vigilancia del orificio de salida del catéter, en caso de existir signos de enrojecimiento, dolor, inflamación o sangrado, habría que ponerse en contacto con el equipo de salud. También habría que acudir al centro de salud si apareciera fiebre, dolor abdominal o el líquido drenado fuese turbio, pues podría ser un signo de infección. Es imprescindible mantener una adecuada higiene y manipulación de la técnica, tomar la medicación de manera correcta según pauta del nefrólogo. Durante el tratamiento de DP está desaconsejado el embarazo.

6 Bibliografía

-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

-<https://www.scielo.org/es/>

-<https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 552

SÍNDROME VERTIGINOSO, UN TRASTORNO CADA VEZ MÁS COMUN

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

RAQUEL GRANDA PÉREZ

CASTORA CAMPA GARCÍA

1 Introducción

El vértigo o síndrome vertiginoso es la sensación subjetiva de movimiento o giro de uno mismo o del entorno sin que sea real. Suele ir acompañado de náuseas, mareos, sensación de desmayo.

2 Objetivos

Conocer los síntomas de vértigo sus causas y tratamiento del mismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Algunos de los síntomas son:

- Náuseas.
- Sensación de desmayo.
- Sensación de giro de uno mismo o de su entorno.
- Zumbido de oídos.
- Pérdida de equilibrio.
- Visión doble.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de esta enfermedad pasan por consejos higiénicos además de la farmacología. Usar tapones al nadar, evitar ruidos fuertes, no introducir objetos en los oídos son algunas de las cosas que pueden ayudar. El tratamiento farmacológico es con antieméticos, vasodilatadores cerebrales y los fármacos anticalcicos.

6 Bibliografía

- Guía de actuación clínica en AP. Autores: Salvador Pertusa Martínez. Médico de familia. Juan Gomez Ferraz médico residente de medicina familiar. Herminio Pérez Garrigues médico especialista en ORL en Hospital Universitario de la Fe.
- Guías Clínicas. Enfermedad de Meniere disponible en <http://www.fisterra.com>.

Capítulo 553

PROBLEMAS AUDITIVOS EN LA TERCERA EDAD

MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN

MAR VALDES RODRIGUEZ

1 Introducción

Fisiología del oído.

El oído es el órgano de la audición y el equilibrio. El oído externo esta formado:

- Pabellón auricular. Parte externa del oído.
- Conducto auditivo externo. Conducto que une el oído externo al oído interno.
- El tímpano. Es la membrana separa el oído externo del oído medio.

El oído medio esta constituido por unos huesecillos que transmiten las ondas sonoras, al oído interno, estos son:

- Martillo.
- Yunque.
- Estribo.

La trompa de Eustaquio, es el conducto que une el oído medio con la parte de atrás de la nariz, ayuda a equilibrar la presión del oído medio. Se necesita una presión equilibrada para obtener una transferencia adecuada de ondas sonoras. La trompa de Eustaquio esta recubierta por mucosa.

El oído interno, formado por:

- La cóclea (que incluye los nervios de la audición).
- El vestíbulo (que incluye receptores para el equilibrio).

- Los conductos semicirculares (que igual que los anteriores contienen receptores para el equilibrio).

Se comienza a oír en el oído externo, cuando en el exterior del oído se produce un sonido, las ondas sonoras, viajan hasta el conducto auditivo externo y golpean el tímpano que vibra. Esas vibraciones pasan al oído medio, donde los huesecillos amplifican el sonido y transmiten las ondas sonoras al oído interno, una vez en el oído interno, se transforman en impulsos eléctricos, que el nervio auditivo envía al cerebro. El cerebro transforma los impulsos en sonido.

Causas de la Sordera.

Las causas de pérdida de audición y sordera se pueden dividir en congénitas y adquiridas. Las causas congénitas pueden ser hereditarias o no, o simplemente complicaciones durante el embarazo y el parto, que puede ser en el momento del parto, o poco después. Entre ellas:

- Rubéola materna, sífilis u otras infecciones durante el embarazo.
- Bajo peso al nacer.
- Falta de oxígeno en el momento del parto.
- Uso inadecuado de ciertos medicamentos como amino glucósidos, medicamentos citotóxicos, antipalúdicos y diuréticos.
- Ictericia grave durante el período neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo, del recién nacido.

Las causas adquiridas, pueden provocar la pérdida de audición a cualquier edad.

- Algunas enfermedades infecciosas como la meningitis, el sarampión y la parotiditis.
- La infección crónica del oído.
- La presencia de líquido en el oído (otitis media).
- El uso de algunos medicamentos.
- Los traumatismos craneoencefálicos o de los oídos.
- La exposición al ruido excesivo.
- El envejecimiento, en concreto la degeneración de las células sensoriales.
- La obstrucción del conducto auditivo producida por cerumen o cuerpos extraños.

Factores de riesgo para la sordera:

- La edad: Las estructuras internas del oído se van deteriorando.
- Exposición a ruidos fuertes: Realizar trabajos sin la protección adecuada, música a un volumen excesivo.
- Hereditarios.

- Algunos medicamentos: algunos antibióticos de la familia de los amino glucósidos.
- Algunas enfermedades, como la meningitis y el sarampión, producen fiebres altas que pueden dañar las células de la coclea.

El estudio de la audición se realiza mediante pruebas subjetivas y objetivas que aportan datos en relación a si existe o no una alteración auditiva, y en caso afirmativo, de qué tipo es, de qué grado y qué tratamiento requiere.

Pruebas subjetivas.

Acumetría: Utiliza diapasones para realizar las pruebas de la audición. Las más utilizadas:

- Prueba de Rinne.
- Prueba de Weber.

Audiometría : Utiliza medios electrónicos, el instrumento utilizado es el audiómetro, es un aparato necesario para el estudio de la audición. Más utilizadas:

- Audiometría tonal. Permite cuantificar el nivel de agudeza auditiva del paciente y localizar la lesión.
- Logoaudiometría. Utiliza listas de palabras bisilábicas en lugar de tonos puros para evaluar la calidad de la audición residual.

Pruebas objetivas. No requieren la colaboración del paciente y pueden ser realizadas desde el nacimiento:

- Otoemisiones acústicas.
- Impedanciometría.
- Potenciales Evocados Auditivos de Tronco Cerebral.
- Potenciales Evocados Auditivos de Estado Estable.

Deterioro auditivo en las personas mayores.

Cifras de la OMS estiman que 360 millones de personas en el mundo viven con hipoacusia que les genera algún tipo de discapacidad, siendo el 91% de estos casos en adultos y 56% en hombres. Esto representa el 5.3% de la población mundial. Sin embargo, se estima que hasta el 15% de la población adulta del mundo tiene hipoacusia en cualquier rango, lo que se eleva a un tercio de la población mayor de 65 años. El porcentaje de crecimiento en el número de personas de 65 años o más será de entre 18% a 50% en el período 2010-2020 en todas las regiones del mundo.

Por pérdida de audición discapacitante se entiende una pérdida de audición su-

perior a 40 dB en el oído con mejor audición en los adultos y superior a 30 dB para los niños. El rango de frecuencia crítica de la conversación es audible entre las frecuencias 0.5 a 4KHz¹¹, y se estima que después de los 60 años de edad, la audición disminuye en promedio 1 dB por año, con una mayor pérdida observada en hombres que en mujeres.

La pérdida auditiva es una pérdida gradual de la capacidad para oír. Es uno de los problemas de salud más general que afecta a las personas mayores, aproximadamente una de cada tres personas de 65 a 74 años tiene algún nivel de pérdida de audición y casi la mitad de las personas mayores de 75 años y más tienen problemas para oír.

Llegando hacia el otro término de la vida, la alteración sensorial más normal observada en la población de adultos mayores es la pérdida de la audición relacionada al envejecimiento, o prebiacusia. La presbiacusia puede ser definida como el conjunto de cambios de las estructuras auditivas centrales y periféricas relacionados al proceso de envejecimiento. Dentro de las causas de hipoacusia en adultos mayores se encuentra la presbiacusia, así como otras causas, como otitis media crónica, otoesclerosis, hipoacusia por exposición a ruidos e hipoacusias genéticas, entre otras. Se considera que la presbiacusia es un fenómeno biológico del que ninguna persona puede escapar, comenzando alrededor de los 20 a 30 años de edad y dando sus primeras manifestaciones a los 50 a 60 años de edad. Por este motivo, podría ser considerada como algo natural que aumenta su predominio con la edad.

Hipoacusia es una de las categorías crónicas más común en los adultos mayores, con valores que oscilan entre 25 y 40% en los mayores de 65 años, que se va aumentando con la edad. Esta discapacidad produce además déficit cognitivo, disminución en la calidad de vida, y bajo estado de ánimo en quienes lo sufren. El 90% de las hipoacusias en mayores de 65 años es de tipo neurosensorial, producto de cambios asociados a la edad. Dentro de otros factores, también se encuentran, las enfermedades infecciosas de oído medio e interno; exposición a ruido.

La hipoacusia en adultos mayores se asocia relevantemente a dificultades en la comunicación, disminución de la actividad social, alteraciones emocionales, mayor riesgo de depresión, menor capacidad para su propio autocuidado, deterioro cognitivo y alteraciones en la memoria.

Varios tipos de Hipoacusia. Podemos encontrar varios tipos de hipoacusia según donde se localice la lesión:

- La hipoacusia conductiva: Se produce cuando algo impide que las ondas sonoras penetren en el oído interno a través del oído externo y medio. Puede padecer la hipoacusia conductiva tapándose el oído, es casi lo mismo.

Causas:

- Problemas como infecciones del oído medio (otitis media).
- Tumores benignos (colesteatomas).
- Tímpanos perforados, traumatismos y malformaciones del oído medio y externo.
- Acúmulo de líquido o crecimiento anómalo del hueso, que puede llegar a una hipoacusia temporal o permanente.

Síntomas: el habla tiende a sonar comprensible, pero cuando el volumen es lo suficientemente alto y no hay mucho ruido de fondo. Los audífonos normales ayudan, pero a veces no es bastante. Soluciones: audífonos.

- Aumentan la señal acústica para obligar al sonido a pasar a través del oído medio bloqueado.
- Si la pérdida auditiva es avanzada las prótesis auditivas no suelen ser la mejor solución.

Hipoacusia neurosensorial: el término hipoacusia neurosensorial, expone dos problemas diferentes: pérdida sensorial que afecta al oído interno y pérdida neural que afecta al nervio auditivo. Esta hipoacusia, puede ser causada por un problema en la cóclea, o en el nervio auditivo. Las causas de la hipoacusia neurosensorial son varias, pero normalmente, se pueden clasificar en dos categorías: congénita y adquirida.

Hipoacusia congénita: presente desde el nacimiento y puede ser heredada o estar causada por un desarrollo anormal en las etapas de gestación del feto.

Hipoacusia adquirida: después del nacimiento, puede estar causada por numerosos factores. Entre ellos:

- Traumatismos.
- Presbiacusia (pérdida de audición a medida que se envejece).
- Exposición crónica a ruidos fuertes.
- Síndrome de Meniere y meningitis.
- Medicamentos ototóxicos (que dañan el oído, aunque puedan ser necesarios para tratar algunas enfermedades graves).
- Un tumor en el nervio auditivo.

Cuando se padece en ambos oídos, se tiene problemas para entender el habla, incluso cuando ésta suficientemente alta para entenderla. Si la lesión se encuentra en un solo oído, se puede tener dificultad para situar de donde vienen los sonidos o para oír con ruido de fondo. El tratamiento de la hipoacusia neurosensorial depende de su afectación y si se padece en uno o en ambos oídos. Los audífonos pueden ayudar a la mayoría de las personas que padecen hipoacusia neurosensorial de leve a moderada en un oído o ambos oídos. Estos, aumentan el sonido para que suenen más alto ,pero no por ello más claro. Si el oído interno presenta daños graves, el sonido puede sonar distorsionado.

Hipoacusia mixta.

Es una variación de hipoacusia conductiva e hipoacusia neurosensorial, lo que motiva,daños tanto en el oído externo o medio como en el oído interno. Para las personas con hipoacusia mixta, los sonidos pueden ser a la vez más bajos de volumen y además más difíciles de entender. Esta hipoacusia es una mezcla de lesión conductiva en el oído externo o medio y de lesión neurosensorial en el oído interno (cóclea) o en el nervio auditivo. Las causas se darán dependiendo del grado de la hipoacusia conductiva y la hipoacusia neurosensorial. Los fallos de nacimiento, las enfermedades, infecciones, tumores o masas y lesiones en la cabeza pueden provocar hipoacusia, tanto conductiva como neurosensorial.

- Factores genéticos.
- Sobreexposición a ruido alto.
- Envejecimiento.

Si la hipoacusia es mayoritariamente conductiva, el habla suele sonar inteligible, pero solo cuando el volumen es lo suficientemente alto y no hay demasiado ruido de fondo. Si la mayoritariamente neurosensorial, hipoacusia es puede ser complicado entender el habla, aún incluso, cuando el volumen suficiente alto. Dependiendo de los grados y la composición de la hipoacusia mixta, puede tratarse con medicación, cirugía, prótesis auditivas o un sistema auditivo implantable de conducción ósea. Los audífonos tienen que equilibrar tanto los elementos conductivos como los neurosensoriales.

2 Objetivos

- Detallar las causas que pueden llegar a desencadenar una hipoacusia a cualquier edad.
- Describir la incidencia de hipoacusia a partir de estudios de población.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Pumbed, Elsevier, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha valorado diferentes estudios que miden el riesgo de padecer la enfermedad a cierta edad. Examinando sujetos mayores de 65 años y viendo su incidencia en ambos sexos. En un porcentaje de población se realizó el estudio de una parte que demostraba más incidencia y hemos excluido a otros por su escasa relevancia, desechando dicho muestreo. Palabras claves: hipoacusia; adulto mayor; presbiacusia; discapacidad auditiva; tercera edad; envejecimiento

4 Resultados

La hipoacusia en pacientes con edades entre 65 y 79 años (67,2%) y del sexo masculino fue el más afectado con esta discapacidad (69,5%). La hipoacusia en el anciano se une con frecuencia a otras afecciones crónicas como las enfermedades cardiovasculares. La presbiacusia o hipoacusia asociada a la edad fue la causa más frecuente de sordera. Las posibles causas de hipoacusia en el anciano son variadas. La presbiacusia o hipoacusia asociada a la edad fue la causa más frecuente de sordera (51,1%); siguió en orden de frecuencia el tapón de cerumen que produjo una sordera de conducción, pero que se encontró también como causa de empeoramiento de la presbiacusia y produjo una hipoacusia mixta. La hipoacusia ocupa el tercer lugar entre las patologías que involucran años de vida con discapacidad. El tratamiento habitualmente utilizado es la colocación de audífonos.

5 Discusión-Conclusión

La hipoacusia resultó ser una minusvalía frecuente en los pacientes masculinos de la tercera edad. La misma estuvo asociada a enfermedades crónicas no transmisibles. Las pérdidas auditivas neurosensoriales y mixtas, de moderada y severa intensidad, fueron las más frecuentemente encontradas en la audiometría tonal.

Se asocia la hipoacusia a varias enfermedades crónicas no transmisibles con el grado de hipoacusia, principalmente las enfermedades vasculares las cuales hicieron que los pacientes presentaran pérdidas moderadas y severas; esto se

debe a los cambios que estas enfermedades, se producen a nivel de la microcirculación y el órgano de Corti variando la circulación y el aporte de oxígeno por afección de pequeños vasos, que como consecuencia, se producen la aparición de placas de ateromas y un aumento de la viscosidad de la sangre, por aumento de los lípidos en sangre y, por tanto, oclusión de los vasos cocleares.

La causa más común de hipoacusia en personas de 65 años es la presbiacusia, que es un diagnóstico de exclusión y no es más que la hipoacusia asociada a la edad, además del proceso intrínseco causado por el envejecimiento, generalmente es bilateral y simétrica y en 90% neurosensorial. Le sigue en orden de frecuencia el tapón de cerumen que puede encontrarse en 30% de los adultos mayores con pérdida auditiva, produce una sordera de conducción y en muchas ocasiones es causa de empeoramiento de la presbiacusia y produce en los pacientes una hipoacusia mixta, las otitis medias tanto agudas como crónicas, el trauma acústico, la ototoxicidad y los tumores.

6 Bibliografía

- Características clínico-epidemiológicas de pacientes ancianos con hipoacusia.
- Clinical and epidemiological characteristics of elderly patients with hearing loss treated :Carmen Toledo Valdés,Ana Rosa Pacheco Macías, Teresa Pérez García,Pedro Javier Contreras Álvarez,Luis Hernández Armstrong.
- <https://escucharahoraysiempre.com/>
- <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.11.003>.
- <https://www.stanfordchildrens.org/>

Capítulo 554

EL ROL DEL TCAE COMO APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE

MARIA SAGRARIO GARCÍA AVELLO

1 Introducción

Cualquier persona que haya tenido contacto con el mundo sanitario entiende y sabe lo importante que es los pacientes, encontrar el apoyo psicológico necesario para sobrellevar una situación para la que no se está preparado.

Ver en los profesionales una figura de apoyo , una persona en la que confiar , es reconfortante tanto para el paciente como para las personas allegadas.

2 Objetivos

- Prestar apoyo emocional en función de las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta la individualidad de cada uno y la fase en la que se encuentran y para ello facilitar de los medios y formación necesaria a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. por parte de los responsables sanitarios.

3 Metodología

El psicólogo Jose Luis Pinillas, premio Príncipe de Asturias, y uno de los psicólogos españoles más prestigiosos, ha dicho: "Uno de los campos más complejos por no decir confusos de la psicología actual es el de la personalidad humana" (Andrés, 2001). Por tanto, es evidente que es complicado y complejo abordar dicho tema cuando además se añaden situaciones tan difíciles como es afrontar la enfermedad propia o de seres queridos.

Para los profesionales que tratan estas situaciones en su día a día, es un ejercicio de profesionalidad que hay que unir al hecho de que tratan con personas, y no hay dos personas iguales. Cada uno de los pacientes es único y está en una etapa, puede ser un adulto, un joven o un niño, y esto es un reto más para los profesionales.

El proceso de enfermar lleva asociado diversas experiencias como son la regresión, la inculcación, la evasión, el desarraigo o la negación de la realidad. Psicológicamente también están las experiencias como la entrega a la enfermedad, o el hipocondríaco en el que los temores aumentan, el ganancial que vive su enfermedad obteniendo una liberación de responsabilidades y una ayuda externa, estos son solo algunas de las experiencias, pero es fácil darse cuenta de lo complejo que es ayudar.

4 Resultados

Hoy en día es normal que los usuarios de la sanidad se hayan informado sobre diversos aspectos de la enfermedad y todo lo relativo a tratamientos, instalaciones, esta información está disponible y los profesionales deben estar a la altura de estas circunstancias y preparados para ayudar a los pacientes y sus familias.

5 Discusión-Conclusión

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el profesional sanitario que mantiene una relación más estrecha con el paciente y sus allegados, por lo que dotar a estos profesionales con las herramientas y conocimientos para que desarrollen sus funciones de la manera más adecuada posible y en un ambiente que resulte cálido y humano para el paciente es un objetivo que se debe perseguir.

6 Bibliografía

1. José Luis Pinillas (Andrés, 2001).
2. M. Peiró Comunicaciones Area3: Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. II Congreso de las Organizaciones, II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
3. Medline Plus.

Capítulo 555

EL TCAE EN EL EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA MERCEDES SANTOS LAURES

LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ

1 Introducción

Urgencia sanitaria es la aparición inesperada o imprevista de algún problema de salud que requiere una atención lo más rápida posible. El trabajo en el servicio de urgencias se realiza en equipo, debe estar bien coordinado y cada profesional debe conocer las funciones que tiene que desarrollar. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), junto a médicos y enfermeros componen el equipo que atiende a los pacientes hasta su alta o los traslada a la unidad que les corresponde con la ayuda de los celadores en algunas de las tareas. El TCAE tiene funciones muy diferentes y extensas dependiendo del servicio donde desempeña su trabajo. En el servicio de urgencias nos encontramos con patologías de todo tipo y con pacientes de todas las edades, por lo que pondremos en práctica todos los conocimientos adquiridos.

2 Objetivos

Conocer las funciones del TCAE en el servicio de urgencias para ofrecer unos cuidados adecuados al paciente .

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TCAE recibe al paciente una vez que ha pasado por admisión y triaje, le identifica y le ayuda en caso que fuese necesario desvestirse o realizar otras actividades que no pueda realizar el paciente, como por ejemplo ir al aseo. Además analiza si el paciente es autónomo, continente y su grado de dependencia para saber qué nivel de ayuda necesita. En caso de identificar lesiones en la piel como úlceras por presión, lo comunicará al equipo de enfermería. Otra de las funciones del TCAE es supervisar el alta y traslado de cada paciente ayudándole si fuese necesario a recoger sus cosas de la habitación y dejarla preparada para el próximo paciente. Es importante estar en constante comunicación con el equipo de enfermería participando de forma conjunta en el plan de cuidados del paciente. Siempre tiene que estar preparado para actuar junto con el resto del equipo ante cualquier complicación que pueda surgir . Hay que ser cercano demostrar confianza y seguridad y sobre todo tranquilidad.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en el servicio de urgencias tiene que estar preparado para trabajar en equipo, transmitir seguridad y confianza al enfermo que llega con patologías urgentes, ya que es necesario en muchas ocasiones una actuación eficaz y rápida. Sería fundamental unificar los criterios y protocolos para facilitar el aprendizaje y agilizar la estancia del paciente.

6 Bibliografía

Importancia del Tcae en el Servicio de urgencia . Revista médica electrónica de Portales médicos 2013.

Capítulo 556

EL ICTUS EN PACIENTES JÓVENES ADULTOS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ

MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ

SONIA HUERTA COTO

1 Introducción

El ictus también llamado comúnmente accidente cerebrovascular (ACV), es un trastorno de la circulación cerebral que va a provocar una lesión en el cerebro y como consecuencia de esa lesión se producirán una serie de síntomas muy variados e incapacitantes.

Hablamos de ictus en pacientes jóvenes adultos cuando se presenta en menores de 45 años a 55 años. En España es un suceso poco frecuente aunque en los últimos años los casos de ACV en este tipo de pacientes han aumentado considerablemente con consecuencias devastadoras para el paciente como para su familia.

2 Objetivos

Definir las posibles causas y consecuencias de los accidentes cerebro vasculares en personas jóvenes adultas.

3 Metodología

Realización de una revisión bibliográfica basada en la literatura científica reciente. Para esto, será realizada una búsqueda en PubMed incluyendo artículos en inglés o español, publicados desde el año 2013, disponibles en internet en su versión a texto de completo.

4 Resultados

De los artículos revisados podemos deducir que las principales causas que provocan este incremento de casos en pacientes jóvenes adultos se debe en su mayoría a un mal control de los factores de riesgo vasculares , asociados a unos malos hábitos de vida, como es el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol , la obesidad , el tabaquismo, etc. También a l desconocimiento de sus signos y síntomas en la población en general y la falsa creencia de asociar esta enfermedad solo a personas de edad avanzada.

Por otro lado las consecuencias que conlleva un ictus en una persona joven en edad laboral son mucho mayores que en una persona anciana , ya que cualquier secuela va a condicionar su vida futura pero también la de su familia. Y si al final el paciente no puede volver a trabajar los costes sociales acabarán repercutiendo en la sociedad dado la gran cantidad de años de vida que le quedarán por delante no siendo productivo.

5 Discusión-Conclusión

No obstante podemos concluir que la prevención del ictus es posible si tenemos un control de los factores de riesgo, en especial de la HTA y la corrección de los hábitos de vida.

6 Bibliografía

1. Díaz-Guzmán J, Egado-Herrero JA, Gabriel-Sánchez R, Barberá G, Fuentes B, Fernández Pérez C et al. Incidencia del Ictus en España. Bases metodológicas el estudio IBERICTUS. Revista Neurología.2013;47(12):617-623.
2. Acha O, Hernández JL, Penado S, Cano M y Riancho JA. Factores de riesgo e ictus en pacientes de diferentes edades. Revista clínica. 2016; 203(4):189-92.

3. González- Gómez FJ, Pérez -Torre P, Tiberio G y Martell N. Control de los de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. Medicina Clínica.2014;136(8):329-335.

Capítulo 557

ENFERMEDADES PREVALENTES DURANTE LA EDAD PEDIÁTRICA.

MARÍA DE LOS ÁNGELES PELÁEZ ÁLVAREZ

LAURA MONTESERIN FERNANDEZ

ALEJANDRA ÁLVAREZ DIAZ

JOANA ÁLVAREZ DÍAZ

1 Introducción

Hay ciertas enfermedades que prevalecen durante la edad pediátrica, a pesar de que los avances en medicina han disminuido el número de enfermedades persistentes, así como la duración del cuadro clínico de estas.

Dichas enfermedades, que se dan con mucha frecuencia en los niños debido a que su sistema inmunológico se encuentra en desarrollo, pueden ser tanto de origen vírico como bacteriano. Además se caracterizan por su alto índice de contagiosidad.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las enfermedades que se dan con mayor frecuencia en la edad pediátrica, así como sus síntomas más característicos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos. La fuente de información principal fue SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria) mediante la introducción de las palabras clave: pediatría; enfermedades frecuentes; prevalencia.

4 Resultados

Dentro de las patologías de origen vírico se hayan las exantemáticas, como la varicela (Virus-zoster), la rubeola (Togavirus) o el sarampión (Paramixovirus), y algunas no exantemáticas, como la Rinofaringitis. En cuento a las patologías de causa bacteriana se encuentran, por ejemplo, la amigdalitis aguda, la otitis o la infección urinaria (E. Coli).

El contagio de dichas enfermedades se produce por contacto y, en muchos de los casos, por secreciones respiratorias. El alto índice de contagiosidad en edades tempranas coincide con la iniciación del periodo escolar o el ingreso en las guarderías.

El curso clínico de estas enfermedades es muy variado y se presentan con diversos síntomas que en ocasiones precisan de atención médica y, en ciertos casos, de hospitalización. Algunos de dichos síntomas serían los siguientes:

La varicela se caracteriza por aparición temprana de pápulas que dan paso a unas pequeñas vesículas rellenas de líquido que al drenarse se cubren de costra. También puede ocasionar fiebre alta y prurito, que ocasiona grandes molestias en los niños, los cuales no pueden evitar rascarse.

El eritema infeccioso también es una enfermedad exantemática frecuente. Se caracteriza por el enrojecimiento de la piel, aunque no suele ir acompañado de fiebre. El sarampión se presenta con unas pápulas rojas y elevadas que ocasionan prurito. También ocasiona malestar general, fiebre y tos.

La rubeola también se presenta con una serie de lesiones rosadas que no ocasionan prurito. Uno de los síntomas característicos de dicha patología es la inflamación de los ganglios linfáticos.

La parotiditis es la inflamación de una o de las dos glándulas parótidas. Dicha enfermedad puede ir acompañada de fiebre y dolor de cabeza o garganta.

Otra enfermedad vírica de gran frecuencia es la rinofaringitis. La congestión

nasal, la fiebre, la tos y la rinorrea son síntomas característicos de dicha patología. También la amigdalitis aguda se presenta con estos síntomas, aunque se trata de una enfermedad de origen bacteriano y también se caracteriza por el enrojecimiento de la garganta, por la presencia de pus en las amígdalas, y la aparición de fiebre alta.

Una enfermedad que ocasiona mucho dolor en los niños es la otitis, que puede ser bilateral o afectar solo a un oído. Se da con frecuencia en niños de menos de tres años y se caracteriza por dolor en el oído afectado y fiebre.

Las enfermedades gastrointestinales, como la giardiasis son muy frecuentes en niños menores de cinco años debido al contagio en las guarderías. La diarrea es su síntoma más característico, aunque también pueden aparecer náuseas, fiebre baja y falta de apetito.

Por último, la cistitis también es una infección muy común en niños de edad temprana. Se presenta con sensación continua de ganas de ir al baño y escozor al orinar.

5 Discusión-Conclusión

Hay diversas enfermedades que se suelen dar con frecuencia en niños de edad temprana, aunque sus síntomas se pueden paliar de forma efectiva y se puede acortar con eficiencia el cuadro clínico de estas evitando, así complicaciones de mayor gravedad. Dichas patologías se presentan, en muchos casos, con síntomas similares, como malestar general o fiebre, aunque cada una de ellas presenta síntomas característicos que permiten llevar a cabo un diagnóstico eficaz y temprano. Debido al sistema inmunitario en desarrollo en la edad pediátrica y la iniciación en la guardería y en el periodo escolar, es frecuente el contagio. Sin embargo, la creación de anticuerpos por parte del niño hace que el índice de aparición de estas enfermedades disminuya acorde el niño va creciendo.

6 Bibliografía

1. SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria). 'Patologías y problemas prevalentes en el niño'.
2. Etapa Infantil. 'Las diez enfermedades infantiles más comunes'.
3. AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria). Al cuidado de la infancia y la adolescencia.'Grupo de Patología Infecciosa'.

Capítulo 558

LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

ELISA VALLINA GONZÁLEZ

ESPERANZA VELASCO CAMPA

1 Introducción

La vejez, como última etapa de la vida humana, atrae hacia sí elementos negativos y tristes, lo que la convierte en una época muchas veces definida por la depresión, ya que los ancianos están más expuestos a una serie de sucesos de carácter triste, como puede ser la muerte del cónyuge o de un ser cercano, la jubilación, la merma de sus ingresos, la acumulación de problemas físicos y una larga lista, que termina con uno de los mayores temores del anciano: la muerte.

Pero todos estos factores no afectan a todos los ancianos por igual, pero la aparición de la depresión en la vejez trae consigo una mayor dificultad de valerse por sí mismo al anciano, lo que hace que puedan aparecer diferentes patologías y numerosos déficit como son la desnutrición, inmovilidad, aislamiento...

Incluso hay estudios que nos indican que la depresión en mayores es motivo de deterioro físico y empeoramiento en el curso de enfermedades presentes, actuando como factor predisponente en la aparición de otras nuevas. La depresión no es culpa de la persona que la vive, y tampoco es un rasgo de debilidad de carácter, es una enfermedad, y así se considera en medicina.

2 Objetivos

- Describir los síntomas de la depresión en la vejez.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Lo primero que tenemos que tener en cuenta a la hora de poder detectar la depresión en un anciano, es atender a las señales y síntomas que pueden ir apareciendo. Está extendida la imagen de la depresión como un estado de profunda tristeza y desánimo, y es así, pero no son los únicos síntomas. Hay síntomas que son iguales para la depresión, sea cual sea la edad, y otros que son característicos en la vejez. Vamos a ver alguno de estos síntomas generales:

- Sensación de cansancio, aún sin realizar grandes esfuerzos, se puede transformar el acto más sencillo en un gran reto.
- Pérdida de apetito, con una consecuencia de pérdida de peso.
- Cambios bruscos de humor y crisis de llanto.
- Desconfianza interior, desmereciendo su valía, tratándose a sí mismo de inútil y creyéndose una carga para los demás.
- Sentimiento de frustración por deseos incumplidos.
- Pensamientos suicidas cuando la depresión llega a ser profunda.
- Falta de interés por la vida e imposibilidad de sentirse satisfecho con las cosas que antes le gustaban o interesaban.
- Dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones de importancia.

Los ancianos, por su parte, en muchas ocasiones no reconocen los sentimientos depresivos que padece, transformando éstos en un malestar físico no fundado en síntomas reales, sino generado en el miedo a contraer una enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La depresión, aunque muchas personas lo ignoran, se considera una enfermedad, por lo que a veces se tiene un falso sentimiento de culpabilidad por los síntomas que sienten, desconociendo los tratamientos antidepressivos que hay. Y entonces,

¿cómo podemos saber cuándo es necesario pedir ayuda y cómo hacerlo?. Nuestros ancianos pertenecen a una cultura que les educaba para ser fuerte, menospreciando los problemas de carácter emocional, y tachando de débil a quien los manifestaba abiertamente. Es decir, se consideraba cosas de mujeres y aún hoy muchos ancianos así lo piensan, negando sus síntomas depresivos y la posibilidad de tratarlos. Es posible que los síntomas depresivos los descubran antes los familiares o amigos del anciano que él mismo, que puede negar su estado, por lo que habrá que convencerle de la importancia de la enfermedad, hasta que reconozca el problema y adopte una actitud receptiva a la ayuda. Acudir al médico de familia es el primer paso, y es él quien dará un diagnóstico, e intentará en un primera fase determinar si existen razones físicas, psíquicas o sociales que amparen este mal. Como segundo paso se prescribirá la terapia antidepresiva, y se aconsejará al anciano un especialista de salud mental que estudie su caso más detenidamente.

Hemos llegado a la conclusión de que la vejez es una etapa de la vida que propicia la aparición de la depresión, debido a diferentes factores que ya hemos mencionado anteriormente. Cuando un anciano es diagnosticado de depresión, además del tratamiento prescrito por su médico, es muy importante el apoyo tanto de la familia como de las personas cercanas al enfermo. Hay que ir borrando la idea de que la depresión es un acompañante normal de la vejez, y hacerle comprender que está enfermo y que necesita un tratamiento, normalmente muy efectivo, para procurar el restablecimiento completo de su persona.

Alentarle a realizar una mayor actividad física y mental, tanto para prevenir el sedentarismo como para activar su vida social, así como cuidar su alimentación, ya que en los estados depresivos suele aparecer pérdida de apetito o malnutrición, es algo muy positivo para su recuperación. Asimismo, es muy importante también hablar con otras personas de sus sentimientos, incluso cuando se encuentra en un estado sombrío. Hay que intentar tranquilizarle ante el hecho de no poder dormir, ya que preocuparse por no dormir asegura más aún el insomnio. El apoyo social es primordial en el tratamiento de la depresión: cuidarle, aceptarle y atenderle, animarle a aceptar ayuda, tener paciencia y comprensión, la persona mayor con depresión se cansa fácilmente, por lo que no hay que forzarle a ninguna actividad que no quiera realizar.

6 Bibliografía

- Katona C.L.E.: Depression in Old Age. John Wiley & Sons, 1994.

- Rojas, E.: Psicopatología de la depresión. Salvat editores.
- Alonso Fernández, F.: La depresión y su diagnóstico. Labor, Barcelona, 1988.

Capítulo 559

TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA

DESIREE PRIETO FERNANDEZ

MARÍA BELEN GALINDO MARTINEZ

MARÍA ELENA ARIAS FERNÁNDEZ

OLAYA PRIETO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Según la OMS, recién nacido es aquel niño que tiene menos de 28 días. Estos primeros días son de vital importancia ya que son los que mayor riesgo de muerte conllevan. Estas primeras cuatro semanas de vida son llamadas también Periodo Neonatal, estableciéndose, asistencialmente hablando, los primeros 28 días en los bebés nacidos a término, y hasta 46 semanas en los nacidos prematuramente.

El parto es el primer motivo de ingreso hospitalario en España. En 2017 nacieron en nuestro país unos 393.181 niños, lo que supone en torno a un 8,40%. La madre, a lo largo del embarazo deberá someterse a una serie de pruebas diagnósticas para identificar, en caso de que lo hubiese, algún tipo de defecto congénito o cualquier otra anomalía. Estas pruebas son necesarias para evitar posibles riesgos tanto para la madre como para el feto. A estas pruebas diagnósticas se las llama Diagnóstico Prenatal.

Transcurridos los 9 meses, si el embarazo se ha sucedido de manera normal y a término, y se han realizado todas las pruebas a lo largo del mismo, llega el mo-

mento del parto. Las mujeres acudirán al hospital, e ingresarán en éste, cuando perciban signos evidentes de que el parto comienza a desencadenarse, produciéndose contracciones uterinas frecuentes y rítmicas. Desde ese mismo instante estará en manos de los profesionales sanitarios, quienes serán los encargados de supervisar todo el proceso y trabajarán para que este se produzca de manera satisfactoria.

En el momento en que una madre es ingresada en un hospital, se la monitoriza para controlar tanto los latidos cardiacos del feto como los movimientos de este y asegurar que está bien y no hay sufrimiento fetal.

Durante las últimas semanas de embarazo, a medida que se acerca el parto, en la mayor parte de las ocasiones, el bebé va cambiando de posición para facilitar el mismo. Inicialmente su cabeza está situada en el fondo del útero, pero posteriormente, esta se gira para permanecer boca abajo, encarando la espalda de su madre. Esto sucede, normalmente, entre las semanas 32 y 36. Esta posición, llamada occipital anterior, es la más natural y adecuada. Sin embargo, no será hasta el último momento cuando sabremos si el parto se producirá con normalidad o se presentarán complicaciones, siendo, en este último caso, requerida una cesárea.

Las posiciones que puede adoptar el bebé son:

Cefálica: es la posición adoptada en la mayor parte de los casos. La cabeza del bebé se sitúa en la pelvis de su madre. Tiene, a su vez, variantes:

- De vértice: el bebé encaja su coronilla en la pelvis, lo que favorece la dilatación del cuello del útero.
- De frente o de cara: se flexiona el cuello del bebé hacia atrás, por la que se encaja la cara o la frente de este en la pelvis.
- De nalgas: También llamada podálica. Sucede cuando está situada hacia abajo la parte posterior del bebé. Existen varios tipos:
 - Completa o total: las rodillas y las caderas del bebé se encuentran flexionadas y los glúteos y pies se sitúan sobre la pelvis de la madre.
 - Incompleta: las caderas del bebé se encuentran flexionadas, las piernas extendidas y los pies delante de la cara.
- De pies: Estos se presentan primero en el canal del parto. En ocasiones también puede suceder con las rodillas.

Puede darse la circunstancia de que el bebé presente antes el tronco o un hombro a la hora de nacer, por lo que su cabeza estará a un lado u otro del canal de parto. A esta posición se le llama transversa y será necesario someter a la madre a una cesárea. En el mismo instante en que se ha producido el nacimiento, se

entregará al niño a su madre para favorecer el primer contacto piel con piel, lo que permitirá mantener la temperatura del mismo y que no lllore excesivamente. Se le limpiará y quitarán los restos de sangre, nunca se le lavará, para así conservar el vérnix caseoso (capa grasa que se adhiere a la piel del recién nacido y la protege) ya que éste será posteriormente reabsorbido por la piel permitiendo que esta se mantenga hidratada. El personal sanitario hará los controles precisos, siempre procurando interrumpir al mínimo estos instantes.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades básicas y primordiales del neonato, los cuidados que este requiere desde el nacimiento y las posibles complicaciones que se pueden presentar.
- Determinar el papel del TCAE en la Unidad de Neonatología.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en relación con los objetivos propuestos. Para ello hemos consultado con bibliotecas electrónicas, bases de datos y buscadores (Google Académico).

4 Resultados

Las funciones del Tcae en la unidad de neonatología son varias, las cuales describiremos a continuación :

- Preparación del campo estéril con todo el material que se vaya a precisar.
- Preparación y comprobación de los equipos y del material de la mesa de partos.
- De la mesa del recién nacido (pañó estéril con gasa, pinza curva y la pinza para el cordón umbilical).
- De la mesa de reanimación (tubo de conexión de oxígeno con ambú).
- De toda la medicación que va a recibir (colirio antiséptico, vacuna hepatitis B, vitamina K).
- De la mesa con el material para la realización del ph si fuese necesario.
- Tendrá preparada la cuna, debidamente higienizada, que recibirá al neonato.
- Tendrá preparada la incubadora en el caso de que fuese necesaria su utilización.
- Recogerá, pesará y vestirá al recién nacido.

- Recogerá las huellas digital y plantar y colocará la pulsera identificativa en el tobillo del neonato.
- Al finalizar el parto, recogerá todo el material, lo limpiará y enviará a esterilización; recogerá la ropa sucia y repondrá todo el material necesario.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE será el encargado de realizar los cuidados básicos de enfermería de manera coordinada con el enfermero/a, a quien servirá de apoyo. Esta atención ha de ser integral y continuada.

6 Bibliografía

1. Medline Plus.
2. OMS(Organización Mundial de la salud).
3. Auxiliares de enfermería.com.
4. Medac.es.
5. Logoss formacion. Neonatología.

Capítulo 560

EL PAPEL DE LOS TCAES EN LA HIGIENE DEL ANCIANO

ELISA VALLINA GONZÁLEZ

ESPERANZA VELASCO CAMPA

1 Introducción

La higiene personal es muy importante en las personas mayores, debido a que su mantenimiento está directamente relacionado con la salud, ya que evita la aparición de determinadas enfermedades y, además, favorece el bienestar personal. Esta higiene incluye el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen, lo que hace a su vez, que aumente la autoestima del anciano.

La familia y el TCAE desempeñan un papel primordial en la higiene de las personas mayores, debido a que éstos, en su gran mayoría, suelen ser dependientes para realizar ciertas actividades básicas de la vida diaria, entre las que se encuentra el aseo personal. Hay que prestar atención especial al aseo y cuidado de ciertas partes del cuerpo, como son las manos, el cabello, los pies y la boca.

El TCAE, además de cubrir la necesidad de higiene en el anciano en el hospital, ofrece también atención a los ancianos en los diferentes dispositivos de asistencia:

- Residencias de ancianos, donde el auxiliar cubrirá las necesidades y carencias de los ancianos dependientes entre las que se encuentra la de higiene, además de fomentar el autocuidado en ancianos independientes.
- Centros de día, donde el auxiliar será el encargado de supervisar la higiene del anciano en su estancia en el centro, cuidando su higiene antes y después de las

comidas y supervisando y ayudando en caso necesario de que sean capaces de usar el baño de forma adecuada.

- Hospital, donde el auxiliar deberá mantener la habitación limpia, ordenada y ventilada, cuidar la higiene de la cama evitando las arrugas en las sábanas ya que son potenciales de úlceras por decúbito en ancianos con inmobilizaciones prolongadas. Así también son los encargados de facilitar al anciano a diario la ropa necesaria, así como gel, champú, secador, etc.

2 Objetivos

- Valorar el estado general del anciano, para así poder ofrecerle una buena atención en su cuidado y adaptar el aseo a su propio estado de salud tanto físico como psicológico.

3 Metodología

Para hacer este artículo, nos hemos basado en nuestra propia experiencia como TCAE, además de consultar en distintos libros y revistas de geriatría, así como en diferentes buscadores como Google Académico.

4 Resultados

Cuando vamos a proceder al aseo de un anciano, hemos de tener muchas cosas en cuenta, y en primer lugar hemos de saber si el anciano es válido por sí mismo o si necesita ayuda, así como saber si está encamado, por lo que habría que asearlo en su propia cama, o si por el contrario puede levantarse e ir solo al baño.

- Aseo del anciano no encamado y válido:

Lo primero que hay que saber es si el anciano necesita algo de ayuda para su aseo o si por el contrario se arregla bien él solo. En ambos casos debe de utilizarse agua caliente para la ducha y terminar con agua un poco más fría. Hay que empezar por coger la ducha pasando el agua por los pies y las piernas, e ir subiendo hacia arriba hasta llegar al pecho, se comienza siempre enjabonando desde las zonas más limpias a las más sucias, y realizando un buen aclarado. El secado no debe realizarse frotando, sino aplicando pequeños toques, insistiendo en las regiones donde haya pliegues, y acabando con una crema hidratante cualquiera una vez esté la piel bien seca.

- Aseo del anciano encamado:

Está recomendado para personas que por sí mismas, no les es posible realizar su aseo personal, bien porque están inmovilizados por alguna patología tanto de manera temporal o permanente. Para este tipo de aseo se necesita ayuda de al menos dos personas. Hay que recordar que una persona mayor tiene que lavarse todos los días, porque con ello se alivian los dolores, se reducen molestias e incluso se calman picores. Este baño en cama se ha de realizar como mínimo una vez al día, por la mañana, coincidiendo con el cambio de sábanas. Hay que evitar corrientes de aire en la habitación y la temperatura adecuada es de 24° C aproximadamente para la habitación y 37-40° para el agua del aseo. Hay que informar al anciano de lo que vamos a hacer y preservar su intimidad, manteniéndolo desnudo el menor tiempo posible.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto hasta ahora, los ancianos tienen unas características especiales, tanto físicas como psicológicas, por lo que a la hora de su aseo hay que adaptarse a dichas características. Su piel es más sensible, sus uñas más duras y por lo tanto más difíciles de cortar. Sabemos también que hay dos tipos de ancianos según necesiten o no ayuda, y si pueden o no levantarse de la cama.

El aseo del hombre y la mujer mayor, repercute directamente en su autoestima, por lo que es bueno que se preocupen por la imagen que dan a los demás de ellos mismos. Los hombres, por ejemplo, cuidan especialmente el afeitado, pero llegados a una edad pueden surgir complicaciones que conviertan la tarea del afeitado en algo difícil, además de peligroso para el propio anciano. La maquinilla eléctrica es buena opción cuando tiemblan las manos. Es muy importante aplicar lociones hidratantes tras el afeitado, ya que así se evita que se reseque la piel y se mantenga hidratada, ya que como bien sabemos, con el envejecimiento la piel se deshidrata. Es muy importante a su vez para la persona mayor seguir vistiéndose bien y a su gusto para así mantener su imagen personal y aumentar su autoestima. Es importante a su vez vestirse solo siempre que se pueda, porque así continúa valiéndose por sí misma y aumenta su autonomía y con ello su satisfacción al sentirse útil. El material de la ropa ha de ser ligero, y que no provoque reacciones alérgicas, ya que a esta edad la piel es muy sensible, y también tendrá que ser fácil de lavar. La ropa interior ha de ser de algodón para evitar reacciones alérgicas y absorber el sudor. En el caso de las mujeres, debe evitarse el uso de medias con liga o de medias con una goma apretada, ya que comprime los vasos sanguíneos de la circulación de la pierna y pueden aparecer edemas y varices.

Hay ancianos a los que les resulta difícil vestirse solos, por lo que siempre hay que facilitarles el uso de ropa que les pueda resultar más fácil de poner, abrochar... En estos casos el uso del velcro en la ropa, facilita mucho la tarea de vestirse y desvestirse. Puede usarse como sustituto de botones, cremalleras...

Lo que sacamos en conclusión es que todas las personas debemos tener un aseo correcto para mejorar nuestra autoestima, sentirnos seguros de nosotros mismos, y dar una imagen buena a los demás. En la etapa de la vejez esto también ocurre, y debemos ayudar a los ancianos a una correcta higiene de su cuerpo, tanto para su bienestar físico como mental.

6 Bibliografía

1. Richard J. Ham. Philip D. Sloane. Atención primaria en geriatría. 2ª Ed. Mosby. Casos Clínicos. Pag:505-512.
2. Enfermera auxiliar. Manual del estudiante. Serie para auxiliares hospitalarias. Interamericana. Cap III-Cap VII.
3. El enfermero en casa. Cómo cuidar de los enfermos, minusválidos, niños y ancianos. Ed Grijalbo. 1982. Pag: 18-89.

Capítulo 561

LA ENDOMETRIOSIS

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ

ALBA COITO DIAZ

SUSANA FERNANDEZ TORRE

MARIA LUISA PERERA SIMÓN

1 Introducción

El endometrio es el tejido que recubre el interior del útero, la endometriosis se produce cuando dicho tejido crece fuera del útero. La endometriosis es una enfermedad a menudo muy dolorosa y que afecta más comúnmente a los ovarios las Trompas de Falopio y el tejido que recubre la pelvis. En raras ocasiones, el tejido endometrial se puede diseminar más allá de los órganos pélvicos.

Con la endometriosis, el tejido endometrial desplazado continúa actuando como lo haría normalmente: se engrosa, se descompone y produce sangrado con cada ciclo menstrual. Debido a que este tejido desplazado no tiene forma de salir del cuerpo, queda atrapado. Cuando la endometriosis afecta a los ovarios, se pueden formar quistes llamados endometriomas.

A día de hoy, se desconocen las causas de la endometriosis, y aunque esta enfermedad es mas común en mujeres con un rango de edad entre los 30 y los 40 años puede afectar a cualquier mujer que tenga menstruaciones. Existen, aun

así, ciertos factores riesgo que pueden estar relacionados con el desarrollo de la endometriosis:

- Primera menstruación temprana (menarquía).
- Ciclo menstrual corto (menos de 28 días desde el inicio de un sangrado a otro).
- Sangrado muy abundante o que dure muchos días.
- Primer embarazo tardío o no haber tenido ningún embarazo.
- Intervenciones quirúrgicas que afectan al útero (raspado, cesárea,...).
- Componente hereditario (Familiares de primer grado afectadas de endometriosis).

Entre los principales síntomas de la endometriosis el más característico es el dolor pélvico en cualquiera de las siguientes formas:

- Dismenorrea (dolor menstrual).
- Dispareunia (relaciones sexuales dolorosas).
- Dolor periovulatorio (Dolor pélvico en relación a la ovulación).
- Dolor pélvico crónico.
- Disquecia (dolor con las deposiciones).
- Disuria (dolor al miccionar).

Otro de principales síntomas de la endometriosis es la infertilidad que afecta a cerca de la mitad de mujeres con endometriosis.

En relación al diagnóstico de la enfermedad tenemos que tener en cuenta que al no conocer el origen de la enfermedad, es complicado diagnosticarla, además, sus síntomas pueden cambiar de una mujer a otra y si a esto sumamos el mito de "la regla duele" puede retrasar el diagnóstico de la enfermedad durante muchos años. A nivel clínico el modo de operar ante la sospecha de lo posible presencia de la enfermedad sería la siguiente:

- Realizar una historia clínica de la paciente.
- Exploración ginecológica.
- Ecografía transvaginal.
- Laparoscopia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Detectar de manera precoz la endometriosis.

Objetivos secundarios:

- Concienciar a las mujeres de la importancia de una buena salud ginecológica.
- Desmitificar la menstruación haciendo comprender que los dolores menstruales no son lo natural y conseguir así una relación más sana con dicho proceso.
- Minimizar el impacto en la calidad de vida de las mujeres con endometriosis.
- Realizar investigaciones para ahondar más en las causas probables de dicha enfermedad.
- Apoyar psicológicamente a las mujeres que padezcan endometriosis.

3 Metodología

Se contrastará la información de diversas fuentes, así como test personales de mujeres que padecen dicha enfermedad. También se utilizará distintas publicaciones relacionadas con el tema en las principales bases de datos médicos.

4 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/>
- <https://www.kernpharma.com/>
- <https://www.mayoclinic.org/>
- <https://www.gynea.com/>

Capítulo 562

RECUPERACION EN EL PACIENTE CON ICTUS

SONIA HUERTA COTO

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ

MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ

1 Introducción

El cerebro es el disco duro de nuestro cuerpo, y el gran controlador de las distintas funciones que en él desarrollamos, es el que nos indica como pensamos, hablamos nos movemos o como percibimos nuestro entorno.

Para que nuestro disco duro funciones necesitamos que llegue a él un suministro constante de oxígeno y de sangre, cuando falta ese aporte sanguíneo es cuando se producen los accidentes cerebro vasculares o también llamados ICTUS.

El ictus es un accidente que se produce por la obstrucción o rotura de una arteria no llegando sangre suficiente a nuestro cerebro ocasionando la muerte de las células nerviosas en pocos minutos. Dependiendo de la zona afectada puede provocar problemas en el lenguaje, dificultad para mover una parte de su cuerpo, la capacidad de comprensión, problemas de visión etc.

En este trabajo vamos a centrarnos más en la parte rehabilitadora, para que la persona afectada por el ictus sea capaz en la medida de lo posible recuperar su autonomía. Para ellos desarrollaremos un plan de cuidados.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Buscar que la persona tenga una recuperación completa para que la persona se pueda reincorporar a su vida normal.

Objetivos secundarios:

- Realizar el seguimiento de alimentación e hidratación.
- Mejorar la movilidad y la falta de coordinación en el paciente.
- Cuidar la higiene y el aseo.
- La retención e incontinencia.
- Mejorar la autoestima.
- Ayudar y asesorar para afrontar la enfermedad.

3 Metodología

La enfermedad del ictus es diferente en cada caso por eso hay que conocer como la enfermedad ha afectado a cada paciente y por eso en ello deben participar un número nutrido de diferentes profesionales desde la persona afectada y sus familiares hasta médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos etc.

Valoración:

- Observación: de las funciones motoras, sensoriales y cognitivas.
- Situación personal: evaluaremos el entorno donde vive.
- Le aplicaremos las distintas escalas y test (test de disfagia, Barthel, Daniels) etc.
- Además de las distintas pruebas complementarias necesarias para evaluar su nivel de comprensión (disartria, afaxia...).

Intervención.

- Alimentación e hidratación: el ictus puede provocar una parálisis de los músculos de la garganta o de la lengua y tener dificultad para tragar esto recibe el nombre de disfagia, por ello cuando el paciente ingresa hay que hacerle un test para valorar su capacidad de tragar, se utiliza un test sencillo y en función de cómo responda la persona afectada puede ser néctar, miel o pudding, en gran parte de los caso el problema suele ser temporal y mejora en las siguientes semanas, pero en algunos pacientes puede llegar a ser permanente.
- Movilidad y coordinación: durante los primeros días de la enfermedad la persona será incluida en un programa de rehabilitación y serán estos y los fisioterapeutas

quienes enseñen los ejercicios más adecuados. El paciente tendrá asignado un plan de cuidados individuales con el objetivo de marcarse unos fines concretos que se modificarán según su evolución. Uno del objetivos concretos es conseguir la colaboración de la persona adecuada para ir mejorando su autoestima y confianza, aunque el paciente sea dado de alta deberá acudir a rehabilitación y seguir los consejos de los profesionales encargados.

- Higiene y aseo: el aseo diario es importante para evitar que la piel pueda sufrir algún daño y disminuir el riesgo de infecciones y de paso mejorar la autoestima del paciente. En un principio es posible que necesite ayuda para realizar su higiene diaria pero poco a poco bajo la supervisión se irá fomentando su autonomía e independencia, si realiza el aseo en baño es importante vigilarlo para evitar caídas.

- Retención e incontinencia: en la fase aguda posiblemente pueda sufrir incontinencia y retención, pero este trastorno suele ser transitorio, pero hay medidas para ayudar a la reeducación vesical (como establecer un horario, sentarse en el inodoro...).

- Mejorar la autoestima: es importante combatir la sensación de impotencia de una persona afectada con un ictus para aumentar su confianza, estimularle y animarle en sus progresos.

- Ayuda y asesoramiento para afrontar la enfermedad: el ictus no solo lo sufre la persona afectada sino también su familia por eso es importante buscar ayuda profesional para adaptarse a la nueva situación, animarle en sus logros, también para la familia es necesario mantener su espacio de ocio para evitar el síndrome del cuidador.

4 Bibliografía

1. Auxiliar de enfermería. Temario MAD, 5 edición.
2. Servicio de Neurociencia. Hospital Universitario de Asturias.
3. Rehabilitación tras un ictus. Una guía para pacientes, cuidadores y familias. Gobierno de Cantabria, 2014.
4. Duarte Molin,P, Pedro Tarres, P (2004). Terapia Ocupacional geriatría, principio y práctica, Editorial Masson.

Capítulo 563

DETERIORO COGNITIVO

MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ

SONIA HUERTA COTO

ISABEL GARCÍA AGUDIN

MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Pretendemos dar formación a las auxiliares en residencias con personas dependientes y a las familias que pasan el proceso del deterioro cognitivo en distintos grados. El funcionamiento cognitivo no tiene por qué aparecer acompañado de limitaciones en sus funciones físicas. La evolución es variada, puede estacionarse, revertir o evolucionar a una demencia. Aproximadamente un 15% de los enfermos con deterioro cognitivo acaban en demencia. La vejez, el deterioro biológico y psíquico están en continuo desarrollo y van saliendo resultados a diario de muchos estudios científicos. Hay asociado un deterioro intelectual, les cuesta más concentrarse, aparece una bradipsiquia y hay mayor dificultad para adaptarse a situaciones nuevas.

2 Objetivos

- Mantener una buena calidad de vida.
- Intentar mantener las actividades básicas de la vida diaria.
- Favorecer una buena comunicación con los demás, que no se sientan aislados, que sean escuchados y capaces de expresar también sentimientos.

-Buscar la colaboración de las familias.

3 Metodología

Se realizará un buen seguimiento para poder detectar cualquier cambio en las habilidades de los enfermos, cambio en la forma de ser y responder a las situaciones nuevas que le surjan.

Se llevará a cabo ejercicio físico, mental, organización de tareas para mantener al paciente ocupado, por ejemplo, fomentar la lectura, y así poder mantener una buena autoestima.

4 Bibliografía

-Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer.

-Atención del auxiliar de enfermería al paciente geriátrico. Curso de Fysa.

-León, J.M. y Jarana, L.:Habilidades sociales en el trabajo de enfermería.

-Envejecimiento biológico y salud. Fundación Instituto de Ciencias del Hombre, Ed. Einsa, Madrid.

Capítulo 564

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

FLORENTINA CELEMÍN RODRÍGUEZ

RAQUEL GRANDA PÉREZ

CASTORA CAMPA GARCÍA

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

1 Introducción

A través de los alimentos se pueden transmitir múltiples enfermedades debido a contaminaciones físicas, químicas o biológicas, estas constituyen uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. La seguridad alimentaria es el conjunto de medidas que garantizan que los alimentos que consumimos sean inocuos y conserven sus propiedades nutritivas.

Es tanto un derecho como un deber. Derecho de todos los consumidores y deber de los gobiernos y de los sectores productivo, transformador y comercial que comparten responsabilidades.

La pregunta es: ¿ Por qué pueden transmitir enfermedades los alimentos?

Varias son las causas:

- Por contener sustancias tóxicas, por ejemplo: las setas venenosas.

- Por haber sido contaminadas accidentalmente con sustancias químicas tóxicas o con agentes contaminantes físicos: restos de detergentes y desinfectantes, también trozos de vidrio.
- Por haberles añadido intencionadamente para modificar sus características y resultar ésta tóxica: como aditivos a dosis no recomendadas.
- Por contener parásitos o gérmenes patógenos que, por su proliferación, producción de toxinas o ambas, puedan ocasionar enfermedad: sería el caso de la triquinosis, salmonelosis, botulismo, listeriosis, etc.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y detectar los factores que alteran los alimentos, tanto físicos como químicos.

Objetivos secundarios:

- Analizar los gérmenes que provocan las toxiinfecciones alimentarias y las enfermedades que producen.
- Conocer y cumplir la legislación en materia de seguridad alimentaria por parte de todas las partes implicadas en el proceso.
- Formación adecuada del personal e información al consumidor en materia de higiene alimentaria.
- Detectar y solucionar el problema lo antes posible.
- Dar confianza y seguridad al consumidor, evitando las intoxicaciones alimentarias.

3 Metodología

La cadena alimentaria es el conjunto de etapas por las que pasan los alimentos desde su producción hasta que llegan al consumidor, todas estas etapas deben realizarse en las máximas condiciones de higiene.

El Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico (APPCC) es un estándar internacional que define los requisitos para un sistema de gestión de la seguridad alimentaria.

El sistema APPCC se construye sobre varios principios:

- Análisis de peligros alimentarios: biológicos químicos y físicos.

- Identificación de los puntos de control crítico: en las materias primas, almacenamiento , procesado, distribución y consumo.
- Estableciendo límites de control críticos y medidas preventivas, como por ejemplo temperatura y tiempo mínimos de cocinado de alimentos.
- Control y seguimiento de estos puntos de control críticos.
- Establecimiento de acciones correctivas.
- Mantenimiento de registros.

4 Resultados

Estos serían los costes para el productor de una deficiente higiene alimentaria:

- Contaminación de alimentos.
- Reclamaciones por parte de los consumidores.
- Pérdidas de producción.
- Intoxicaciones alimentarias, en ocasiones con graves consecuencias.
- Aparición en el lugar de ratas, moscas y otros insectos.
- Penas y sanciones legales.
- Pérdida de imagen y credibilidad en el mercado.

Frente a los beneficios de las buenas prácticas higiénicas que serían:

- Confianza y satisfacción de los clientes, generando prosperidad de las empresas.
- Buenas condiciones de trabajo.
- Alta estima por parte de las autoridades sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Las buenas prácticas en higiene alimentaria garantizan toda una serie de beneficios tanto a los consumidores como a los productores y comercializadores y, en definitiva, favorecen la salud pública en general. El CODEX (Código Alimentario Español) recoge información a cerca de la documentación legal necesaria.

Las empresas deben cumplir con la legislación ,tener una adecuada formación del personal y contar con la infraestructura necesaria serian armas básicas para la solución del problema. También el consumidor debe respetar unas normas básicas de higiene alimentaria. Más del 50% de las intoxicaciones alimentarias se producen en los hogares.

Estas normas son:

- Limpiar: lavado de manos , lavado y desinfectado de las superficies y utensilios de trabajo.
- Separar: crudo de cocinado, para evitar la contaminación cruzada, debe tenerse especial cuidado al almacenar en el frigorífico para que no pasen los jugos de los alimentos crudos a los ya cocinados .
- Cocinar, utilizando la temperatura adecuada, alcanzando una temperatura de cocción en el centro del alimento de al menos 65 grados.
- Enfriar rápidamente.

6 Bibliografía

1. Seguridad Alimentaria en España www.interplaga.com/Seguridad/.
2. CESIF www.cesif.es.
3. Consumer www.consumer.es/seguridad-alimentaria.
4. www.aecosan.msssi.gob.es.
5. OMS (Organización Mundial de la Salud) <https://www.who.int>.
6. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social <https://www.msbs.gob.es>.
7. Ayuntamiento de Madrid <https://madridsalud.es/seguridadalimentaria>.
8. Ayuntamiento de Oviedo www.interplaga.com/seguridadAPPCC.

Capítulo 565

INFARTOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

FLORENTINA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

Un elemento principal para evitar o atajar en mayor medida los infarto es identificar los factores de riesgo para poder prevenir .

En la atención primaria sería donde se empezaría a localizar estos factores.

2 Objetivos

Estimar en que medida están controlados los factores de riesgo cardiovascular en la atención primaria de España.

3 Metodología

Se ha llevado a cada un estudio a 2649 pacientes de atención primaria con glucemia, tabaquismo, obesidad, presión arterial y se analizo en que medida estaban controlados estos factores de riesgo en estas personas.

4 Resultados

Como resultado se observó que el 40 por ciento de las personas tenían bien controlado el colesterol la glucemia y la presión arterial el 87,5 no fumaba y el 14 por ciento tenia un 25 de imc, el 46 por ciento decía practicar ejercicio regularmente y finalmente había un 50 por ciento de prevalencia de síndrome metabólico.

5 Discusión-Conclusión

Vamos por buen camino pero tenemos mal controlado el sedentarismo y en cuanto al sobrepeso, solo uno de cada dos pacientes tendría controlados los factores de riesgo.

6 Bibliografía

- <http://scielo.sld.cu>
- <http://www.w2dapp.es/pdfs/pdf15.pdf>

Capítulo 566

NIÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

FLORENTINA FERNANDEZ SUAREZ

1 Introducción

Nuestros niños son una parte muy importante a tener en cuenta en los planes de prevención y promoción de la salud y esto ha de contemplarse sobre todo en la atención primaria.

2 Objetivos

Estudiar la demanda pediátrica en atención primaria para poder ajustar los planes de trabajo a las necesidades que se originen.

3 Metodología

Se ha escogido un centro de salud en Manises con 24530 habitantes .Han sido 48396 consultas con niños de hasta 13 años, se tuvo en cuenta la edad de los niños, la frecuencia de las consultas, las consultas por pediatra y diagnósticos mas frecuentes .

4 Resultados

El resultado fue que según el niño cumple años va menos al pediatra, siendo la media de 6,2 consultas por niño y año, las consultas por pediatra y día han sido una media de 24.

También se han realizado 1,8 radiografías y 6,5 derivaciones por cada 100 consultas.

Los diagnósticos más frecuentes en lactantes fueron amigdalitis y otitis.

5 Discusión-Conclusión

Los niños son lo más preciado de la sociedad y quizás haya necesidad de más información y mejores planes de salud para ellos.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12s18/sup18.pdf>
- https://www.aepap.org/sites/default/files/tratamiento_obesidad.pdf

Capítulo 567

SESIÓN CLÍNICA: INVESTIGACIÓN SOBRE LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON DAÑO NEUROLÓGICO

MARIA SÁNCHEZ GARCÍA

CINTIA CUBILLAS ALONSO

MARTA TIZÓN GARCÍA

1 Introducción

La rehabilitación neurológica ha ido cobrando importancia debido al aumento de pacientes con afecciones de esta índole, tanto en adultos como en niños.

La fisioterapia se trata de una ciencia relativamente joven y aún en expansión así como en el reconocimiento social que conlleva. La fisioterapia neurológica es la rama de la fisioterapia la cual se ocupa de las afecciones del sistema nervioso, tanto central como periférico, con el fin de educarlos o reeducarlos, teniendo siempre como meta la mejora de la calidad de vida.

Actualmente la fisioterapia neurológica se divide en diversas vertientes o escuelas, basando nuestro tratamiento en la experiencia clínica y la observación del paciente, tratando de aprovechar los avances en neurociencia y neurología, pues ambas se encuentran en continua evolución.

2 Objetivos

- Dar a conocer algunos de los últimos avances en rehabilitación así como de los métodos más empleados.

3 Metodología

Como fuente de información se han empleado los conocimientos y bibliografía adquirida a través del Máster de Neurocontrol Motor impartido en la Universidad Rey Juan Carlos.

4 Resultados

Para poder seguir hablando de la rehabilitación neurológica se hace necesario analizar y comprender lo que denominamos plasticidad neuronal, fundamental para que sea posible el proceso de rehabilitación.

Plasticidad neuronal: se entiende por plasticidad neuronal a la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómicamente y funcionalmente y así reorganizar y modificar funciones, adaptándose a los cambios externos e internos. Es propia de las células cerebrales, permite la reparación de circuitos, integrando por diversos mecanismos otras áreas corticales para realizar funciones modificadas y responde a diversas afecciones o influencias patológicas ambientales o del desarrollo.

MÉTODOS DE TRABAJO EN LA FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA

Actualmente contamos con gran variedad de métodos, cada uno con sus principios y "normas" de valoración y tratamiento.

Concepto Bobath: es una forma de resolución de problemas para la evaluación y tratamiento de personas con un trastorno de la función, el movimiento y el control postural debido a una lesión del SNC y puede ser aplicado a individuos de todas las edades y grados de afectación.

- Está basado en conocimientos de control motor, aprendizaje motor y plasticidad del sistema nervioso central, así como en la experiencia clínica y en las necesidades del propio paciente.
- Analiza el movimiento normal, el cómo y porqué de sus desviaciones.
- Aplica técnicas de tratamiento adaptadas a cada paciente, con el objetivo de llevar a cabo un reaprendizaje del movimiento normal.

- Analiza continuamente el efecto de dichas técnicas para modificarlas a medida que el paciente va evolucionando.

Terapia Vojta: El Dr. Vojta descubrió que era posible desencadenar unas reacciones motoras repetidas (patrones de locomoción refleja) en el tronco y en las extremidades a partir de estímulos definidos y partiendo de unas posturas determinadas. Al poder provocarlo en recién nacidos sanos y luego en adultos, pensó que se trataba de patrones motores innatos. A partir de ello, Vojta desarrolló una sistemática para el diagnóstico precoz de las alteraciones motoras y posturales de los lactantes, además de una forma de tratamiento global de esas alteraciones, tanto para lactantes, como niños y adultos.

Perfetti o Ejercicio terapéutico Cognitivo: perfetti divide a modo didáctico sus ejercicios:

- Ejercicios de primer grado.
- Ejercicios de segundo grado.
- Ejercicios de tercer grado.

Cada grado está destinado a controlar un componente de la espasticidad:

- Ejercicios de primer grado: reacción anormal al estiramiento.
- Ejercicios de segundo grado: irradiación patológica.
- Ejercicios de tercer grado: esquemas elementares.

Le Metayer: define su método de intervención en el niño con enfermedad motriz cerebral como educación terapéutica. La define así porque el niño progresa (terapia) gracias a aprendizajes específicos.

Según Le Metayer los niños con PCi utilizan sus posibilidades funcionales como pueden, es decir, inconscientemente tienden a utilizar movimientos anormales al intentar conseguir sus objetivos. El objetivo de la Educación terapéutica es modificar la organización motriz patológica mediante técnicas apropiadas y proponer al niño que actúe de otra manera para mejorar sus habilidades funcionales.

Le Metayer aborda:

- La locomoción.
- La manipulación.
- Motricidad Bucofacial.
- Alteraciones Ortopédicas.

TheraSuit: programa de fisioterapia intensiva, indicado para niños y adultos con trastornos neuromotores no degenerativos. Combina:

- Ortesis blanda, dinámica y propioceptiva (traje Therasuit®).
- Unidad de Ejercicios Universal.

- Programa de fortalecimiento intensivo y personalizado.
- 3 horas diarias, 5 días a la semana durante 1 mes.

Vibrosphere: es una plataforma que vibra y a la vez se inclina. Esta suma de estímulos diferentes provocan diferentes reacciones:

- Aporta desplazamientos finísimos que estimula los husos musculares y los receptores de tacto y presión.
- Estimula los receptores vestibulares, muy importantes en la activación de la musculatura axial, los ajustes posturales y las reacciones de equilibrio.
- La vibración activa las actividades reflejas del tronco o reacciones de equilibrio como se explicaría en el Concepto Bobath. Eso significa la activación de las fibras tónicas de la musculatura o el tal llamado Equilibrio Estático.
- Las inclinaciones de la esfera hacen necesarias las anticipaciones y reacciones de enderezamiento, activando las fibras fásicas de la musculatura. El llamado equilibrio dinámico.
- Es móvil, quiere decir que se puede llevar a la camilla donde trabaja el paciente e incluirlo en el tratamiento y no se trata de un anexo cuando la terapia haya terminado.

Moto-Med:

- Programas de ejercicio adaptados a cada paciente.
- Información continua y detallada (Biofeedback).
- Juegos de motivacionales.
- Ayuda de Inserción con parada de seguridad.
- Protección de Movimiento & Control Antiespasmó.
- Reglaje de la velocidad de 0 a 60 rpm (pasivo).
- Reglaje de la fuerza motriz de 1 a 10.
- Tiempo de terapia preajustable de 0 hasta 120m.
- Autoprueba automática del equipo.
- Ejercicio pasivo (con motor).
- Ejercicio asistido (con apoyo del motor).
- Ejercicio activo (con propia fuerza).
- Ejercicio de Simetría.
- Ejercicio de Coordinación (4 segmentos).

ROBÓTICA APLICADA

Desde los años 70 se empiezan a proponer nuevas forma de abordaje terapéutico pero es en la última década del siglo XX, cuando se desarrollan las novedades más

importantes. Entre ellas se encuentra la estimulación sensitivo-motora asistida con robots.

Ventajas que proporciona el tratamiento sistemas robotizados:

- El propio robot se puede utilizar para analizar y monitorizar la función motora.
- Es posible realizar el tratamiento durante periodos prolongados, sin la supervisión directa de personal sanitario.
- El programa va aumentando progresivamente la exigencia y la dificultad de las tareas según el rendimiento del paciente.
- Posibilita incrementar la cantidad e intensidad de los movimientos del miembro pléjico, permitiéndoles dedicar más tiempo a practicar tareas específicas y movimientos funcionales complejos.
- En la rehabilitación de los pacientes con ictus, los dispositivos robóticos permiten una práctica repetitiva e intensiva de ejercicios ofreciendo a la vez un feedback sensorial del ejercicio realizado.

Existen varios tipos de robots de MMSS:

- Sistemas pasivos.
- Sistemas activos.
- Sistemas interactivos.
- Exoesqueletos.
- Efector final o end-effector.
- Robots portables.
- Robots no portables.

Robot MIT-Manus: realiza ejercicios de hombro y codo en dos grados de libertad permitiendo flexoextensión de estas articulaciones.

Robot MIME (mirror image motion enabler): proporciona movilidad al hombro y codo con seis grados de libertad, permitiendo realizar ejercicios pasivos, activo asistidos, con constricción activa del lado sano y bimanuales.

Bi-Manu-Track: asiste al movimiento del miembro superior parético en la realización de ejercicios bimanuales en espejo, acompañando a los que realiza de forma activa el miembro superior sano.

El Myomo, consta de un exoesqueleto que se acopla al miembro paralizado y funciona mediante sensores electromiográficos en contacto con la superficie cutánea que detectan la actividad eléctrica muscular. Esta información es transmitida y procesada por un sistema de software que activa un motor que asiste al movimiento de flexoextensión del codo del paciente.

Otros dispositivos que se encuentran en diseño experimental o en el mercado para el MMSS son: el InMotion 2, GENTLE/s, el ARM Guide, Arm-in, el vBot, Reo Go, Amadeo, Mahi Exo II, ARMEO .

- La terapia robótica ha mostrado ser segura, permitiendo aumentar la intensidad del tratamiento RHB del MMSS.
- Puede ser usada para ofrecer tratamientos de elevada intensidad, repetitivos y orientados a la tarea, de manera similar al modo en que puede hacerlo la fisioterapia.
- Existen gran cantidad de publicaciones científicas en relación a la evidencia científica de los diferentes sistemas y equipos, siendo necesario estandarizar aspectos relacionados con tipo de paciente, tiempo de evolución, tipo de robot y dosis.
- Existe evidencia muy alta (nivel 1a) de que el entrenamiento sensorio-motor con robots mejora los aspectos funcionales y motores del MMSS, específicamente en el hombro y codo.
- Se aprecia una evidencia muy alta (nivel 1a) de que la terapia robótica no mejora aspectos relacionados con la muñeca y mano.
- Es necesario el diseño de robots para el entrenamiento de funciones motoras más complejas (dedos) y determinar protocolos terapéuticos teniendo en cuenta el coste-efectividad.

MARCHA ELECTROMECHANIZADA

En los últimos años se ha introducido el entrenamiento en pasarela rodante, con y sin apoyo del peso corporal, para la rehabilitación de los pacientes después de un accidente cerebrovascular. El entrenamiento en pasarela rodante con y sin apoyo parcial del peso corporal permite a estos pacientes la práctica repetitiva de ciclos de marcha complejos.

No obstante, una desventaja del entrenamiento en pasarela rodante podría ser el esfuerzo que deben realizar los terapeutas para fijar los miembros paréticos y para controlar el cambio de peso, lo que puede limitar la intensidad del tratamiento especialmente en los pacientes con discapacidad más grave. Las máquinas de marcha electromecánicas automatizadas se crearon para reducir la dependencia en los terapeutas. Constan bien sea de una ortesis robotizada en forma de exoesqueleto o bien de una solución electromecánica con dos placas movidas por los pies que simulan las fases de la marcha.

Un ejemplo de aparato de rehabilitación de marcha electromecánica automatizada es el Lokomat ®:

- Utiliza una ortesis de marcha robotizada en las extremidades inferiores, en com-

binación con un sistema de peso corporal, soportado por arneses, en combinación con una pasarela rodante.

- La principal diferencia en comparación con el sistema de entrenamiento de la marcha en suspensión parcial sobre tapiz rodante es que las piernas del paciente son guiadas por el dispositivo robotizado según un modelo de marcha preprogramado. Una ortesis de marcha robotizada controlada por un sistema informático guía al paciente por lo que el proceso de entrenamiento de marcha se automatiza. Permite ajustar los parámetros de rango de movimiento y velocidad para conseguir un patrón de marcha lo más fisiológico posible.

Características especiales de Lokomat ®: Como ya se ha comentado, el Lokomat es un robot diseñado para automatizar el proceso de reeducación de la marcha en pacientes con lesiones neurológicas. Está formado por una cinta rodante, un sistema de soporte del peso corporal, y dos dispositivos electromecánicos que se fijan y movilizan los miembros inferiores del paciente. Permite el ajuste de una serie de parámetros, como el rango de movimiento de caderas y rodillas, y la velocidad, con el fin de conseguir un patrón de marcha lo más fisiológico posible.

El paciente es liberado de parte de su peso corporal mediante un arnés y un sistema de contrapeso. Existen unos sensores de fuerza que informan de la resistencia-asistencia generada por el sujeto y por el robot, obteniendo así un sistema de biofeedback que incide sobre la motivación del paciente.

Una de las limitaciones fundamentales del sistema manual de cinta rodante con arnés de soporte parcial del peso corporal es que las sesiones de entrenamiento implican la movilización de las piernas según el ciclo de marcha por parte de dos o más fisioterapeutas.

El sistema robótico Lokomat ® ofrece como ventajas:

- Reproducir un patrón más fisiológico del ciclo de marcha.
- Iniciar en fases más tempranas el proceso de reeducación activa de la marcha.
- Realizar sesiones más homogéneas, repetibles y largas.
- Permitir una postura y un patrón motor más natural al ser potencialmente un sistema más seguro frente al riesgo de caídas.

Patologías en las que estaría contraindicado el uso del Lokomat ® (y posiblemente extensibles a otros dispositivos de marcha electromecanizada del mercado):

- Peso corporal superior a 135 kg.
- Contracturas severamente fijadas de las articulaciones.

- Osteoporosis severa.
- Inestabilidad ósea.
- Lesiones de la piel en las extremidades inferiores o torso.
- Problemas circulatorios.
- Alteraciones vasculares severas de las extremidades inferiores.
- Contraindicaciones cardiacas para el ejercicio.
- Déficits cognitivos severos.
- No cooperación o comportamiento agresivo.
- Ventilación mecánica.
- Discrepancia en la longitud del miembro.
- Escoliosis severa.
- Artrodesis en cadera, rodilla y/o tobillo.

Un segundo ejemplo es el Gait Trainer ®, el cual se basa en un sistema doble de engranajes de manivela y balancín (Hesse 1999). A diferencia de la pasarela rodante, el Gait Trainer ® electromecánico consta de dos placas para los pies colocadas en dos barras, dos balancines y dos manivelas, que proporcionan la propulsión. El paciente, asegurado por un arnés, se coloca en las placas para los pies, que simulan simétricamente la postura y las fases de oscilación de la marcha (Hesse 1999). Un motor servocontrolado guía al paciente durante el ejercicio para caminar. Los movimientos verticales y horizontales del tronco se controlan de una manera dependiente de la fase. Nuevamente, la diferencia principal con el entrenamiento en pasarela rodante es que el proceso de entrenamiento de marcha se automatiza y se apoya en una solución electromecánica.

Entrenamiento orientado a la función.

- Aumento del número de repeticiones (100 Vs 1000).
- Aumento de la intensidad.
- Feedback (visual y sensorial).
- Aspecto emocional/motivación.
- Monitorizar progresos en el tratamiento de manera objetiva.
- Técnica segura y cómoda para los pacientes y terapeutas.

REALIDAD VIRTUAL

En la actualidad, la realidad virtual es considerada como uno de los tratamientos más modernos y con mayor potencial en la rehabilitación neurológica. Es una tecnología computarizada que permite simular el aprendizaje de la vida real, así como incrementar la intensidad de entrenamiento, mientras proporciona aumento de la retroacción (feedback) sensorial. Crear un mundo posible, crearlo

con objetos, definir las relaciones entre ellos y la naturaleza de las interrelaciones entre los mismos.

Algunas de sus características son:

- Lenguaje gráfico tridimensional.
- Interacción en tiempo real .
- Simulación del comportamiento.
- Experiencia multisensorial.

Tipos de realidad virtual:

- Inmersiva.
- Semi-inmersiva.
- No inmersiva o de escritorio.

Inmersiva: CAVE (Cave Virtual Environment).

Semi-inmersiva: System Irex. Videoinmersión.

Semi-inmersiva: Rutgers Master II.

Prototipo de guante cibernético que permite realizar ejercicios de fuerza con la mano y los dedos, asistidos y resistidos, en un entorno virtual simulado.

Semi-inmersiva: Cyber Glove/ Virtual Glove.

Manopla o guante que permite realizar ejercicios virtuales de arco y velocidad de movimiento, así como ejercitar el movimiento de cada dedo de la mano por separado.

Semi-inmersiva: TOyRA.

No inmersiva o de escritorio: accesibles, coste asumible, motivantes, simples.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los métodos y técnicas empleadas en la rehabilitación neurológica. Lo ideal es estar lo más actualizado posible, empleando un método u otro o incluso combinándolos entre sí para ofrecer el mejor abordaje posible, adaptando siempre el tratamiento a la evolución del paciente.

6 Bibliografía

1. Sánchez .Rehabilitación del accidente cerebro vascular: asistencia centrada en los problemas de la persona. Rehabilitación (Madrid) 2000;34 (6): 393-395.

2. SánchezI, OchoaC, IzquierdoM. Pronóstico de recuperación funcional en personas supervivientes de un ictus. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34 (6): 412-422.
3. FlórezMT. Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34 (6): 423-437.
4. BayónM. Plasticidad cerebral inducida por algunas terapias aplicadas en el paciente con ictus. *Rehabilitación (Madr)* 2008;42 (2): 86-91.
5. MirallasJA. Evidencia científica de los progresos en la rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular. *Rehabilitación (Madr)* 2004;38 (5): 246-9.
6. MehrholzJ, WernerC, KuglerJ, PohlM. Revisión Cochrane traducida. En *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1.
7. MeriansA, JackD, BoianR, TremaineM, BurdeaG, AdamovichS, RecceM, PoiznerH. VirtualReality Augmented Rehabilitation for Patients Following Stroke. *Physical Therapy* 2002;82 (9): 898-915.

Capítulo 568

PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA DISPLASIA DE CADERA.

CINTIA CUBILLAS ALONSO

MARIA SÁNCHEZ GARCÍA

MARTA TIZÓN GARCÍA

1 Introducción

La displasia de cadera es una alteración ortopédica completa o incompleta de la relación entre el cotilo y la cabeza femoral que se produce en el período intrauterino(1).

Se clasifica según la gravedad(2):

- Leve (grado I): está alterado la formación de la cavidad cotiloidea con el fémur, alteración estructural en el cotilo o la cabeza femoral, aunque, no hay alteración en la relación o continuidad, hay contacto.
- Moderada grado II): pérdida parcial de contacto entre la cavidad cotiloidea y la cabeza del fémur.
- Severa (grado III): pérdida total de contacto entre las dos superficies articulares citadas.

2 Objetivos

- Reforzar el tratamiento ortopédico y de fisioterapia mediante órtesis.
- Favorecer la remodelación ósea mediante ejercicios de puesta en pie y reacciones de equilibrio y enderezamiento.

- Incrementar la función de la musculatura glútea fundamentalmente.

3 Caso clínico

Paciente de 3 años de sexo femenino acude a consulta con su padre con un diagnóstico de displasia de cadera, grado I. El padre relata que el principal problema que tiene su hija es que al sufrir un diagnóstico tardío de su patología le cuesta estar sentada de manera estable y la bipedestación le es dolorosa(2).

Con estos datos se procede a realizar la valoración fisioterapéutica(3)(4):

- Asimetría en la abducción de cadera: restricción de la cadera izquierda ante este movimiento.
- Asimetría de pliegues en la extremidad inferior: se marcan en gran medida los pliegues glúteos.
- Signo de Galeazzi: positivo.
- Maniobra de Ortolani: positiva.
- Maniobra de Barlow: positiva.

El tratamiento de fisioterapia consistirá en(4)(5):

- Utilizar doble pañal para llevar la cadera a abducción y así reforzar el tratamiento ortopédico.
- Cinesiterapia global pasiva y activa con el fin de favorecer la remodelación ósea, la cadera y rodilla tienen que situarse a 90 grados de flexión, y desde ahí buscar la abducción máxima sin causar dolor.
- Tratamiento postural con el fin de favorecer la remodelación ósea, realizarlo entre 2 y 4 veces al día. En decúbito prono se aumenta el contacto entre la cabeza femoral y la cavidad cotiloidea. Hay que evitar que cierre las piernas y que las cruce o haga la posición de la tijera, y, los movimientos bruscos de extensión y aducción.
- Porteo: llevarlo a cabo hace que se favorece la remodelación ósea ya que las caderas están en flexión y abducción máxima.
- Ejercicios de puesta en pie, realizar el paso de sedestación a bipedestación ayudado con yesos o moldes pélvicos o standings.
- Trabajo de la musculatura para mejorar la función muscular de los glúteos, sobre todo, del glúteo medio o mediano. Se le dan estímulos táctiles, se utiliza la electroestimulación y mediante el juego se hacen los ejercicios, como con el desplazamiento en triciclo.

4 Resultados

El plan de intervención de fisioterapia ha conseguido que la paciente tenga mayor estabilidad en sedestación y bipedestación, una reducción del dolor al realizar cargas de peso y un incremento del control motor y de la fuerza muscular.

5 Discusión-Conclusión

El plan de intervención para la displasia de cadera es de gran relevancia puesto que es la primera alteración ortopédica de la infancia. El diagnóstico precoz en esta patología es de suma importancia ya que un diagnóstico tardío puede ocasionar graves consecuencias para el desarrollo del sistema músculo-esquelético del recién nacido.

6 Bibliografía

1. Wilkin GP, Ibrahim MM, Smit KM, Beulé PE. A Contemporary Definition of Hip Dysplasia and Structural Instability: Toward a Comprehensive Classification for Acetabular Dysplasia. *J Arthroplasty*. 2017;32(9):20-7.
2. Mechlenburg I, Søballe K, Lamm M, Stilling M. [Hip dysplasia]. *Ugeskr Laeger*. 2014;176(30):1382-6.
3. Jackson JC, Runge MM, Nye NS. Common questions about developmental dysplasia of the hip. *Am Fam Physician*. 2014;90(12):843-50.
4. Givon U. Management of the spastic hip in cerebral palsy. *Curr Opin Pediatr*. 2017;29(1):65-9.
5. Macias-Merlo L, Bagur-Calafat C, Girabent-Farrés M, A Stuberg W. Effects of the standing program with hip abduction on hip acetabular development in children with spastic diplegia cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2016;38(11):1075-81.

Capítulo 569

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE CAIDAS

INES GARCÍA LAMUÑO

EMMA CABEZA VALDÉS

1 Introducción

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (OMS, 2012). Nuestro país ha alcanzado una de las esperanzas de vida más alta del mundo, pero otros países de nuestro entorno nos aventajan en la esperanza de vida con buena salud.

La buena salud es uno de los pilares de una sociedad próspera económica y socialmente, y conseguir años de vida libres de discapacidad tiene que ser uno de los objetivos para nuestra sociedad. Las proyecciones a medio plazo de esta situación evidencian un progresivo aumento de la discapacidad y dependencia, que no depende exclusivamente del cambio en la pirámide poblacional, sino también de otros factores que son modificables y, por tanto, sujetos a intervención.

El verdadero reto, por lo tanto, es mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece. Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es el objetivo del envejecimiento activo, término acuñado por la OMS a finales de los años 90 que puede ayudar a afrontar muchos de los retos del envejecimiento. El envejecimiento activo se define como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. El objetivo, por

lo tanto, es mantener un nivel que permita el mayor grado de autonomía posible en cada caso.

Prevenir la discapacidad actuando sobre la fragilidad es posible, dado que esta última se puede detectar y es susceptible de intervención. La fragilidad se asocia a mayor edad, sexo femenino, mayor carga de enfermedad, discapacidad y deterioro cognitivo, entre otros factores, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios, de estrés oxidativo, neuromusculares, energéticos y nutricionales. En todo este entorno de aumento de esperanza de vida, del reto de mantener la autonomía y la independencia, de reducir la fragilidad, surge la necesidad de promover una intervención en caídas, como base importante de reducir la frecuencia y la gravedad de las mismas en las personas mayores. Las caídas adquieren especial importancia entre los síndromes geriátricos.

¿Por qué son tan importantes las caídas y qué consecuencias tienen?

Las caídas son un importante problema de salud pública, una causa importante de discapacidad en las personas mayores y, a su vez, uno de los desenlaces adversos de la fragilidad. Con frecuencia las consecuencias médicas de las caídas suponen el inicio de la discapacidad en la persona mayor. 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: En los últimos años la evolución de las altas hospitalarias han sufrido un aumento constante, especialmente entre las mujeres. 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.

Evolución de las altas hospitalarias por fractura de cadera.

Ser mujer es un factor de riesgo de caídas. Una caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas: De todos los mayores que se caen la mitad tienen caídas recurrentes, el 50% se vuelve a caer en el mismo año. Graves consecuencias: Las caídas en personas mayores tienen graves consecuencias: Más de un 70% tienen consecuencias clínicas como fracturas, heridas, esguinces, etc. y más de la mitad presentan secuelas posteriormente. El 50% de las personas que sufren una fractura por una caída no recuperan el nivel funcional previo. Una de cada diez caídas genera lesiones graves, como es el caso de la fractura de cadera. Muchos de los fallecimientos son secundarios a caídas. Con frecuencia las consecuencias médicas de las caídas, entre las que destaca el denominado síndrome de temor a caerse,

suponen el inicio de la discapacidad en el mayor. Este síndrome de ansiedad posterior a la caída puede generar restricciones autoimpuestas de la actividad, tanto en las personas que viven en su domicilio como en las que lo hacen en residencias. La pérdida de confianza en la habilidad para deambular con seguridad puede producir mayor decadencia funcional, depresión, sentimientos de desamparo y aislamiento social.

Como hemos visto, las caídas producen una gran morbilidad, mortalidad con un aumento uso de servicios sanitarios, y un importante coste que se produce para el propio paciente y los cuidadores. Las consecuencias sociales más importantes son: cambios en los hábitos de vida del paciente; aumento de la necesidad de contratar a cuidadores familiares o ayudas externas; aumento de la necesidad de recibir ayuda profesional debido a las complicaciones agudas o derivadas de la inmovilidad; hospitalización e institucionalización.

Las caídas producen, por tanto, un incremento de las necesidades de los recursos socio-sanitarios. Aunque la mayoría de las caídas producen lesiones leves, el 5% de los ancianos que se caen precisarán hospitalización principalmente por fractura. Como hemos comentado con anterioridad una de las consecuencias más graves más graves es la fractura de cadera. En las personas mayores, la fractura de cadera es la causa más frecuente de ingreso en el hospital. Se estima que en un 90% de los casos es debido a caídas.

¿Cuáles son los factores de riesgo?

Los factores de riesgo de las caídas son diversos, siendo su origen habitualmente multifactorial. Pocas caídas pueden considerarse «accidentes» debidos exclusivamente a peligros medioambientales imprevistos, sino que, por el contrario, son el resultado de interacciones entre peligros medioambientales o actividades peligrosas y una mayor susceptibilidad individual por los efectos acumulados de la edad y la enfermedad.

En algunos estudios se ha demostrado que el riesgo de caída aumenta drásticamente cuando lo hace el número de factores de riesgo. En general parece que la identificación de los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que una persona se caiga es al menos tan importante como intentar determinar la causa de la caída. La identificación precoz de los factores de riesgo permite elaborar y aplicar estrategias de prevención, ya que estos pueden ser modificables. Muchos de los factores de riesgo como, los trastornos del equilibrio, una marcha inestable, la debilidad muscular, los efectos secundarios a fármacos y los riesgos del entorno, son potencialmente modificables.

Otros factores de riesgo a destacar serían: Alteraciones de equilibrio y marcha. Deterioro funcional. Deterioro cognitivo. Alteraciones sensoriales severas (visión y/o audición). Deterioro de la fuerza muscular. El número y uso de fármacos, en especial los psicotrópicos. Hipotensión ortostática. Enfermedades crónicas severas (Enfermedad de Parkinson, enfermedad osteoarticular avanzada, demencia, secuelas de ACV, otras enfermedades neurológicas, ICC, EPOC, enfermedad neoplásica con metástasis, anemia crónica, alcoholismo, trastornos psiquiátricos, etc).

En algunos estudios han concluido en que las historias previas de caídas y los trastornos del equilibrio y la marcha son los factores de riesgo más importantes a la hora de predecir caídas de repetición. Los metaanálisis han aportado más evidencias de que la debilidad muscular de las extremidades inferiores, y el uso de fármacos psicotrópicos y de otros medicamentos incrementan significativamente el riesgo de caída.

2 Objetivos

- Presentar a los profesionales sanitarios, en la correcta prevención, detección y manejo de la fragilidad y caídas considerando la coordinación con los recursos especializados geriátricos y hospitalarios.
- Contribuir a mantener la autonomía e independencia de las personas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Valoración multifactorial individualizada.

Como hemos comentado, cuando el cribado nos da como resultado que el paciente tiene un alto riesgo de caídas o tras una caída con consecuencia, puede

ofrecerse una valoración multifactorial individualizada para identificar y abordar futuros riesgos así como una intervención individualizada sobre los riesgos detectados encaminada a promover la autonomía y mejorar la función física y psicológica.

Proponemos la siguiente evaluación que incluya una anamnesis de historia de caídas.

Muchos de estos aspectos ya han sido valorados y mencionados en el módulo anterior en la que hemos denominado valoración geriátrica multicomponente o VGI. En nuestro caso en esta evaluación nos centraremos en aspectos concretos que puedan estar relacionados con las caídas, aunque hay que resaltar que la individualización dependerá de cada paciente, de las características, de los antecedentes, de los procesos que presente,... Por lo que quizás habrá que valorar más ampliamente unas áreas que otras.

Anamnesis de historia de caídas.

- Número de caídas que ha presentado el paciente el último año.
- Lugar de la última caída.
- Actividad que estaba realizando en el momento de la caída: reposo, actividad transferencial... Igualmente, es importante preguntar sobre la mecánica de la caída.
- Síntomas que han acompañado a la caída: conocer la existencia o no de prodromos, disnea, sensación de inestabilidad, debilidad, dolor torácico, pérdida de conocimiento, déficits neurológicos, otros.
- Consecuencias de las caídas previas: se deberá recoger tanto las consecuencias físicas como las psíquicas (Síndrome post-caída, miedo a volver a caer).
- Repercusiones sociales que ha producido la caída en su entorno cercano.

Es importante sistematizar el registro en historia de todas las caídas que nos refieran nuestros pacientes.

La intensidad de las diferentes áreas de exploración que se proponen en la valoración vendrá condicionado por las características clínicas de las personas y la sospecha hacia las causas que motivan el riesgo de caídas en función de eso proponemos: Existencia de enfermedades que pueden favorecer las caídas Es importante conocer la existencia de enfermedades que se pueda asociar con el riesgo de padecer caídas e intentar tenerlas controladas, las más frecuentes son:

- Causas neurológicas: Accidente cerebro-vascular, enfermedad de Parkinson y síndromes extrapiramidales, hidrocefalia normotensiva, deterioro cognitivo, dis-

función del equilibrio, masas intracraneales, etc.

- Causas musculoesqueleticas: Deformidades de la columna vertebral y del pie, artrosis, artritis, miositis, fracturas, debilidad muscular.
- Causas cardiovasculares: Sincope, trastornos del ritmo cardiaco, enfermedad del seno carotideo, cardiopatía isquémica, miocardiopatía obstructiva, embolia pulmonar, hipotensión arterial, ortostatismo, vasculopatías.
- Otras/descompensaciones: Intoxicación, hipoglucemia, deshidratación, alteraciones tiroideas, anemia, sincopes neurovegetativos, infecciones, diarreas, incontinencia, depresión, ansiedad, psicógena.

Valoración funcional/ valoración actividades vida diaria Barthel (ABVD) y índice de Lawton (AIVD). A mayor dependencia mayor riesgo de caída.

Valoración equilibrio de la marcha.

- La valoración de este apartado es un aspecto muy importante en aquellos mayores que han sufrido caídas de repetición, en la bibliografía hay distintos estudios que han demostrado la relación entre los trastornos de equilibrio y de la marcha con las caídas.
- Esta exploración nos permitirá conocer la velocidad y las características del paso, movimientos que acompañan a esta y de esta manera descartar determinados procesos patológicos vestibulares que favorecen las caídas.
- Algunas alteraciones son buenos predictores de caídas recurrentes: mal equilibrio en sedestación, dificultad al levantarse o sentarse, inestabilidad inmediatamente tras levantarse, tambaleo en los giros y pasos cortos y discontinuos.
- Es importante tener en cuenta si emplea o no ayudas a la deambulación, la adecuación y utilización correcta de las mismas.

Valoración del aparato locomotor.

Habrà que realizar una exploración física completa. Para la evaluación de la fuerza muscular en los miembros inferiores, las pruebas de los flexores plantares, de los extensores de cadera y de los abductores de cadera aportan información sobre la presencia o no de debilidad en estos. Es muy importante realizar una valoración podológica. Mantener la función del pie, mejorar la adaptación del calzado es determinante para las caídas mantener la funcionalidad en el mayor, con objeto de mantener la autonomía personal y reducir el riesgo de caídas. Hay que valorar el pie del mayor y su adecuación al calzado: deformidades propias de la edad, funcionalidad de la articulación del tobillo, uñas deformadas, sequedad

en pie o presencia de durezas u hongos, presencia de dolor al caminar... Si presentan alteraciones que pueden dar como consecuencias un aumento del riesgo de caídas será importante que se le derive para realizar una valoración podológica.

Valoración sensorial: visión y audición:

Visión:

- Se debería determinar el grado de agudeza visual.
- Se debe comprobar en historia si existen o no alteraciones visuales recogidas como son: retinopatía diabética, retinopatía hipertensiva, glaucoma, traumatismos anteriores...
- Conocer si el paciente tiene algún problema visual en control y cuándo ha sido revisado en oftalmología.

Audición:

- Valoración y detección de agudeza auditiva y/o patología mediante preguntas sobre las dificultades de oír en su vida cotidiana, en una conversación, cuando ve la TV, cuando habla por teléfono. Se puede usar test del susurro, roce de dedos...
- Si esta alterada realizar otoscopia para descartar tapón de cerumen.
- Comprobar en historia si existen o no enfermedades crónicas de oído y se estas están siendo controladas por ORL.

Valoración neurológica:

Se debe realizar una exploración neurológica básica incluyendo: exploración de pares craneales, fuerza en EE, rigideces, equilibrio, coordinación. En base a los hallazgos se puede ampliar la exploración, aunque hay bibliografía que dice que no está claro que sistematizar la realización de una exploración más detallada aporte un valor adicional, mientras consume más tiempo. Con una adecuada valoración se pueden detectar y prevenir eventos favorecedores de caídas.

Valoración cardiovascular:

Se deben realizar una exploración de pulsos arteriales periféricos, descartar arritmias, hipersensibilidad del seno carotideo e hipotensión ortostática: Medir la presión arterial y FC en posición decúbito supino, sentado y de pie. Según remarca la evidencia se debe considerarse la derivación a cardiología en mayores que presentan una hipersensibilidad del seno carotideo que les produzca bradicardia y que hayan experimentado caídas sin causa conocida.

Valoración mental y cognitiva:

El deterioro cognitivo es un factor de riesgo importante en las caídas, con objeto de evitar las mismas y sus consecuencias; es importante hacer una anamnesis sobre el estado cognitivo del paciente y utilizar cuestionarios específicos si este los requiere. Se pueden utilizar para ello el Cuestionario de Pfeiffer (Pfeiffer E, 1975). Este cuestionario valora de una manera muy sencilla fundamentalmente la orientación temporo-espacial y memoria. Y Si pretendiésemos valorar más ampliamente el estado cognitivo, existen otras con mayor rango e intensidad de áreas evaluadas, como el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo- (MEC) (Lobo A, 1979) (Lobo A, 1999), en que se evalúa orientación, fijación, lenguaje y construcción. Puede ser pertinente en algunos casos valorar la esfera afectiva (depresión) u otras alteraciones psicológicas (ansiedad).

Evaluación social:

Para cualquier plan de intervención se debe implicar a la familia y/o a otras personas cercanas. Se recogerán datos en la historia sobre el cuidador principal, características de la vivienda y recursos sociales que dispone el paciente.

Revisión de la medicación:

Recoger información de la medicación del paciente en la historia. Se desarrolla en la intervención multifactorial.

Evaluación de los riesgos del hogar:

Se desarrolla en la intervención multifactorial.

Exploraciones complementarias:

No está probado el valor de la realización rutinaria de pruebas de laboratorio o complementarias (hemograma, bioquímica general, vitamina B12 y ECG) en pacientes que han sufrido caídas; su realización dependerá de los hallazgos del examen clínico y sospecha.

Pruebas de ejecución para la valoración del riesgo de fragilidad y caídas:

- Velocidad de la marcha.
- Test de "Levántate y anda" cronometrado.
- Short physical performance battery (SPPB).

Una manera de valorar la funcionalidad, que se emplea ampliamente en la detección de la fragilidad, son las "pruebas de ejecución" o "desempeño físico". Son pruebas sencillas, que muestran buena correlación con otros cuestionarios de valoración funcional. Además no se ven influidas por déficits culturales, y tienen

potencial pronóstico de deterioro y discapacidad. En ellas los sujetos realizan diferentes tareas específicas, generalmente motrices y de marcha, o relacionadas con el equilibrio o movilidad de extremidades.

Las pruebas más validadas y empleadas en nuestro medio son:

- Velocidad de la marcha. Consiste en pedir a la persona que recorra 2,44; 4; 5; 6 o 10 m de distancia a su ritmo de marcha habitual, aunque para su uso en el medio de Atención Primaria, se puede adaptar a una distancia de 3 ó 4 metros.
- El tiempo de realización de la prueba oscila entre 2 y 3 minutos.
- El profesional que realiza el test debe tener un mínimo adiestramiento previo.
- Los puntos de corte más utilizados para determinar el dintel de riesgo suele situarse entre 1 y 0,8m/seg, siendo esta última la cifra de corte más extendida en los diferentes estudios y recomendaciones de consenso.
- 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.

Test de “levántate y anda” cronometrado (Timed Up and Go Test “TUG”).

El test de fue diseñado específicamente para cuantificar la movilidad y ha demostrado su valor predictivo del deterioro en el estado de salud y las actividades de la vida diaria, así como de caídas, de manera similar a la velocidad de la marcha. La evidencia como herramienta predictora de discapacidad incidente es más escasa. El fallo en esta prueba parece constituirse como mejor predictor a corto plazo (a un año) y por tanto, de más utilidad para asociarse a intervenciones consecuentes; en contraposición a la poca actividad física y ejercicio que predicen a más largo plazo (a tres 3 años). Existe experiencia de su uso y está validada en atención primaria. También está validada para evaluar el riesgo de caídas y ha sido validado recientemente como herramienta diagnóstica de fragilidad.

La prueba del TUG 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. Su tiempo de administración es de 1-2 minutos. Se suele considerar que está 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). La prueba “Short Physical Per-

formance Battery” (SPPB), de uso cada vez más extendido y validada en nuestro medio para la atención primaria de salud, resulta relativamente sencilla de aplicar. Es un test diseñado específicamente para predecir la discapacidad y ha demostrado capacidad para predecir eventos adversos, dependencia, institucionalización y mortalidad. 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) y levantarse y sentarse en una silla cinco veces. Es muy importante respetar la secuencia de las pruebas, ya que si empezamos por las levantadas, el paciente se puede fatigar y ofrecer rendimientos falsamente bajos en los otros sub-tests. El tiempo medio de administración se sitúa entre los 6 y los 10 minutos. Los valores normativos para la población española se han establecido en diversos estudios, de cohortes poblacionales y en atención primaria. 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.

5 Discusión-Conclusión

La identificación precoz de los factores de riesgo permite elaborar y aplicar estrategias de prevención.

A efectos prácticos, para prevenir el riesgo de caídas, en todos los pacientes mayores de 70 años deberíamos adecuar la medicación a las necesidades actuales del paciente: Adecuar la dosis a las necesidades. Valorar el tiempo que lleva tomando la medicación. Valorar la necesidad de mantener la medicación (sobre todo los psicótropos).

Realizar seguimiento periódico de la medicación prescrita y de los cambios planteados. En el caso de las benzodiazepinas se puede trabajar con el paciente en la posibilidad de ir reduciendo la medicación a través de documentos de apoyo e información dirigida a los pacientes. Ayudar a los pacientes y familia a conocer mejor su tratamiento con el objetivo de mejorar la adherencia al mismo, reducir la utilización de medicación “innecesaria” y reducir el número de errores en la toma de medicación. Después de las altas hospitalarias realizar conciliación de la medicación. En esta fase de revisión, uno de los métodos más utilizados es el de la «bolsa marrón» (brown bag), que consiste en que el paciente acuda a la consulta con toda su medicación, de manera que se pueda comprobar exactamente todo lo que está tomando, incluyendo plantas medicinales y la automedicación. Seguir

los protocolos de uso racional de medicamentos de las diferentes CCAA.

Varios estudios han demostrado la eficacia de la intervención sobre la modificación de los riesgos del hogar en la prevención de caídas especialmente en pacientes de alto riesgo que han sufrido caídas y en aquellos con deterioro visual. Esta intervención debería realizarse sistemáticamente a todas las personas que han estado hospitalizadas por una caída, debería formar parte del plan de alta y desarrollarse según un calendario acordado entre el paciente y los miembros del equipo de salud.

6 Bibliografía

- Guía Fisterra de Persona Mayor Frágil: Detección y manejo en atención primaria. 2015.
- <http://www.fisterra.com/>
- Fit for frailty - Consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings - Guía de la British Geriatrics Society. 2014.
- <http://www.bgs.org.uk/>
- Documento de trabajo: 1ª Conferencia de Promoción y Prevención de la Salud en la Práctica Clínica en España. MADRID 2007.
- <https://www.msssi.gob.es/>

Capítulo 570

MARCHA NÓRDICA COMO MÉTODO COADYUVANTE AL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN LINFEDEMA MODERADO (GRADO 2) EN MIEMBRO SUPERIOR TRAS CÁNCER DE MAMA

SARA ESCUER LORENZO

JESSICA BUENO FERNANDEZ

1 Introducción

El linfedema es una acumulación anormal en tejidos blandos a causa de un trastorno en el sistema linfático. Los ganglios linfáticos de la axila recogen la linfa del brazo de ese lado, por lo que si no realizan bien su función habrá un desequilibrio entre formación y re-absorción y se producirá un aumento perimetral de dicha extremidad o linfedema.

Tras un cáncer de mama en el que se ha realizado una mastectomía con vaciamiento axilar (linfadenectomía), o se precise tratamiento radioterápico sobre los ganglios linfáticos, cabe mas riesgo de padecer linfedema. Tal es así que se calcula alrededor de un 75 por ciento en el primer año tras la cirugía por lo que su prevención y tratamiento es de suma importancia, ya que si sigue en aumento llegaría a un grado 3 en el que ya existen cambios tróficos en la piel y seria dificultad para movilizar la extremidad con el riesgo que eso conlleva.

La marcha nórdica consiste en caminar de forma natural utilizando unos bastones específicos para el impulso. Requiere una técnica concreta en la que el marchador debe mirar al frente y llevar la espalda bien recta. El uso de los bastones contribuyen a alargar el paso, ya que de manera general los clava por turnos entre los dos pies a mitad de la zancada. Cuando el bastón se encuentra delante del cuerpo se coge la empuñadura y al realizar la extensión de hombro se suelta abriendo la mano quedando sujeto por una correa que lleva con velcro.

2 Objetivos

Demostrar la importancia de la marcha nórdica como coadyuvante al tratamiento fisioterápico y el beneficio que aporta su posterior práctica tras terminar dicho tratamiento.

3 Metodología

Realizaremos un estudio en el que intervendrán pacientes mujeres entre 35 y 75 años con linfedema de miembro superior tras mastectomía total y vaciamiento axilar con linfedema moderado grado 2.

Se dividió a las pacientes en dos grupos. Uno recibió tratamiento fisioterápico consistente en 20 sesiones a diario excepto sábado y domingo de drenaje linfático manual, presoterapia a 20 mmHg durante 30 minutos, hidratación de la piel y ejercicios con aprendizaje y consejo de auto-drenaje posterior. El otro grupo realizó el mismo tratamiento y además tres días por semana la marcha nórdica en grupo durante 60 minutos divididos éstos en un calentamiento, actividad central y vuelta a la calma, hasta un total de unas 12 semanas.

4 Resultados

En el grupo de las pacientes que han realizado sólo el tratamiento fisioterápico disminuyó el diámetro perimetral del brazo, con la utilización de una manga posterior para contener el linfedema, aunque en algunos casos, ya sea por un mal cuidado, por calor excesivo o causa desconocida hay recidiva y el volumen volvió a aumentar. En otros casos de este mismo grupo, la evolución fue óptima, la manga fue quedando floja con el tiempo por lo que se realizó otra más pequeña para la contención del volumen. Se recomendó seguir con ejercicios enseñados por su fisioterapeuta al igual que el auto-drenaje.

En el grupo de las pacientes que realizaron además del tratamiento fisioterápico mencionado, la marcha nórdica, se percibe además de la disminución objetiva del linfedema, una mayor satisfacción personal con el entrenamiento y un mejor mantenimiento del mismo, sumando los beneficios obvios que la actividad física posee como son la baja de grasa corporal, la mejora de la postura y fortalecimiento de brazos y espalda, la ayuda a mejorar el sistema inmune, promueve la sensación de bienestar debido a la liberación de endorfinas y sobretodo que se realizó en grupo. EL 100 por 100 de las pacientes, deseaban seguir con la actividad.

5 Discusión-Conclusión

El auto-drenaje y los ejercicios que se enseñan a las pacientes para el mantenimiento del volumen de la extremidad genera mucha menos adherencia terapéutica que la marcha nórdica, ya que es una actividad que conlleva poco riesgo si se realiza bien la técnica, se realiza en grupo y permite beneficiarse de los efectos de la actividad física. Se puede realizar durante los meses o años que el paciente desee mientras se encuentre bien físicamente, y cabe destacar que el movimiento que se realiza con las manos durante ésta práctica, es la CLAVE para la disminución y/o mantenimiento del volumen de la extremidad.

6 Bibliografía

- <https://www.aecc.es/es>
- <https://www.youtube.com/watch?v=TWyguC7VVh8>
- <http://www.inwaspain.com/2016/11/03/1239/>

Capítulo 571

DOLOR Y LIMITACIÓN DE LA FLEXIÓN DORSAL TRAS ESGUINCE DE TOBILLO: CAUSAS Y TRATAMIENTO.

RODRIGO ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El esguince de tobillo es una de las lesiones más comunes del aparato locomotor. De entre de este, se estima que entre el 10 y el 30 % de todas sus lesiones implican al tobillo. Afecta más a personas jóvenes, debido a una mayor práctica deportiva, y también afecta más al sexo femenino, en relación a ciertos aspectos constitucionales relacionados con cierta laxitud ligamentosa. También se presenta en la edad adulta y en sujetos que presentan pie cavo.

Comúnmente, los esguinces de tobillo se clasifican en la práctica clínica como grado I, grado II y grado III:

- Grado I (leve): estiramiento ligamentoso sin desgarro macroscópico, acompañado de una leve inflamación y sensibilidad dolorosa, con una mínima pérdida de funcionalidad o incluso sin ella.
- Grado II (moderado): existe una rotura parcial ligamentosa con inestabilidad leve o moderada y discapacidad moderada. Suele acompañarse de equimosis, edema y cierta limitación de movimiento.
- Grado III (severo): se trata de una lesión completa con pérdida de la continuidad del ligamento, acompañado de edema y equimosis considerable o importante,

moderada o incluso gran inestabilidad mecánica y pérdida de movilidad y función.

En diferentes estudios se ha encontrado una reducción en la dorsiflexión o flexión plantar del tobillo tras sufrir esguinces y otras patologías en pies, tobillos o miembro inferior, como por ejemplo en casos de tendinopatía aquilea. Esta reducción en la flexión dorsal del tobillo constituye un problema que puede generar una serie de lesiones o afectaciones importantes en diferentes estructuras, como son:

- Síndrome de dolor femoropatelar.
- Aumento del riesgo de sufrir lesiones de LCA. Se ha demostrado que una dorsiflexión reducida da lugar a una menor capacidad de flexión de rodilla y con ello una peor absorción de las fuerzas en los aterrizajes y cambios de dirección, lo cual puede aumentar el valgo de rodilla, y con ello la carga sobre el LCA y su riesgo de lesión.
- Está relacionado con la aparición de Osgood Schlatter.
- Puede ocasionar problemas tendinosos, como por ejemplo la aparición de tendinopatía aquilea o la tendinopatía rotuliana
- Contribuye a la aparición de fascitis plantar.

Un normal rango de movimiento en flexión dorsal permite una mejora absorción de las fuerzas de reacción del suelo, mientras que en casos en los que la flexión dorsal se vea reducida esta capacidad de absorción disminuye, dando lugar a una sobrecarga de las estructuras citadas anteriormente y contribuyendo a mecanismos lesionales. Resulta por tanto vital conocer las causas y posibles soluciones a este problema.

2 Objetivos

Comprender, a través de la exposición de un caso clínico:

- Las posibles causas de la limitación en flexión dorsal tras un esguince de tobillo.
- Las pruebas y test para tratar de identificar y cuantificar dicha limitación.
- Las consecuencias y problemas que esta limitación puede ocasionar.
- Las posibles actuaciones, tratamiento y consejos para tratar de resolver esta situación, mejorando la movilidad del tobillo y evitando futuras complicaciones.

3 Caso clínico

Futbolista varón de 23 años, que tras sufrir un esguince del ligamento lateral externo (LLE) de grado II en el tobillo derecho hace 2 meses acude a nuestra consulta aquejado de dolor en movimientos que implican una aumentada flexión dorsal, como arrancadas en velocidad, recepción de saltos y cambios de dirección. Inicialmente había sido inmovilizado con una férula durante 2 semanas, y posteriormente había recibido tratamiento de corrientes analgésicas, ultrasonidos y magnetoterapia.

Siente limitación importante por dolor en su actividad deportiva que le obliga a detener la práctica del fútbol. Tras realizar una resonancia magnética se encuentra un edema óseo y ligera fibrosis del ligamento peroneo-astragalino anterior.

En las pruebas de movilidad encontramos una limitación importante en la flexión dorsal del tobillo en el test de Lunge, comparado con el tobillo sano. Del mismo modo se encuentran bloqueos articulares con un astrágalo anterior que presenta problemas para deslizarse posteriormente durante la flexión dorsal, una compresión tibio-astragalina y una tibia anterior. En la valoración muscular se registra una tensión aumentada en toda la cadena posterior, tríceps sural e isquiotibiales, así como una iliaco en posición posterior a nivel de la pelvis.

4 Resultados

Vamos a explicar de forma breve el test de Lunge, que se utilizar para medir la flexión dorsal del tobillo. Para realizarlo nos ayudaremos de una pared. Colocamos una marca a 10 centímetros de distancia de la misma, y la punta del primer dedo por detrás de esa marca. Desde ahí el paciente intenta tocar la pared con la rodilla sin levantar el calcáneo del suelo. Se considera una buena dorsiflexión de tobillo a partir de 10 centímetros, óptima a partir de 15, deficiente entre 5 y 10 centímetros y muy deficiente si es menor de 5 centímetros.

En nuestro paciente encontramos que en el tobillo sano, es capaz de tocar la pared con la rodilla sin levantar el talón colocándose en la marca de 10 centímetros, mientras en el tobillo afecto es incapaz de hacerlo. Se hacen mediciones más cercanas y el paciente logra tocar la pared a una distancia de 5 cms, lo que nos hace constatar una movilidad considerablemente reducida en la flexión plantar del tobillo derecho.

A partir de ahí se inicia un tratamiento enfocado especialmente en eliminar los

bloqueos articulares y las tensiones musculares y en realizar diferentes ejercicios para fomentar la ganancia de flexión dorsal del tobillo, notablemente alterada y que parece estar generando limitaciones y sintomatología en el paciente.

En la primera sesión se corrige la posición de astrágalo anterior, compresión tibioastragalina y tibia anterior con técnicas osteopáticas y articulatorias. También se realizan técnicas articulatorias en la articulación subastragalina y movilizaciones de cuboides y escafoides. Del mismo modo se corrige la posición del ilíaco posterior y se comienza a trabajar a nivel muscular con estiramientos y descarga de toda la cadena posterior: isquiotibiales y tríceps sural. Una retracción a nivel de esta musculatura, así como a nivel del tibial posterior o flexor largo del primer dedo puede ser una de las causas de la limitación de la flexión dorsal.

Se realizan también masajes de cyriax en el ligamento peroneo-astragalino anterior para reducir la fibrosis del mismo. Posteriormente se introducen ejercicios de movilidad activos en diferentes direcciones con el fin de mejorar la flexión dorsal como por ejemplo:

- Únicamente con el pie lesionado apoyado se le pide al paciente que alcance a tocar con el otro pie una serie de conos que se colocan en diferentes direcciones (anterior, lateral, diagonal), sin levantar el talón del suelo, fomentando la utilización de flexión dorsal así como un trabajo propioceptivo.
- Colocando una goma que tracciona del astrágalo en dirección posterior el paciente apoya el pie lesionado adelantado sobre un cajón, con el pie sano en el suelo. Se le pide al paciente que bascule su peso hacia delante aumentando la flexión dorsal en 3 direcciones: anterior, diagonal derecha y diagonal izquierda.
- Se introducen también ejercicios de fortalecimiento de peroneos y musculatura periarticular de tobillo con gomas, y se continúa con los estiramientos y flexibilización de toda la cadena posterior, instruyendo al paciente en la utilización del foam roller para realizar una liberación miofascial y enseñándole una tabla de estiramientos. También se añaden diferentes ejercicios de propiocepción tanto en planos estables como inestables cuando la sintomatología comienza a mejorar.

Durante todo el proceso se incluyen también sesiones de magnetoterapia con el fin de favorecer la disminución del edema óseo. Cada semana se van comprobando las mejoras en la flexión dorsal con el test de Lunge, y se registra una valoración del dolor por parte del paciente. Cuando la sintomatología mejora el paciente comienza a realizar ejercicios de carrera, primero en una única dirección y más adelante con cambios de sentido.

Tras 3 semanas el paciente ha recuperado totalmente su flexión dorsal, y no presenta molestias en la realización de ejercicios, reincorporándose a su deporte habitual y recibiendo el alta deportiva.

5 Discusión-Conclusión

El movimiento normal del tobillo puede verse alterado al sufrir ciertas lesiones. Dentro de estas alteraciones de movilidad, la limitación de la flexión dorsal es una de las más frecuentes tras sufrir un esguince de tobillo y puede ocasionar diferentes problemas que pueden aumentar el dolor o incapacidad funcional y predisponer al paciente a sufrir otras patologías.

Entre las causas de esta limitación encontramos diferentes factores desencadenantes: rigidez o acortamiento muscular, bloqueos articulares, anomalías estructurales... Identificar estas causas y realizar un tratamiento temprano y adecuado resulta fundamental para evitar futuras lesiones y complicaciones, puesto que como hemos visto, la disminución de la flexión dorsal puede afectar incluso a otras estructuras como la rodilla o la cadera.

Resulta fundamental una correcta educación e instrucción del paciente, para dotarle de las herramientas necesarias para trabajar de manera activa la recuperación del rango de movilidad normal del tobillo, que acompañen a la actuación del terapeuta en las diferentes etapas de la lesión. En ocasiones existe una tendencia a considerar lesiones como el esguince de tobillo como un “problema menor”, restándole importancia y llevando a un tratamiento inadecuado del mismo, que si bien quizás no ocasione excesivos problemas a corto plazo sobre todo en casos de pacientes no deportistas, sí puede acarrear problemas en el medio-largo plazo. Es por ello que debemos tratar de identificar y poner solución a todas estas alteraciones del movimiento que se generan tras la lesión, y en este caso hacemos especial énfasis en esa pérdida de la tan necesaria flexión dorsal del tobillo.

6 Bibliografía

- William E. Prentice - “Técnicas de rehabilitación en medicina deportiva”
- <https://fisioterapiayfutbol.wordpress.com/>
- <https://powerexplosive.com/>
- <https://www.elsevier.es/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Capítulo 572

ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ESCOLIOSIS.

LAURA COTO VIEJO

ELENA ALVAREZ FERREIRO

1 Introducción

La vida sedentaria, las malas posturas, la tendencia a la obesidad y las tallas cada vez más altas de los niños están provocando que los problemas de espalda estén empezando a ser demasiado corrientes. Y muchos de estos problemas pueden solucionarse con solo corregir nuestra forma de caminar, sentarnos o dormir. Uno de ellos es la escoliosis.

La enorme cantidad de horas que los menores pasan sentados al día, junto a una posición inadecuada del cuerpo sobre un mobiliario, que muchas veces es inadecuado, y el transporte de más carga de la recomendable en sus mochilas provocan que la aparición de problemas de espalda y cuello haya aumentado de forma alarmante. 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 aumentando a cualquier edad la calidad de vida, disminuyendo la morbilidad y mortalidad.

Pero ¿qué es la escoliosis? La escoliosis es una curvatura lateral de la columna vertebral que ocurre con mayor frecuencia durante el período de crecimiento anterior a la pubertad. Aunque puede presentarse a causa de afecciones como la

parálisis cerebral y la distrofia muscular, se desconoce la causa de la mayoría de los casos de escoliosis. Aproximadamente el 3% de los adolescentes tienen escoliosis. Cuando la causa es desconocida se conoce como escoliosis idiopática, es el tipo más común y dependiendo de la edad se clasifica en infantil (3 años o menos), juvenil (4 a 10 años) y adolescente (11 a 18 años). Otros tipos son la escoliosis congénita, que está presente al nacer, y la neuromuscular que es causada por un problema en el sistema nervioso que afecta a los músculos. Los síntomas que se presentan serán dolor de espalda, debilidad o sensación de cansancio, hombros y cadera que parecen disparejos y curvatura de la columna más hacia un lado.

El objetivo como fisioterapeuta será identificar la escoliosis como tal y diferenciarla de una actitud escoliótica o de una posición escoliótica. Se piensa en la disimetría de miembros inferiores como causa de la actitud escoliótica y para que se hable de escoliosis, se deben dar tres desviaciones (en el plano AP, una rotación y una traslación vertebral). En la escoliosis el signo de Adams es positivo. Las radiografías simples pueden confirmar el diagnóstico.

2 Objetivos

General:

-Explorar la asociación entre la actividad física y la escoliosis.

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 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.

3 Metodología

El proyecto va dirigido a la población de entre 5 y 15 años de ambos sexos que carezcan de patologías que contraindiquen la práctica de ejercicio físico. Se descartarán a aquellas personas que presenten actitud escoliótica y se centrará en las que padezcan escoliosis. Este descarte se realizará con la historia clínica, anamnesis, exploración física y pruebas diagnósticas. Tras este estudio nos quedará una muestra de 60 personas.

El estudio tendrá una duración de 6 meses y una frecuencia de 3 días a la semana (de lunes a viernes). Dividiremos la muestra en dos grupos de 30 aleatoriamente. El primer grupo recibirá un tratamiento fisioterápico consistente en masoterapia y electroterapia y el segundo grupo, además del tratamiento fisioterápico, realizará tablas de ejercicios tanto en colchoneta como en piscina. Se dispondrá de dos profesionales de fisioterapia, uno por cada grupo y se reflejarán los resultados para determinar si hay diferencias significativas entre ambos grupos.

4 Bibliografía

- Dr. Victor González, especialista en medicina deportiva. Cuida la espalda del niño. Cómo prevenir problemas en la columna. Artículo en “Guía del niño”.
- E. Corrales Baz. Proyecto Rural Salut. La higiene postural en niños: un hábito imprescindible para prevenir problemas de espalda. Agosto 2016.
- 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.
- Asociación Española de Fisioterapeutas. Artículo 4 del Reglamento. Madrid 2006.
- Mayo Clinic. Escoliosis. Sept. 2019. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/scoliosis/symptoms-causes/syc-20350716>
- Mistovich RJ, Spiegel DA. The spine. In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, Schor NF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 679.
- Richards BS, Sucato DJ, Johnston CE. Scoliosis. In: Herring JA, ed. Tachdjian’s Pediatric Orthopaedics. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 12.
- Thomas MA, Therattil M. Scoliosis and kyphosis. In: Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD Jr, eds. Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation: Musculoskeletal Disorders, Pain, and Rehabilitation. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 152.
- A.M.Bueno. Rev. Pediatr. Aten. Primaria vol.16 supl.23 Madrid jun.2014. Exploración de columna y cadera. Cómo manejar la escoliosis.

Capítulo 573

FISIOTERAPIA EN EL SINDROME DE LATIGAZO CERVICAL

ELENA ALVAREZ FERREIRO

1 Introducción

El síndrome de latigazo cervical (SLC), whiplash o coup de lapin es una patología muy común en las consultas de fisioterapia debido a los numerosos siniestros que ocurren en nuestras carreteras.

Es el resultado de un traumatismo sobre la columna cervical con elongación muscular y ligamentosa debido a un proceso de aceleración-desaceleración. El mecanismo lesional puede ser más o menos complejo, según las direcciones relativas de los vehículos y la posición de la cabeza en el momento del impacto. Su clave parecen ser unos movimientos no fisiológicos de las vértebras cervicales y tan rápidos que los músculos que normalmente los frenan no tienen tiempo de hacerlo.

En los impactos puede lesionarse cualquier estructura del cuello, aunque lo más frecuente es la afectación de las vértebras C5 y C6 y la lesión del cartílago o de la cápsula de las articulaciones interapofisarias y la de los ligamentos vertebrales comunes anterior o posterior. La definición que se utiliza en la actualidad es la de Quebec Task Force: se trata de un mecanismo de aceleración-desaceleración del cuello con transferencia de energía a la región cervical que puede producirse por un impacto posterior o lateral.

Su clasificación en grados sería:

- 0: no existen signos/síntomas.
- 1: cervicalgia o rigidez sin signos físicos.
- 2 : cervicalgia con disminución de la movilidad y puntos dolorosos a la palpación.

-3 : grado 2 + signos neurológicos como disminución o abolición de los reflejos sensitivos profundos y debilidad o déficit sensitivo.

-4-: grado 2+ fractura o luxación cervical. No se considera latigazo cervical. Tratamiento quirúrgico.

La fisiopatología del SLC se caracteriza por una hiperextensión aguda de la columna cervical seguida por una hiperflexión .

Clínica:

- Lesión de partes blandas: afectación del ECOM, escalenos y largos del cuello, trapecios, suboccipitales, romboides.

- Lesiones primarias de la columna cervical: aplastamientos discales, roturas del ligamento longitudinal y anillo fibroso. Subluxación articulaciones intervertebrales, rotura aparato capsuloligamentoso con compresión de las arterias y raíces nerviosas Cervicalgia: el dolor cervical puede ser irradiado a zona occipital, hombros o zona interescapular.

- Cefalea: suele ser suboccipital con irradiación a la zona temporal u orbital.

- Síndrome del túnel del carpo: bastante común después del latigazo cervical. Dolor en la mano, pulgar o índice con dolor nocturno, parestesias y sensación de acorchamiento.

- Alteraciones visuales:

- Inestabilidad y /o mareos.

- Pérdida de fuerza.

- Parestesias tanto en miembros superiores como inferiores.

- Dolor lumbar secundario al latigazo cervical.

- Disfunción de la ATM: menos habitual que los anteriores pero también puede darse.

2 Objetivos

Con la siguiente revisión bibliográfica se pretende de importancia al tratamiento de fisioterapia respecto al síndrome de latigazo cervical con la finalidad de:

-Disminuir el dolor.

-Disminuir la contractura muscular.

-Recuperar amplitud articular.

-Evitar o eliminar atrofia muscular.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se pretende con la siguiente revisión demostrar que la fisioterapia es un tratamiento importantísimo en la recuperación del síndrome por latigazo cervical, tan frecuente en nuestros días.

Debemos realizar un tratamiento individualizado en función del alcance de la lesión. El dolor no siempre aparece de forma inmediata sino que en ocasiones tiene lugar horas, incluso días después del impacto.

- Realizar examen exhaustivo y anamnesis completa sobre como fue el accidente, en que posición se encontraba el paciente, síntomas en el momento de la exploración Posteriormente realizamos un examen físico valorando la restricción de movilidad, los puntos de sensibilidad y las anomalías musculares. Se hace necesaria la radiografía para descartar fracturas o anomalías óseas importantes como espondilolistesis o dislocaciones. Para ello realizaremos una proyección lateral para visionar desde c3 a c7 y una transbucal para visionar c1 y c2 (que quedan tapadas por los arcos dentales).
- Disminución del dolor, contractura muscular, recuperar amplitud articular y evitar atrofia muscular:
 1. Tratamiento farmacológico de antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares.
 2. Reposo e inmovilización con collarín duro o blando. Actualmente existe cierta controversia respecto al uso del collarín ya que está demostrado que la retirada precoz del collarín se relaciona con menor número de complicaciones y persistencia del dolor. En ocasiones, el uso excesivo del collarín puede derivar en atrofia muscular, limitación excesiva de la movilidad, aumento de la contractura muscular, sensación de discapacidad... Todo ello estará en relación al grado de afectación del esguince cervical.

TRATAMIENTO SEGUN GRADOS DE QTF:

- Grado 1: Uso de collarín blando por una semana, rehabilitación temprana supervisada a base de calor local superficial con compresa húmeda caliente (CHC), masoterapia, movilizaciones activas, ejercicios de relajación a cuello y cintura escapular e higiene de columna. El tratamiento de rehabilitación debe complementarse con uso de medicamentos como analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares. Se deben mantener las actividades cotidianas.
- Grado 2: Collarín blando por un máximo de dos semanas, rehabilitación temprana supervisada con calor local superficial o profundo (ultrasonido) en casos de dolor cervical severo, electroestimulaciones con uso de TENS o corrientes interferenciales, masoterapia, movilizaciones activas, ejercicios de relajación a cuello y cintura escapular e higiene de columna. Medicamentos: analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares. Mantener las actividades cotidianas.
- Grado 3: Collarín rígido hasta por 3 semanas con retiro gradual. Rehabilitación supervisada al retiro del collarín con calor local profundo con ultrasonido o magnetoterapia; electroestimulaciones con TENS o corrientes interferenciales, masoterapia, movilizaciones pasivas, ejercicios de relajación a cuello y cintura escapular e higiene de columna. Medicamentos: analgésicos, esteroides, relajantes musculares. Reintegración a actividades cotidianas dependiendo de la evolución. Posibilidad de tratamiento quirúrgico.
- Grado 4: Tratamiento quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El SLC es un síndrome extremadamente frecuente en nuestros días. La aplicación de fisioterapia demuestra que acelera la recuperación, disminuye las bajas laborales, aumenta la calidad de vida de los pacientes.

Es importante divulgar los beneficios de la fisioterapia en este aspecto para romper con los estereotipos de este tipo de síndromes que siempre se asocian a fraudes, método de dinero fácil etc...

En nuestro medio la población que presenta un SLC es joven, con igualdad de sexos y en la mayoría de las ocasiones se trata de un accidente de tráfico con colisión trasera. Como factores de peor pronóstico médico-legal hemos encontrado la edad, el sexo femenino, un mayor grado clínico inicial, la existencia de enfermedad cervical previa y el hecho de tener una resonancia magnética o TC cervical anormal.

6 Bibliografía

- Efsioterapia: síndrome de latigazo cervical.
- Atlas de anatomía del aparato locomotor y sistema nervioso: Perez Casas.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 574

IMPORTANCIA DE LA REEDUCACIÓN DEL EQUILIBRIO POSTURAL EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR.

SONIA MEANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una de las primeras consecuencias de la amputación en miembro inferior es la pérdida del equilibrio, siendo más acusada cuanto más proximal al cuerpo es dicha amputación y cuanto menos articulaciones se conserven en la misma.

La causa de dicha pérdida de equilibrio es provocada por la pérdida del soporte estático por un lado y por la pérdida de información sensorial tanto propioceptiva como esteroceptiva.

Reeducar el equilibrio en dichos pacientes es primordial para conseguir la marcha, con o sin prótesis, siendo esta última únicamente posible con ayuda de barras paralelas, andadores y/o muletas, y donde el equilibrio jugará un papel aún más importante.

2 Objetivos

- Conseguir la reeducación del equilibrio en amputados de miembro inferior para lograr una marcha adecuada y económica, con o sin prótesis.

3 Metodología

Se establece un programa de rehabilitación en pacientes amputados de miembro inferior, basado en:

- Fortalecimiento de musculatura antigravitatoria bilateral (espinales, glúteos, abdominales y en caso de amputados por debajo de la rodilla cuádriceps en miembro amputado).
- Fortalecimiento de músculos de miembros superiores, por su acción de propulsión y soporte para la deambulación en paralelas, muletas y/o andador (bices, tríceps, deltoides y fijadores de escápula).
- Ejercicios de deambulación y equilibrio en paralelas (caminar a la pata coja, con ayuda de paralelas y poco a poco sin ellas, mantenimiento estático estable e inestable sobre miembro conservado).
- Realidad virtual (wii).

4 Bibliografía

- González Viejo MA, Cohí Riambau O, Salinas Castro F. amputación de extremidad inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación. Barcelona: Masson;2005.
- Humm W. Rehabilitación del amputado del miembro inferior. Editorial JIMS; 1985
- López Chicharro J. Fisiología clínica del ejercicio. Madrid. Editorial Médica Panamericana;2008.

Capítulo 575

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL CÓLICO DEL LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ

1 Introducción

El cólico de lactante es un cuadro normal de inmadurez que se manifiesta en el 20% de los recién nacidos, que debuta a los quince días, tiende a mejorar tras la cuarentena y remite a los 3, 4 meses.

Se caracteriza por episodios de llanto intenso, de inicio repentino e inconsolable más frecuente por la tarde, dolor abdominal, patrón de movimiento extensor, abdomen distendido, enrojecimiento facial, estreñimiento y reflujo gastroesofágico.

Su causa se desconoce pero hay varios factores que pueden influir en su aparición:

Factores orgánicos o fisiológicos

- Inmadurez del sistema digestivo.
- Boca: anquiglosia (evaluación del frenillo con protocolo de Martinelli).
- Burlete palatino,
- Paladar inmaduro
- Falta de tono en la musculatura orofacial o en el tono de los músculos de la lengua.
- Esófago: Su tono es escaso en recién nacidos con escasa velocidad de transporte lo que provoca la acumulación de leches y gases, el extremo distal del esófago.

- Inmadurez del cardias: en el recién nacido hay una ineficacia total del mismo hasta mínimo los cuatro primeros meses de vida provocando reflujo.
- Inmadurez de la mucosa intestinal y desequilibrio hormonal.

Desequilibrio en el sistema nervioso vegetativo: Sobre todo del parasimpático provocando zonas de hipomovilidad. El cólico es un mecanismo de defensa en el que se contrae bruscamente la musculatura lisa intestinal de las zonas adyacentes en las que el peristaltismo falla (SNVP disminuido), provocando la obstrucción y distensión abdominal.

Intolerancia a la lactosa o a la proteína de la leche de vaca.

Factores conductuales:

La depresión postparto, la ansiedad de la madre, el estrés familiar provocan una respuesta equivocada de los padres a las necesidades del niño que potencian el cólico.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico del bebé en el que se evalúa el llanto, el abdomen, las cacas, el reflujo, el patrón de movimiento y el agarre de la toma de leche.

Otro criterio empleado para el diagnóstico es la "Regla de los tres" de Wessel: episodio de llanto intenso y vigoroso al menos tres horas al día durante más de tres días a la semana, al menos tres semanas consecutivas en un bebé que está sano y bien alimentado.

2 Objetivos

- Comprender a través de un caso clínico, las causas más habituales, los rasgos clínicos, el diagnóstico del cólico del lactante así como el abordaje terapéutico del mismo, para disminuir o aliviar sus síntomas.

3 Caso clínico

Padres que acuden a consulta porque su bebé de 25 días lleva tres noches sin dormir, presentando un llanto que no se consuela, está agitado, no se calma, tiene gases y dificultad para defecar.

Las manifestaciones clínicas que presenta son: un patrón de movimiento extensor, enrojecimiento facial, distensión abdominal, llanto continuo que se inicia de

manera brusca e intensa no progresiva más frecuente por la tarde y por la noche.

El patrón de excretas esta alterado y tiende al estreñimiento, reflujo y vómito. Irritabilidad y sueño irregular. Evaluación del frenillo normal. Lactancia materna en exclusividad con buen enganche.

Diagnóstico: cólico del lactante. Diagnóstico diferencial: reflujo gastroesofágico, estreñimiento, intolerancia a la lactosa. Se estableció plan de cuidados (resultados).

4 Resultados

El diagnóstico precoz y la aplicación del plan de cuidados fueron necesarios para la desaparición de los síntomas, lo que hizo mejorar la calidad de vida del bebe.

Plan de cuidados en el manejo del cólico del lactante (caso clínico):

- Evitar bañar al bebé por la tarde noche
- Colocar calor en la barriga del niño para aliviar el dolor
- Calmar al bebé antes de darle la toma
- Se aconseja fisioterapia :Masaje abdominal y orofacial, terapia manual del diafragma, estómago e intestino, cuyo fin . es actuar sobre los tejidos que intervienen en las funciones de las vísceras.
- La osteopatía craneal: es una técnica que se emplea para liberar el nervio vago (X Par craneal) que es el encargado de inervar la región visceral.

5 Discusión-Conclusión

El cólico del lactante es un trastorno de etiología multifactorial de curso benigno que se resuelve espontáneamente en el que podemos influir de manera beneficiosa aplicando un plan de cuidados que mejora la sintomatología del bebé.

6 Bibliografía

- Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwilwe AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatrics*. 1954;14:421-35
- Francesco Savino, Simone Ceratto, Andela De Marco and Luca Cordero di Montezemolo. Looking for new treatments of Infantile Colic. *Italian Journal of Pediatrics* 2014; 40: 1-6

-François Ricard, Jean-Luc Salle. Tratado de osteopatía. 4º edición. Madrid:Medos; 2014

-M.P. Cassar. Manual de masaje terapeutico. Mac Graw Hill Interamericana 2001

-Carlos González. Un regalo para toda la vida: guía de la lactancia materna. Temas de hoy. Barcelona 2012

Capítulo 576

L-CARNITINA COMO SUPLEMENTO NUTRICIONAL EN EL DEPORTE.

ÁNGELA FERNÁNDEZ IGLESIAS

CARMEN PÉREZ FONSECA

1 Introducción

La L-Carnitina es una amina cuaternaria cuya función principal es la generación de energía por la célula. Se une a los ácidos grasos de cadena larga y los conduce hasta el interior de la mitocondria, para llevar a cabo su metabolismo. Esta molécula se puede sintetizar en el hígado, los riñones y el cerebro a partir de dos aminoácidos, estos son la lisina y la metionina.

Las necesidades diarias de L-carnitina se resuelven a través de la síntesis endógena, aunque se cree que su suplementación puede favorecer la eliminación del tejido graso fomentando la β -oxidación de los ácidos grasos, por ello se vende como suplemento dietético a modo de quemador de grasas y potenciador del catabolismo de los ácidos grasos. Es muy apreciada por los deportistas o atletas que practican actividad física que intentan lograr un mayor rendimiento de su salud y forma física.

Sin embargo, la Comisión Australiana de Deporte la ha incluido dentro del grupo B de los suplementos deportivos, en este grupo se encuentran los suplementos cuya eficacia está poco demostrada y que requieren de una mayor investigación.

La baja biodisponibilidad y la dificultad del músculo para captar esta molécula aportada mediante suplementos dietéticos se ha considerado la principal causa

de sus escasos efectos, sin embargo, se ha demostrado que asociarlos a hidratos de carbono simples favorece la captura por parte del músculo y se han podido observar una serie de efectos, como la disminución del lactato muscular, la utilización de glucosa y el aumento del uso de lípidos como sustrato energético, así como la expresión de ciertos genes relacionados con el catabolismo de los lípidos.

También se ha observado que el uso de estos suplementos durante el ejercicio disminuye las concentraciones de radicales libres lo que podría tener un efecto protector sobre los vasos sanguíneos y el músculo.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Evaluar la L-Carnitina como ayuda ergogénica en el deporte.

Objetivos específicos:

Para la consecución del objetivo principal del presente estudio se definen los siguientes objetivos específicos, estudiar:

- La L-Carnitina como amina cuaternaria.
- Síntesis y fuentes naturales de L-Carnitina.
- La L-Carnitina en la salud y en el ejercicio.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos(Medline, Pubmed y en el buscador del National Library of Medicine), utilizando los descriptores: deporte, L-Carnitina, suplementación.

También para completar el estudio se realizó una búsqueda de literatura gris donde se recuperaron artículos, documentos y tesis que fueron analizados y se incluyeron en el presente estudio.

4 Resultados

La L-Carnitina es una amina cuaternaria que participa activamente en el metabolismo, para ello han de activarse mediante la unión a la coenzima A usando como catalizador la acil-CoA sintestasa y producir la forma activada acil-

CoA. Este proceso se realiza en el retículo endoplasmático o en la membrana mitocondrial externa, este paso se denomina activación de los ácidos grasos.

Estos atravesarán la membrana mitocondrial. Los ácidos grasos de menos de diez carbonos atravesarán la membrana por difusión simple, mientras que los ácidos grasos de cadena larga se unen al acil-CoA, la cual es impermeable a la membrana mitocondrial, por lo que necesitarán unirse a la carnitina para poder hacerlo. Forman así un complejo permeable acilcarnitina, bajo la acción de la enzima Carnitin-palmitotransferasa I (CPT I).

En el interior de la mitocondria, ese complejo es destruido y el grupo acil se une a la coenzima A mitocondrial por la enzima carnitin-palmitotransferasa II (CPT II), regenerando la molécula de acil-coA que es llevado a la matriz para ser oxidado y dar origen al acetil-coA para el ciclo de Krebs (Brass & Hiatt, 1998, Champe & Harvey, 1994). Además la L-Carnitina también actúa reduciendo las concentraciones de Acetil-CoA dentro de la mitocondria cuando el ciclo de Krebs está saturado y no puede hacer frente al flujo masivo de Acetil-CoA. La L-Carnitina se une a grupos acetilo, por mediación de la enzima carnitina acetil transferasa, y se forma la L-Acetilcarnitina que actúa como reservorio de grupos Acetilo.

La piruvato deshidrogenasa es inhibida por las elevadas concentraciones de Acetil-CoA, de modo que por este mecanismo se evita que se inhiba la acción de esta enzima, pues su disfuncionalidad se ha relacionado con el acumulo de piruvato, un aumento de los niveles de lactato, que provoca una acidosis metabólica, hipotonía, por daños musculares o hipertoniya muscular por la conversión de la glucosa en Alamina y en algunas ocasiones resulta incompatible con la vida.

De esta forma, la L-Carnitina cumple la función de transportar ácidos grasos de cadena larga a través de la membrana mitocondrial hasta la matriz de la mitocondria y de reducir la concentración de Acetil-CoA así como proveer de una fuente constante de CoASH en la mitocondria.

- La carnitina como aminoácido (síntesis).

La carnitina fue descubierta en 1905 como un componente del tejido muscular animal. Su estructura química fue establecida en 1927 cuando Tomita y Sendju descubrieron la posición de grupo OH (Hullar et al. 2008) y desde el año 1950, la carnitina (3 hidroxil-4-N-trimetilamino-butirato), amina cuaternaria reconocida como una molécula esencial por su indispensable acción fisiológica en el metabolismo, estando presente en muchas especies animales (Fritz, 1995, Rebouche & Seim, 1998).

Se integra al organismo mediante la ingesta proteica animal o es sintetizada en el hígado, los riñones y en el cerebro, llegando a los tejidos por la circulación (Corral et al. 2001). Para su síntesis precisa de un soporte de aminoácidos esenciales, principalmente lisina y metionina además de ácido ascórbico, niacina, piridoxina y hierro, siendo su forma activa la L-carnitina (Clarkson, 1996).

Su distribución en el organismo presenta depósitos bien definidos: en el retículo sarcoplasmático de las células del tejido muscular cardíaco (donde es intenso el metabolismo muscular) y en la musculatura esquelética, donde la captación de carnitina por estos tejidos es medida por un proceso de transporte activo (Corral et al., 2001).

- Fuentes naturales de L-Carnitina.

Carne de ternera: 95 mg.

Carne de cerdo: 27,7 mg.

Bacon: 23,3 mg.

Pescado: 5,6 mg.

Pechuga de pollo: 3,9 mg.

Pan integral: 0,36 mg.

Macarrones: 0,126 mg.

Huevos: 0,0121 mg.

Zumo de naranja: 0,0019 mg.

- La L-Carnitina y la salud.

La carnitina ha sido evaluada principalmente como suplemento alimentario en varias situaciones clínicas; por lo que su deficiencia provoca diversas condiciones patológicas, como diabetes, enfermedades de la tiroides, obesidad y cáncer, reveladas principalmente por varios grados de insuficiencia en los órganos, tales como cetogénesis del hígado y oxidación de ácidos grasos; contenido de glucógeno en el músculo esquelético y utilización del ATP y la capacidad del corazón de cambiar del metabolismo de los lípidos para la glucosa. Así en el músculo esquelético ácidos grasos de las cadenas largas conteniendo acil-CoA proporcionan un índice directo del metabolismo intracelular de lípidos, por lo que queda vinculado a la sensibilidad a la insulina, existiendo una significativa correlación entre la resistencia a la insulina y varios cuadros del metabolismo de ácidos grasos en el músculo esquelético. En ese sentido, el bajo nivel de carnitina-translocasa o CPT I en el músculo insulino-resistente puede contribuir a una elevada concentración de triglicéridos, diglicéridos y ácidos CoA característicos del músculo insulino resistente.

Sin embargo, la carnitina tiene efectos beneficiosos sobre la función cardíaca, previniendo el acúmulo de productos tóxicos y reducciones importantes en el contenido intracelular de carnitina en el miocardio durante los episodios isquémicos. De esa manera, reduce la ineficiencia en la liberación de fosfatos de alta energía a través del aumento de la oxidación mitocondrial de ácidos grasos en el corazón, disminuyendo el daño al tejido miocárdico.

En pacientes con enfermedad arterial periférica en las que el flujo sanguíneo arterial es reducido e incapaz de atender la demanda metabólica de los músculos en actividad, la L-Carnitina también es beneficiosa como agente metabólico capaz de aumentar la disponibilidad local de sustratos productores de energía. Así también actúa como un factor protector importante en la neuropatía desarrollada en individuos diabéticos, aumentando la perfusión endoneural y estimulando la regeneración de las fibras nerviosas.

Finalmente en pacientes con enfermedades renales, los cuales desarrollan una deficiencia de carnitina por efecto del tratamiento, lo cual puede ocasionarles serios disturbios celulares y anormalidades metabólicas, la carnitina tiene efecto de mejorar el perfil hematológico por el aumento del hematocrito y reducción de la utilización de eritropoyetina además de mejorar la capacidad aeróbica e hipertrofia muscular, reducir la ocurrencia de calambres, percepción de la fatiga y aumentar la sensación de bienestar y calidad de vida.

- La L-Carnitina y el ejercicio

El estado metabólico durante el ejercicio puede ser clasificado como de baja o alta intensidad. En proporciones de intensidades bajas de trabajo, el cociente respiratorio permanece bajo, no habiendo acumulación de lactato, permitiendo, que el ejercicio pueda ser mantenido. Sin embargo, en altas intensidades de trabajo, el cociente respiratorio puede ser $> 1,00$ habiendo acumulación de lactato en el músculo y sangre, y el sujeto alcanza rápidamente la fatiga. En descanso la reserva de carnitina en el músculo esquelético es distribuido en aproximadamente 80-90% carnitina, 10-20% en cadenas cortas de acylcarnitina y $< 5\%$ cadenas largas de acylcarnitina. Por otro lado ejercicios por 60 minutos en baja intensidad no tienen efecto sobre la cantidad de carnitina del músculo esquelético.

No obstante, después de sólo 10 minutos de ejercicio de alta intensidad, el pool de carnitina del músculo es redistribuido en 40% carnitina y 60 % de cadenas largas de acylcarnitina. Esa redistribución es acentuada por encima de los 20 minutos de ejercicio y totalmente no es normalizada hasta después de 60 minutos del periodo de recuperación. En consecuencia, la trayectoria de la carnitina en

el metabolismo oxidativo plantea la hipótesis de que ésta promueve un posible efecto ergogénico durante el ejercicio, principalmente en los de larga duración, aumentando la tasa de oxidación de ácidos grasos de cadena larga: preservando el glucógeno y consecuentemente retardando la fatiga.

Así también, la carnitina se muestra como un agente en la oxidación de ácidos grasos libres. Se presume que su suplementación puede mejorar la capacidad de oxidación de esos ácidos grasos durante la contracción muscular, reciclando CoA, por lo que, la carnitina y acilcarnitina, actúan como agentes terapéuticos en el mejoramiento de la capacidad deportiva al mejorar la oxidación de ácidos grasos y reducir la formación intramitocondrial de acetil coenzima A. Este hecho puede ser importante para la función celular: permitiendo de esta forma, mantener una alta actividad de la piruvato-deshidrogenasa y minimizando la acumulación de lactato (Brass, 2000).

5 Discusión-Conclusión

Algunos estudios muestran efectos que la suplementación con L-Carnitina puede ser beneficiosa en el deporte, sus efectos antioxidantes podrían tener un efecto positivo a largo plazo.

Durante la realización de ejercicio intenso se generan agentes prooxidativos como son los radicales libres, estas moléculas provocan una serie de reacciones destructivas sobre los tejidos, que incluye la peroxidación de ácidos grasos. Parece correcto considerar que la L-Carnitina presenta un efecto beneficioso en contra de los daños celulares en los músculos y los tejidos, ya que la producción de radicales libres y especies reactivas del oxígeno se ve disminuida cuando se suplementa L-Carnitina en los deportistas.

Por otra parte, se ha observado que una vez el músculo esquelético retiene la L-Carnitina, aumenta el contenido de glucógeno en dicho músculo y se reducen los niveles de lactato en el desarrollo de la actividad física, lo cual se asocia a un aumento de β -oxidación, ya que esto supone un aumento de las concentraciones de Acetil-CoA que reducen la actividad de la piruvato deshidrogenasa y por tanto descenso de la utilización de glucosa lo que induce a su almacenamiento en forma de glucógeno y por tanto disminuye la producción de lactato.

Ningún estudio ha realizado un seguimiento a largo plazo de los voluntarios una vez han dejado de consumir los suplementos. Tampoco especifica en qué mo-

mento es más adecuado dar el suplemento de L-Carnitina, ni cuando se deben ingerir las soluciones, siendo que tras 2-4 horas después de la ingesta del suplemento es cuando la concentración de L-Carnitina en sangre es máxima y teniendo en cuenta que su paso a músculo se realiza durante la infusión de insulina en la sangre, debería consumirse al azúcar a lo largo de este intervalo en el que la Carnitina es más elevada o quizás sería mejor repartir las tomas durante el día hasta que esta sea eliminada por la orina.

Esta amplia gama de resultados es la causante de que no exista una afirmación concluyente sobre la utilidad de la L-Carnitina y que requiera de una mayor investigación, ya que algunos muestran resultados positivos y otros negativos.

6 Bibliografía

- Arenas, J.; Huertas, R.; Campos, Y.; Díaz, A.E.; Villalón, J.M; Vilas, E. Effects of L-carnitine on the pyruvate dehydrogenase complex and carnitine palmitoyl transferase activities in muscle of endurance athletes. *FEBS Lett*; 341: 91-3, 1994.
- Barnett C.; Costill DL.; Vukovich MD. Et all. Effect of L-carnitine supplementation on muscle and blood carnitine content and lactate accumulation during high-intensity sprint cycling. *Int J Sports Nutr*; 4: 280-8, 1994.
- Bellinghieri, G.; Savica, V.; Mallamace, A; Di Stefano, C; Consolo, F; Spagnoli, LG. Et all. Correlation between increased serum and tissue L-carnitine levels and improved muscle symptoms in hemodialyzed patients. *Am J clin Nutr*; 38 (4): 523-31, 1983.
- Biesek, Simone et all. Estratégias de nutrição e suplementação alimentar no esporte. São Paulo; Manole, 2005.
- Brass, EP; Supplemental carnitine and exercise. *Am J. Clin Nutr*;72 (2 suppl): 618-23, 2000.
- Brass, E.P; Hiatt, W.R the role of carnitine supplementation during exercise in man and in individuals with special need. *J. Am Coll Nutr*; 17:207-215, 1998.
- Carter, A.L: Abney, P.O; Lapp, F.D. Byosintesis and metabolism of carnitine. *J. Child. Neurol*: 10 : 253-257,1995.
- Clarkson, P.M. Nutrition for improved sports performance. *Sports med* 1996; 21: 393-401
- García JB, Trespacios AL. Mitos y realidades de la L-Carnitina. Servicio de Nutrición Clínica de Covadonga (Avilés-Asturias).
- Gómez R.; de Arruda, M.; Borges, F.; Cossio Bolaños, M.A. Efectos de la suplementación de la L-carnitina sobre la composición corporal de ratas entrenadas y

sedentarias. *Biomecánica*. 19 (1), 2011: 7-13.

- Malaguarnera M, Vacante M, Avitabile T, Malaguarnera M, Cammalleri L, and Motta M.L- Carnitine supplementation reduces oxidized LDL cholesterol in patients with diabetes. *Am J Clin Nutr* 2009; 89: 71-6.
- Nelson DL, Cox mm, Cuchillo CM. *Lehninger Principles of Biochemistry*. Barcelona, 2006.
- Stephens FB, Wall BT, Marimuthu K. Skeletal muscle carnitine loading increases energy expenditure, modulates fuel metabolism gene networks and prevents body fat accumulation in humans. *J Physiol*. 2013; 591: 4655-4666.
- Stephens FB, Evans CE, Teodosiu DC and Granhaff PL. Carbohydrate ingestion augments l- carnitine retention in humans. *J Appl Physiol*. 2006; 102:1065-70.

Capítulo 577

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EL PACIENTE CON LESIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DE LA RODILLA. CASO CLÍNICO.

SONSOLES AGÜERIA ALVAREZ

SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ

1 Introducción

La lesión del ligamento cruzado anterior es un esguince o desgarro de ese ligamento, . Las lesiones del ligamento cruzado anterior comúnmente se producen durante la práctica de deportes que implican paradas repentinas o cambios de dirección, saltar y caer con los pies, como el fútbol, el baloncesto, el fútbol americano y el esquí alpino. Muchas personas escuchan o sienten un chasquido en la rodilla cuando ocurre una lesión del ligamento cruzado anterior.

2 Objetivos

- Disminuir el dolor y la tumefacción.
- Potenciación de la musculatura de cuádriceps.
- Reeducación de la marcha para conseguir que esta vuelva a ser lo más fisiológica posible.
- Establecer trabajo de equilibrio y propiocepción.

3 Caso clínico

Paciente que durante un partido de fútbol, sufre una caída fortuita y rompe el ligamento cruzado anterior y el menisco interno derechos. Tras acudir a urgencias y hacerse una resonancia magnética nuclear y las pruebas de valoración traumatológicas pertinentes, deciden colocar una plastia en el ligamento cruzado anterior.

Tras la intervención, el balance muscular de cuádriceps e isquios es de 3/5, y el dolor tiene un valor en la escala EVA de 8/10.

Se encuentra que el paciente al inicio del tratamiento tiene muy limitada la movilidad tanto en flexión como extensión, que mejora a medida que avanzan las sesiones. Insistimos en la necesidad de conseguir al menos 120° de flexión de rodilla y 0° de extensión.

Tratamiento fisioterapéutico establecido:

- Ejercicios activoasistidos para arcos articulares de rodilla derecha (movilizaciones, estiramientos).
- Ejercicios isométricos de cuádriceps/isquios.
- Ejercicios de fortalecimiento muscular de MI derecho (bicicleta estática, movilizaciones con peso, trabajo con gomas).
- Reeducación de la marcha.
- Ejercicios propioceptivos/entrenamiento de equilibrio (sobre superficies estables e inestables).
- Medidas antiálgicas (crioterapia, tens).

4 Resultados

- Se controla el dolor excepto si está mucho tiempo caminando o parado en bipedestación, que cede con medidas antiálgicas o descanso siendo objetivado con la escala EVA 3/0.
- Se consigue 140° de flexión y 0° de extensión del miembro afecto, el balance muscular tanto de cuádriceps como de isquios es de 5/5.
- La marcha se realiza sin ayudas técnicas y prácticamente es igual a la que hacia previa a la lesión.
- El trabajo propioceptivo ha mejorado la estabilidad de la rodilla, permitiendo

los ejercicios monopodales y la subida y bajada de escaleras y rampa sin dolor.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de fisioterapia en este tipo de pacientes es muy importante y necesario para la total recuperación de la lesión, así como la prevención de recidivas. Se debe instruir al paciente en técnicas de prevención de recidivas, así como hacer hincapié en la necesidad de hacer trabajo analítico de la musculatura y estructuras implicadas.

6 Bibliografía

- Alkner BA, Berg HE, Kozlovskaya I, Sayenko D, Tesch PA. Effects of strength training, using a gravity-independent exercise system, performed during 110 days of simulated space station confinement. *Eur J Appl Physiol.*, 2003; Sep;90 (1-2): 44-9.
- Beynnon BD, Johnson RJ, Fleming BC. The science of anterior cruciate ligament rehabilitation. *Clin Orthop Relat Res.*, 2002; Sep; (402): 9-20.
- Fu FH; Schulte KR. Anterior cruciate ligament surgery 1996. State of the art?. *Clin Orthop Relat Res.*, 1986; (325), 19-24.
- Gerber JP et al. Effects of early progressive eccentric exercise on muscle structure after anterior cruciate ligament reconstruction. *J Bone Joint Surg Am.* 2007; Mar; 89 (3): 559-70

Capítulo 578

BENEFICIOS DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

LUCÍA VITURRO BERNARDO

GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS

ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fibromialgia es un síndrome de etiología desconocida que muchos autores, entre ellos la OMS, la llegan a considerar una enfermedad reumática crónica y no inflamatoria^{1,2} mientras que otros la consideran un trastorno de dolor crónico del sistema musculo-esquelético.

Se trata de uno de los problemas musculo-esqueléticos no articulares más comunes donde no es posible encontrar una lesión estructural que justifique los síntomas.^{1,3}

Según los criterios de la American College of Rheumatology afecta entre a al 2% y 4% de la población general. Es más frecuente en mujeres, lo que supone una relación mujer/varón de 21/1. Ocupa el 15% de las consultas reumatológicas y del 5-10% de las consultas en atención primaria.

La fibromialgia hasta el día de hoy, es de etiología desconocida. Sin embargo, se han encontrado evidencias de que el dolor de esta enfermedad está asociado con

zonas cerebrales espinales y con alteraciones de algunos neurotransmisores y hormonas.²

Además, aunque ciertos pacientes nieguen la existencia de factores desencadenantes, otros sí consideran que existe asociación con enfermedades víricas de tipo gripal, traumatismos, intervenciones quirúrgicas o sobrecargas emocionales.

Cabe destacar, que los pacientes con esta enfermedad suelen sufrir otras patologías reumáticas como artritis reumatoide o lupus eritematoso.

Actualmente se cree que la base del problema es una alteración en el procesamiento de la información sensorial, por lo que existiría un trastorno funcional del sistema nervioso central que aumentaría la emisión de los impulsos sensoriales en la médula espinal y el cerebro. Este proceso se denomina sensibilización central.

Además, de estos posibles mecanismos neurobiológicos, también son destacables los factores psicosociales, ya que existe una fuerte relación entre la somatización, depresión y la ansiedad con la fibromialgia. La somatización predice la aparición de dolor generalizado y la depresión se asocia con la intensidad de la activación neuronal de zonas del cerebro que procesan la dimensión motivacional o afectiva del dolor. Sin embargo, la aplicación terapéutica dirigida exclusivamente a la depresión (antidepresivo sin propiedades analgésicas) no siempre mejora la dimensión sensorial del dolor.^{3,4}

Los pacientes describen esta enfermedad como un dolor intenso y generalizado. Es común la frase: “me duele todo el cuerpo”. Este dolor afecta al raquis, a miembros superiores e inferiores y especialmente a la región lumbar, cuello, hombros, rodillas y zona dorsal.

Además de este dolor generalizado, la fibromialgia se caracteriza por otros síntomas. Los más habituales son: 1, 2, 5, 6

- Rigidez diaria y más común matutina, parecida a la rigidez que sufren los pacientes con artritis reumatoide.
- Sensación de tumefacción.
- Parestesias en miembros superiores e inferiores.
- Astenia y fatiga en un 80-90% de los pacientes.
- Cefaleas y/o migrañas.
- Sueño no reparador y en ocasiones, apnea del sueño.
- Ansiedad, depresión y estrés en un 30-40% de los casos.
- Enfermedad de Raynaud y sequedad bucal en un 10% de los casos.

- Colon y vejiga irritable.
- Sensibilidad alterada a la palpación de varios puntos, llamados “tender points”.
- Otros síntomas como: sensación subjetiva de edema, problemas cognitivos, dificultad de aprendizaje, palpitaciones, lipotimia o dismenorrea.

2 Objetivos

- Conocer la eficacia y la evidencia científica del ejercicio terapéutico en la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia.
- Averiguar cual es la pauta recomendada diaria o semanal de este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica sobre la efectividad del ejercicio terapéutico en pacientes con fibromialgia, se realizó una búsqueda en noviembre de 2019 en las bases de datos PEDro (Physiotherapy Evidence Database) y Pubmed.

En cuanto a la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave: “fibromyalgia” y “exercise” Estos términos fueron combinados mediante el operador booleano AND.

Tras realizar este proceso, se aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión a todos los artículos científicos. Estos criterios se muestran a continuación. Una vez aplicados, el número de artículos que fueron incluidos en la revisión sistemática fue de 6.

Criterios de inclusión:

- Ensayos clínicos aleatorizados con una puntuación de al menos 7 en la escala PEDro
- Estudios publicados del 2012 en adelante.
- Estudios en los que se realice un programa de intervención con ejercicio.

Criterios de exclusión:

- Revisiones bibliográficas, estudios de caso, guías clínicas y opiniones de expertos.
- Estudios en sujetos sanos.
- Estudios en los que se realicen más tratamientos combinados con el ejercicio.

- Estudios con una duración inexacta del programa de intervención.

4 Resultados

A continuación, se analizan los resultados de los 6 artículos finales incluidos en esta revisión. 7,8,9,10,11,12. Para el análisis se estudiaron las siguientes variables: autor y año, intervención, tipo de ejercicio, duración del programa, resultados y conclusión. Los resultados más relevantes son mostrados a continuación:

- Fernandes G et al realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2016. Se dividió a los participantes en dos grupos. Ambos grupos realizaron ejercicio aeróbico. El primer grupo realizó natación mientras que el ejercicio del segundo grupo fue caminar. El programa se realizó 50 minutos tres veces por semana durante doce semanas. Tras las doce semanas, se encontró una mejoría en ambos grupos tanto en el dolor como en la calidad de vida, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Por lo tanto, podemos concluir que tanto nadar como caminar es un método efectivo para reducir el dolor y la mejora de la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.
- Andrade CP et al realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2019. Se dividió a los participantes en dos grupos. Un grupo realizó un entrenamiento físico acuático mientras el otro fue un grupo control. El programa de intervención se realizó 45 minutos dos veces por semana durante seis semanas. Tras la intervención los pacientes mostraron una mejora de la capacidad funcional aeróbica y una mejora en el dolor, el bienestar y la calidad de vida. Sin embargo, estas mejoras no se mantuvieron después de un periodo de desentrenamiento de 16 semanas. Por lo tanto, concluimos que el entrenamiento físico acuático debe realizarse de forma constante para mejorar la sintomatología a largo plazo en pacientes con fibromialgia.
- Villafaina S et al, realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2019. Se dividió a los participantes en dos grupos. Un grupo realizó un programa de ejercicio basado en movilidad, control postural, coordinación y fuerza. El otro fue un grupo control. El programa se realizó 120 minutos por semana durante 24 semanas. Los resultados mostraron una mejora de la sintomatología. Además, la respuesta a la intervención pareció ser mejor en aquellos pacientes que presentaron peores síntomas al inicio del estudio. Por lo tanto, concluimos que un programa de intervención completo de 24 semanas muestra resultados favorables en el dolor de pacientes con fibromialgia.

- Collado - Mateo D et al, realizaron un estudio controlado aleatorizado en el año 2017. Se dividió a los participantes en dos grupos. El grupo de ejercicio se basó en un programa de control postural, coordinación de las extremidades superiores e inferiores, acondicionamiento aeróbico, fuerza y movilidad. El otro fue un grupo control. La intervención se llevó a cabo 120 minutos por semana durante 8 semanas. Tras las 8 semanas el grupo de ejercicio mostró una mejora significativa en las dimensiones de dolor, rigidez, ansiedad y calidad de vida. Por lo tanto, los resultados demuestran que este programa de entrenamiento basado en el ejercicio es una intervención efectiva para reducir el dolor y aumentar la calidad de vida en pacientes con fibromialgia.

- Larsson A et al, realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2015. Se dividió a los participantes en dos grupos. Un grupo realizó ejercicios de resistencia individualizados. El otro grupo fue un grupo control. El programa se realizó dos veces por semana tras 15 semanas. Tras este periodo se encontraron mejoras significativas en la fuerza, la calidad de vida y la intensidad actual del dolor en el grupo de ejercicios de resistencia. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los dos grupos en el seguimiento después de 18 meses en comparación con las medidas de referencia. Por lo tanto, concluimos que el ejercicio de resistencia progresivo individualizado es un modo recomendado de ejercicio para pacientes con fibromialgia.

- Hooten WM et al, realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2012. Se dividió a los participantes en dos grupos. Un grupo realizó bicicleta y otro grupo realizó ejercicios isométricos, isocinéticos y excéntricos. El programa se realizó durante tres semanas con un aumento progresivo de la duración cada semana. Tras la intervención, ambos grupos mostraron mejoras significativas en el acondicionamiento aeróbico, la fuerza y el dolor a la presión. Por lo tanto, la comparación entre el entrenamiento mediante ejercicio aeróbico y fuerza tiene efectos equivalentes en la reducción de la severidad del dolor en pacientes con fibromialgia.

Todos los artículos estudiados fueron realizados entre el año 2012 y el 2019. Todos ellos son ensayos clínicos aleatorizados con una puntuación mínima en la escala PEDro de 7 puntos.

En todos se realizó un programa de intervención exclusivamente mediante ejercicio en pacientes con fibromialgia.

El 33'33% de los estudios hicieron una intervención a través de ejercicio aeróbico, mientras que el 16,66% hicieron una intervención a través de ejercicios de resisten-

cia. El 50% de los estudios hicieron una intervención mediante la combinación de los dos tipos de ejercicio.

El 50% de los estudios desarrollaron una intervención inferior a las 9 semanas mientras que el otro 50% fue superior.

El 100% de los estudios evaluó la intensidad del dolor encontrando mejoras significativas.

Además de la medición de los datos automáticamente después de la intervención realizada por el 100% de los estudios, un 33,3% de los estudios hicieron una evaluación posterior a largo plazo, en los que en ningún caso se encontraron los mismos resultados que a corto plazo.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los resultados, podemos afirmar que el ejercicio de cualquier tipo mejora significativamente la sintomatología en pacientes con fibromialgia, especialmente la intensidad del dolor.

Por tanto, sería recomendable un programa de ejercicio que combinara tanto el trabajo aeróbico como el trabajo de fuerza.

Sin embargo y teniendo en cuenta que en los dos casos que se analizaron los resultados a largo plazo la sintomatología fue la misma que antes de realizar la intervención, se recomienda que el programa de ejercicio sea superior a las 24 semanas.

Por lo tanto, podemos considerar que la evidencia más reciente sobre la influencia del ejercicio en pacientes con fibromialgia afirma sin duda, que mejora significativamente la sintomatología.

Es destacable anotar que la mayoría de las mediciones son a corto plazo, por lo que se necesitarían más estudios para determinar cuánto es el tiempo de duración recomendado para mejoras de la sintomatología a largo plazo.

6 Bibliografía

1. Sociedad española de reumatología. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 4ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2004.
2. Verdugo Alonso MA. Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con

discapacidad: instrumentos y estrategias de evaluación. 2ªed. Salamanca: Amarú; 2009.

3. Sanchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Flórez MT et al. Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Madrid: Médica Panamericana; 2006.

4. Hall CM, Thein Brody L. Ejercicio terapéutico: recuperación funcional. Badalona: Paidotribo; 2006.

5. Oteo Álvaro. Guía para la evaluación y el tratamiento del dolor musculoesquelético. Barcelona: Ars Medica; 2006.

6. López Chicharro J, López Mojares LM. Fisiología Clínica del ejercicio. Madrid: Médica Panamericana; 2008.

7. Fernandes G, Jennings F, Nery Cabral MV, Pirozzi Buosi AL, Natour J. Swimming Improves Pain and Functional Capacity of Patients With Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil 2016; 97 (8): 1269-75.

8. Andrade CP, Zamunér AR, Forti M, Tamburús NY, Silva E. Effects of aquatic training and detraining on women with fibromyalgia: controlled randomized clinical trial. Eur J Rehabil Med 2019; 55 (1): 79-88.

9. Villafaina S, Collado-Mateo D, Domínguez-Muñoz FJ, Fuentes-García JP, Gusi N. Benefits of 24-Week Exergame Intervention on Health-Related Quality of Life and Pain in Women with Fibromyalgia: A Single-Blind, Randomized Controlled Trial. Games Health J 2019.

10. Collado-Mateo D, Domínguez-Muñoz FJ, Adsuar JC, García-Gordillo MA, Gusi N. Effects of Exergames on Quality of Life, Pain, and Disease Effect in Women With Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil 2017 Sep;98(9):1725-1731.

11. Anette L , Annie P , Monika L , Malin E , Ene B et al. Resistance exercise improves muscle strength, health status and pain intensity in fibromyalgia—a randomized controlled trial. Arthritis Res Ther 2015; 17 (1): 161.

12. Hooten WM, Qu W, Townsend CO, Judd JW. Effects of strength vs aerobic exercise on pain severity in adults with fibromyalgia: a randomized equivalence trial. Pain 2012; 153 (4): 915-23

Capítulo 579

ELECTROESTIMULACIÓN DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR EN INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA

LUCÍA VITURRO BERNARDO

GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS

ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria es definida como aquella pérdida involuntaria de orina, que causa tanto un problema social como un problema higiénico y que es objetivamente demostrable.(1)

Afecta principalmente a mujeres y la prevalencia es alta. Un estudio de 2016 afirma que afecta al 19% de las mujeres entre 19 y 44 años, al 24% entre 45 y 64 años y por último, al 30% de las mujeres mayores de 64 años. (2)

Los factores de riesgos son múltiples. Podemos dividirlos en factores modificables o no modificables:(3)

- Factores modificables:

Ejercicio de impacto

Fumar

Sobrepeso

Factores hormonales predisponentes

- Factores no modificables:

Edad

Cirugía en columna

Cirugía ginecológica

Número de partos

Uso de fórceps o ventosa durante el parto

Sobrepeso en el embarazo

Genética

A groso modo, podemos dividir los tipos de incontinencia urinaria en dos:

Incontinencia urinaria de esfuerzo. Es la pérdida de orina asociada a un esfuerzo físico, es decir, cuando aumenta la presión abdominal. Normalmente es debida a una hipermovilidad uretral o a un cierre insuficiente de la uretra. Es decir, los mecanismos de resistencia suelen verse afectados, por lo que la musculatura del suelo pélvico está débil. Es más común en mujeres jóvenes.(4)

Incontinencia de urgencia. Es la pérdida de orina asociada a un alto deseo de orinar. Puede deberse a una hiperactividad del detrusor o a una hipersensibilidad. Es más común en mujeres en edad postmenopáusicas. (4)

Sin embargo, el tipo de incontinencia urinaria más común es la incontinencia urinaria mixta.

Los ejercicios de Kegel es la técnica de elección más recomendada en la incontinencia urinaria de esfuerzo. Estos ejercicios aumentan la fuerza de la musculatura y por tanto los mecanismos de resistencia aumentan. Tienen una mayor eficacia en la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero también se han encontrado resultados en incontinencia urinaria mixta. (5)

La vejiga hiperactiva se define como la urgencia urinaria, con una alta frecuencia y la aparición de nicturia. Puede cursar o no con episodios de incontinencia urinaria. (6) En estos casos, hay varios estudios que demuestran la eficacia de los ejercicios de Kegel (7)

Sin embargo, una de las técnicas que más fuerza está cogiendo en los últimos años es la neuroestimulación del nervio tibial posterior. El nervio tibial se origina en las raíces sacras S2-S4, que son las mismas raíces que inervan en su mayoría el músculo de la vejiga. La técnica trata de aplicar una corriente eléctrica analgésica (ya sea de forma invasiva o no invasiva) que provocaría de forma retrógrada

el reequilibrio entre los impulsos (tanto excitadores como inhibidores) que controlan la vejiga.(8)

2 Objetivos

- Conocer la efectividad de la técnica de neuromodulación del tibial posterior en la incontinencia urinaria.
- Averiguar la mejor forma de aplicación de la técnica.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica sobre la efectividad de la neuromodulación del tibial posterior en incontinencia urinaria de urgencia, se realizó una búsqueda en noviembre de 2019 en las bases de datos PEDro (Physiotherapy Evidence Database) y Pubmed.

En cuanto a la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave: “tibial posterior” y “incontinencia urinaria” Estos términos fueron combinados mediante el operador booleano AND.

Tras realizar este proceso, se aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión a todos los artículos científicos. Estos criterios se muestran a continuación. Una vez aplicados, el número de artículos que fueron incluidos en la revisión sistemática fue de 4.

Criterios de inclusión:

- Ensayos clínicos aleatorizados con una puntuación de al menos 5 en la escala PEDro.
- Estudios en los que se realice una neuromodulación de, al menos en un grupo, el nervio tibial posterior.

Criterios de exclusión:

- Revisiones bibliográficas, estudios de caso, guías clínicas y opiniones de expertos.
- Estudios en sujetos sanos.
- Estudios con otras patologías además de la disfunción del suelo pélvico.

4 Resultados

A continuación, se analizan los resultados de los 4 artículos finales incluidos en esta revisión. (9,10,11,12). Para el análisis se estudiaron las siguientes variables: autor y año, intervención, método de evaluación, duración del programa, resultados y conclusión. Los resultados más relevantes son mostrados a continuación:

- Byjoviene L et al realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2018. Se dividió a los participantes en tres grupos. El primer grupo recibió recomendaciones sobre el estilo de vida, el segundo grupo recibió las mismas recomendaciones y además, entrenamiento de la musculatura pélvico. El tercer grupo recibió recomendaciones, entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y la estimulación transcutánea del nervio tibial posterior. Se utilizó como método de evaluación el diario miccional y el cuestionario de salud de King's College. El programa duró seis semanas. Tras el programa, los resultados del cuestionario mejoraron solo en el tercer grupo. Las mujeres redujeron en todos los grupos la urgencia después del tratamiento. Por lo tanto, podemos concluir que los tres tratamientos conducen a una reducción efectiva de la urgencia a corto plazo, pero se requieren medidas a largo plazo.

- Booth J et al realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2018. Se dividió a los participantes en dos grupos. Al primer grupo se le aplicó la técnica de estimulación del nervio tibial posterior mientras que al segundo grupo se le realizó una simulación. Se utilizó como método de evaluación los cuestionarios ICIQ-SF, ICIQ Bowel y AUASI. El programa se realizó dos veces por semana durante seis semanas. Tras las seis semanas, los síntomas urinarios mejoraron en el 87% de los participantes del grupo de neuromodulación mientras que en el grupo placebo mejoraron un 31%. Por lo tanto, podemos concluir que se trata de una técnica efectiva.

- Ramirez Garcia et al al realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2018. Se dividió a los participantes en dos grupos. El primer grupo realizó la técnica de neuromodulación del nervio tibial posterior mediante electrodo mientras que al segundo grupo se le aplicó la misma técnica mediante aguja. Se utilizó un diario miccional como medida de evaluación y el programa duró doce semanas. Tras la intervención se encontraron en ambos grupos una reducción significativa de la micción diurna. Sin embargo, no hay diferencias entre los grupos. Por lo tanto, los hallazgos muestran que la neuromodulación transcutánea es igual de válida que la neuroestimulación mediante aguja.

- Olmo Carmona M et al realizaron un ensayo clínico aleatorizado en el año 2013. Se dividió a los participantes en dos grupos. Al primer grupo se le aplicó la estimulación transcutánea del nervio tibial posterior mientras que el segundo grupo se estimuló un punto de acupuntura. Se utilizó un diario miccional y las escalas de ICIQ-SF como medida de evaluación. El programa duró doce semanas, realizando la técnica una vez por semana. Tras la intervención, se encontró que el efecto del tratamiento es mayor en el grupo de estimulación transcutánea del nervio tibial posterior.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los resultados, podemos afirmar que la técnica de estimulación transcutánea del nervio tibial posterior produce leves mejoras con respecto a otras técnicas en incontinencia urinaria de esfuerzo.

Booth J y Olmo C, demostraron que la técnica produce efectos frente al grupo control, que en este caso fue un grupo de simulación. Bykoviene L et al, también encontró mejoras significativas en las pacientes a las que se les realizó esta técnica. Sin embargo, no encontró cambios significativos entre los tres grupos (recomendaciones de la calidad de vida, ejercicios de Kegel y técnica de estimulación del nervio tibial posterior)

Por otro lado, recientemente Ramírez García I, demostró que no hay cambios significativos entre realizar la estimulación mediante electrodo o aguja. Estos resultados favorecen el uso de esta técnica en aquellos pacientes más reacios al uso de agujas.

6 Bibliografía

1. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97 (6)
2. Castañeda Biart I, García Delgado JA, Ruiz Valdéz M. Epidemiologic aspects about urinary incontinence in urology and gynecology female patients. *Rev Cub Urol* 2015; 5 (2)
3. Grosse D, Sengler J. Fisioterapia en las incontinencias urinarias. Barcelona: Masson; 2001

4. Robles JE. Urinary incontinence. *Anales Sis San Navarra* 2006; 29 (2)
5. Cavkaytar S, Kokanali MK, Topcu HO, Aksakal OS, Dognay M. Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. *J Obstet Gynaecol* 2015; 35 (4): 407-10
6. Juarranz Sanz M, Terrón Barbosa R, Roca Guardiola M, Soriano LLora T, Vil-lamor Borrego M, Calvo Alcántara MJ. Tratamiento de la incotinencia urinaria. *Aten primaria* 2002; 30 (5): 323-332
7. Angelini K. Pelvic Floor Muscle Training to Manage Overactive Bladder and Urinary Incontinence. *NWH* 2017; 21 (1): 51-57
8. Sucar-Romero S, Escobar del Barco L, Rodríguez-Colorado S, Gorbea-Chávez V. Estimulación del nervio tibial posterior como tratamiento de la disfunción del piso pélvico. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82: 535-546
9. Bykoviene L, Kubilius R, Aniuliene R, Bartuseviciene E, Bartusevicius A. Pelvic floor muscle training with or without tibial nerve stimulation and lifestyle changes have comparable effects on the overactive bladder. *Urology Journal* 2018; 15 (4): 186-192
10. Booth J, Hagen S, McClurg D, Norton C, MacInnes C, Collins B et al. A feasibility study of transcutaneous posterior tibial nerve stimulation for bladder and bowel dysfunction in elderly adults in residential care. *J Am Med Dir Assoc.* 2013; 14(4):270-4
11. Ramírez-García I, Blanco-Ratto L, Kauffmann S, Carralero-Martínez A, Sánchez E. Efficacy of transcutaneous stimulation of the posterior tibial nerve compared to percutaneous stimulation in idiopathic overactive bladder syndrome: Randomized control trial. *Neurourol Urodyn.* 2019; (1): 261-268.
12. Olmo Carmona V, González Molleja AM, Luque Ríos I, Rodríguez Torronteras A, Carmona Tamajón VM, García Obrero I. *Rev Int Acupuntura* 2013; 7 (4): 124 – 130.

Capítulo 580

LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO.

CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS

JESSICA BUENO FERNANDEZ

1 Introducción

En los últimos años la prevalencia de la fractura de cadera ha aumentado y se espera que continúe aumentando debido a que la población va envejeciendo y es una de las patologías más frecuentes en la edad avanzada . En la actualidad es un problema importante en la salud pública debido a la frecuencia con la que se producen, el riesgo que provoca dicha lesión por producirse en edades avanzadas y al gran impacto económico debido al gasto que lleva.

La incidencia de esta clase de fractura en España es de 517 casos por cien mil ancianos y año , y 270 casos por cada cien mil hombres y 685 por cada cien mil mujeres. Con mayor frecuencia en mujeres y presenta gran variación en incidencia, mortalidad y estancia hospitalaria entre Comunidades Autónomas.

Se estima que el treinta y tres por ciento de las mujeres y el diecisiete por ciento de hombres que vivan hasta los noventa años padecerán una fractura de cadera. Este incremento en la incidencia se podría explicar por el progresivo envejecimiento de la población española. Esto sumado a la baja actividad física y el escaso uso de medicación contra la osteoporosis contribuyen a la elevación de la incidencia de las fracturas de cadera.

Algunos de los problemas de salud y hábitos de vida que aumentan el riesgo de caídas y fracturas óseas son :

- Padecer osteoporosis, algo especialmente frecuente entre las mujeres mayores de 65 años.
- Padecer alguna enfermedad crónica que conlleve falta de movilidad, o de fuerza como la artritis reumatoide o el párkinson.
- Problemas neurológicos, demencia, alzheimer, etcétera.
- Sufrir episodios de mareos y vértigos, o enfermedades que puedan provocarlos como la diabetes o la hipertensión.
- Baja visión y problemas de visión.
- La toma de ciertos fármacos, como los utilizados para tratar problemas cardiovasculares o para inducir el sueño.
- Permanecer en estado de desnutrición y deshidratación , o tener un índice de masa corporal bajo.
- Tener antecedentes familiares de fractura de cadera por traumatismo leve.
- El consumo de sustancias tóxicas como el tabaco o el alcohol favorece la reducción de la densidad ósea, y aumenta el riesgo de sufrir mareos, problemas respiratorios, e incluso pérdida de la conciencia.
- La falta de ejercicio físico y el sedentarismo reducen la movilidad, la fuerza y la densidad muscular, lo que conlleva fragilidad en los huesos.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento llevado a cabo en pacientes con riesgo de fractura de cadera.
- Describir las pautas a seguir en domicilio para así evitar el riesgo de caída.

3 Metodología

Para el presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente de la fractura de cadera en el anciano. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos, pubmed, medline, y scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para prevenir la fractura de cadera, existen diferentes medidas adaptadas a cada situación:

En caso de menopausia precoz, se puede administrar tratamiento hormonal sustitutivo durante un periodo de tiempo limitado. Posteriormente, y teniendo en cuenta la existencia de otros factores, se realizará una densitometría ósea y, en su caso, se planteará el tratamiento precoz con fármacos frente a la osteoporosis, como los bifosfonatos o denosumab. Salvo casos especiales, el tratamiento farmacológico se iniciará en personas mayores de 60 años.

Entre las recomendaciones para evitar las caídas se encuentran las siguientes: operar las cataratas para mejorar la visión, poner barandillas en las escaleras de las casas, evitar las alfombras y poner antideslizantes en el cuarto de baño y seguir los protocolos existentes de orientación a los pacientes para evitar caídas.

También es conveniente seguir las recomendaciones dietéticas para pacientes con osteoporosis. En primer lugar, ingerir una cantidad adecuada de calcio, en torno a 1.000-1.200 miligramos al día. Es preferible incorporarlo con la dieta que con suplementos. La leche, los yogures y el queso son alimentos ricos en calcio. Asimismo, hay que vigilar los niveles de vitamina D, que se sintetiza por la acción de los rayos ultravioleta sobre la piel, pero la capacidad de absorción disminuye con la edad y en los meses de invierno. Como es difícil suplementar la vitamina D a través de los alimentos, en este caso sí se recomienda el uso de suplementos, debidamente prescritos por el médico.

La práctica de ejercicio es fundamental para fortalecer los huesos. “En personas mayores, se aconseja, fundamentalmente, caminar”, la recomendación general serían entre 30 y 40 minutos al día al menos cinco veces a la semana. “Mejora la estabilidad y la fuerza muscular y reduce el riesgo de caídas”. En cambio, se desaconsejan los ejercicios violentos o con flexión o extensión.

Como prevención es muy importante dar unas pautas para evitar el riesgo a caídas, dichas recomendaciones se deben seguir en el domicilio para que el paciente tenga una mayor seguridad:

- Iluminación. Puede poner un foco con sensor de movimiento en la noche en sitios estratégicos, que le indiquen el camino a seguir, hacia el baño así no despertará al resto de personas que viven en la casa. Si duerme solo, procure que al levantarse por la noche pueda encender una luz, y que está esté fijada al mueble

a lado de la cama o a la pared para que no pueda botarla al encenderla.

- Suelos y Alfombras. Retire las alfombras, cables y pequeños objetos por el suelo que estén en el camino de la casa, ya que probablemente no las pueda ver y se tropiece con ellos. Fije las alfombras grandes al suelo para que no se deslicen ni se doblen por las esquinas. Coloque una superficie antideslizante en el suelo de la cocina enfrente del lavaplatos, y use alfombras antideslizantes en la ducha. No encere los suelos, revise y repare las irregularidades en el suelo ya que pueden provocar que el paciente se tropiece.
- Muebles .Revise el estado de sus sillas para que no se deslicen accidentalmente poniendo tacos de goma en los extremos de las patas. Las mesas deben estar firmemente adheridas al suelo.
- Dormitorio .La cama debe de estar a una altura que le permita acostarse y levantarse con más facilidad, normalmente, unos 30 cm más alta de las normales.
- Baño .Quitar la cerradura de las puertas del servicio, para evitar quedar atrapado. Poner alfombras antideslizantes y barandas para que le pueda facilitar incorporarse.
- Objetos de uso Habitual .Los objetos que utiliza con más frecuencia deben colocarse a una altura entre su mirada y la cadera, para ser vistos con facilidad, y poder acceder a ellos sin elevarse o agacharse, fácil accesibilidad al teléfono.

5 Discusión-Conclusión

Además tenemos que tener en cuenta que hasta un 10 por ciento de los adultos de 65 años en adelante que se han fracturado la cadera tendrán otra fractura de cadera en el plazo de dos años. Los bifosfonatos y otros medicamentos para la osteoporosis pueden ayudar a reducir el riesgo de tener una segunda fractura de cadera. Para evitar los efectos secundarios que hacen que los bifosfonatos orales sean difíciles de tolerar, es posible que el médico te recomiende tomarlos por vía intravenosa (I.V.).

Por lo general, los bifosfonatos no se recomiendan para personas con problemas renales. En pocas ocasiones, la terapia con bifosfonatos a largo plazo podría causar dolor e hinchazón en la mandíbula, problemas de la vista, o una fractura de cadera atípica.

Como conclusión final debemos de buscar todos los métodos posibles para evitar las caídas en la edad adulta. Hay factores que son muy complicados de evitar pero buscaremos métodos para disminuir el número de caídas.

6 Bibliografía

- E. Chimbo S. Marco: Prótesis de cadera y su relación con lumbociatalgía Ambato – Ecuador -Enero 2017
- Peralta Vargas CE. Factores asociados a la recuperación de la marcha y la funcionalidad en ancianos hospitalizados por fractura de cadera 2013(acceso septiembre 2013) Universidad Complutense de Madrid .
- Alberto D. Delgado Martínez Cirugía Ortopédica y Traumatología. Editorial Médica Panamericana 2015.
- “Acta Médica del Centro / Vol. 10 No. 2 2016.
- Si Yin et al.Is there any difference in survivorship of total hip arthroplasty with different bearing surfaces? A systematic review and network meta-analysis. Int J Clin Exp Med 2015; 8 (11): 21871-21885.
- Levy YD, Munir S, Donohoo S, Walter WL. Review on squeaking hips. World J Orthop 2015; 6(10): 812- 820

Capítulo 581

PREVENCIÓN DE LA ARTROSIS EN LA SOCIEDAD ACTUAL

CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS

SARA ESCUER LORENZO

1 Introducción

La artrosis es una enfermedad producida por la alteración de cartílago, uno de los tejidos que forman las articulaciones, lo que origina la aparición de dolor y en ocasiones la pérdida de su movimiento normal. Es la enfermedad reumática más frecuente. Afecta en más o menos grado a todas las personas por encima de los 55 o 60 años. Puede aparecer en cualquier articulación del organismo pero generalmente afecta a las de los dedos de las manos, las del pulgar, rodillas, caderas, primer dedo del pie y la columna cervical y lumbar.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo de la artrosis.
- Prevenir la enfermedad por una parte y por otra disminuir los factores de riesgo que nos llevan a la aparición y evolución de la artrosis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Como factores de riesgo cobran importancia:

- Las condiciones socio-económicas.
- El medio ambiente, el clima y la vivienda.
- Los hábitos, la ocupación y la alimentación.
- La predisposición personal.
- Lo que mayor importancia tiene son los factores mecánicos , especialmente laborales, como microtraumatismos, sobreesfuerzos, calzado inadecuado, pies planos...etc.
- Factores dietéticometabólicos, como la obesidad o la gota.

Como prevención primaria eliminamos los factores de riesgo, en orden a su accesibilidad, ya que debemos tener claro que hay muchos factores de riesgo sobre los que es difícil actuar:

- Llevar una dieta sana y equilibrada.
- Evitar la obesidad.
- Realizar ejercicio físico moderado (acorde con la edad y el estado físico de la persona).
- Limitar los esfuerzos físicos intenso , tales como cargar objetos pesados o desempeñar actividades laborales que exijan un esfuerzo físico intenso.
- Se deben realizar ciertos deportes como ciclismo,natación. Además desaconsejar deportes como tenis, golf, footing, fútbol.. para evitar microtraumatismos reiterados.
- Evitar marchas o permanecer de pie o sentado de forma prolongada. Se debe corregir la estática y la marcha, ya que pueden desencadenar a la larga una incipiente artrosis.
- Realizar ejercicios de estiramiento de postura para buscar un aumento de la movilidad y reforzar músculos cercanos a la articulación y de esta forma aliviar el impacto del movimiento en la articulación.
- Evitar traumatismos repetitivos.
- Evitar frío y humedad .
- Restricción calórica con aporte de calcio, vitamina D y proteínas.

Desde el punto de vista de la prevención con rehabilitación podemos aplicar las siguientes técnicas, buscando disminuir el dolor, mantener o aumentar la amplitud articular, aumentar la fuerza muscular, disminuir la inflamación, mejorar la independencia del paciente y evitar la progresión de la enfermedad:

- Electroterapia analgésica (TENS, corrientes interferenciales, onda corta, microondas...).
- Crioterapia en la fase aguda.
- Termoterapia.
- Hidroterapia.
- Masoterapia.
- Cinesiterapia. con ejercicios como las tracciones.
- RPG (Reeducación Postural Global).

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos añadir que el tratamiento de la artrosis no es curativo sino paliativo, y que los tres puntos principales para llevar a cabo una prevención lo más eficaz posible se basa en los fármacos, medios físicos (es decir la rehabilitación, y muy importante la no inmovilización por parte del paciente debido al dolor) y por último la cirugía.

6 Bibliografía

- Tascioglu F, Kuzgun S, Armagan O, Ogutler G. Short-term effectiveness of ultrasound therapy in knee osteoarthritis. *J Int Med Res.* 2010;38(4):1233-42. Citado en PubMed; PMID: 20925995.
- Cakir S, Hepguler S, Ozturk C, Korkmaz M, Isleten B, Atamaz FC. Efficacy of therapeutic ultrasound for the management of knee osteoarthritis: a randomized, controlled, and double-blind study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2014 May;93(5):405-12. Citado en PubMed; PMID: 24322433.
- Ulus Y, Tander B, Akyol Y, Durmus D, Buyukakincak O, Gul U, et al. Therapeutic ultrasound versus sham ultrasound for the management of patients with knee osteoarthritis: a randomized double-blind controlled clinical study. *Int J Rheum Dis.* 2012 Apr;15(2):197-206. Citado en PubMed; PMID: 2246244.
- Denegar C, Dougherty D, Friedman J, Schimizzi M, Clark J, Comstock B, et al. Preferences for heat, cold, or contrast in patients with knee osteoarthritis affect treatment response. *Clin Interv Aging.* 2010;(5):199-206. Citado en PubMed; PMID: 20711439.

- Yildirim N, Filiz Ulusoy M, Bodur H. The effect of heat application on pain, stiffness, physical function and quality of life in patients with knee osteoarthritis. *J Clin Nurs*. 2010; 19(7-8):1113-20. Citado en PubMed; PMID: 20492056.
- Law PP, Cheing GL. Optimal stimulation frequency of transcutaneous electrical nerve stimulation on people with knee osteoarthritis. *J Rehabil Med*. 2004;36(6): 220-5. Citado en PubMed; PMID: 15626162.
- Gundog M, Atamaz F, Kanyilmaz S, Kirazli Y, Celepoglu G. Interferential current therapy in patients with knee osteoarthritis: comparison of the effectiveness of different amplitude-modulated frequencies. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012 Feb;91(2):107-13. Citado en PubMed; PMID: 22019968.
- Gaines JM, Metter EJ, Talbot LA. The effect of neuromuscular electrical stimulation on arthritis knee pain in older adults with osteoarthritis of the knee. *Appl Nurs Res*. 2004 Aug;17(3):201-6. Citado en PubMed; PMID: 15343554.

Capítulo 582

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN MUJERES CON DISFUNCIÓN PÉLVICA: BIOFEEDBACK EN INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO

MIGUEL REJAS VARONA

ELENA TARJUELO DEL MOLINO

JAIME CUEVA DE MERA

1 Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es "la queja de cualquier fuga involuntaria de orina". La forma más común es la IU de estrés, que es la fuga de orina por esfuerzo, tos o estornudos. La IU es angustiante y socialmente perjudicial, pudiendo restringir el empleo y las oportunidades educativas o de ocio, y puede generar vergüenza y exclusión. Debido a la naturaleza altamente sensible de este problema de atención médica, las mujeres pueden tardar hasta 10 años antes de buscar ayuda, creyendo que la IU es una consecuencia normal del proceso de envejecimiento o pueden no apreciar que existen tratamientos efectivos disponibles.

La cirugía ha sido ampliamente aceptada como el tratamiento de elección para la IUE. Sin embargo, recientemente ha habido un mayor interés en el manejo conservador de esta condición. Debido a que el tratamiento inicial idealmente debería ser el menos invasivo con la menor cantidad de efectos secundarios potenciales, los métodos conservadores se han recomendado como la primera opción para el tratamiento de la IU en muchos casos. El objetivo de la terapia de rehabilitación conservadora es estabilizar la uretra aumentando la fuerza, resistencia, velocidad y coordinación muscular del suelo pélvico en diferentes situaciones, mediante ejercicios de fortalecimiento de esta musculatura(1).

La biorretroalimentación o biofeedback no es una técnica en sí misma si no que en combinación con otras es útil para promover el control correcto de esa contracción y la visualización de la actividad muscular, pues muchas mujeres no saben cómo contraer los músculos del suelo pélvico y necesitan algo de motivación.(2)

2 Objetivos

- Analizar la eficacia y beneficios añadidos del tratamiento con biofeedback al tratamiento conservador tradicional en las disfunciones del suelo pélvico.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática para analizar la eficacia y beneficios añadidos del tratamiento con biofeedback al tratamiento conservador tradicional en las disfunciones del suelo pélvico. Se definió una estrategia de búsqueda bibliográfica en PUBMED, COCHRANE, Phisiotherapy Evidence Database (PEDro), ACADEMIC SEARCH PREMIER, con una limitación de tiempo desde el 2004.

Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron: (“biofeedback”) AND (“pelvic floor” OR “disorders pelvic floor”) AND (“stress urinary incontinence” OR “urinary incontinence”) AND (“women”) NOT “fecal incontinence” . Para la realización de la revisión sistemática se realizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Tener acceso al texto completo.
- Artículos en castellano o inglés.
- Ensayos clínicos.
- Artículos desde 2004 hasta actualidad.
- Estudios realizados en humanos.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que no estuvieran realizados en mujeres.
- Revisiones sistemáticas.
- Artículos anteriores a 2005.

Para la realización de la revisión bibliográfica tenía un total de 13 artículos, pero atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente explicados, se realiza una selección de 6 artículos en total para ser detallados y descritos a continuación. Todos los artículos incluidos han sido leídos y estudiados en profundidad con el objetivo de hacer una revisión exhaustiva sobre los beneficios o no de utilizar el biofeedback como tratamiento coadyuvante del entrenamiento muscular clásico del suelo pélvico.

4 Resultados

Hay un total de 6 artículos, cinco de ellos son artículos descriptivos prospectivos y uno de ellos descriptivo retrospectivo. En la tabla expuesta a continuación de muestran detalladamente los artículos obtenidos en nuestra revisión.

- El estudio de Tarek R. Abbas, Mohamed A. M. Ibrahim, and Ahmed F. Abogamal, (1) es un estudio prospectivo donde se estudia un total de 65 mujeres con una media de edad de entre 30 y 49 años con índice de masa corporal 29,2 en Al-Azhar (Egipto), dos mujeres eran nulíparas, 35 mujeres tenían entre 1 y 3 partos, y 28 mujeres tenían más de 3 partos. Diecisiete mujeres tuvieron cesárea solamente, mientras que 48 tuvieron al menos 1 parto vaginal. El examen pélvico reveló cistocele en 45 mujeres; 40 cistocelos se clasificaron como grado I y 5 se clasificaron como grado II. Los criterios de inclusión fueron tener IUE leve o moderada, ser mujeres premenopáusicas, sin cirugía previa, y sin haber tenido tratamiento previo de fisioterapia y/o farmacológico, y los criterios de exclusión fueron aquellos que no se cumplían en los anteriores, además de excluir aquellas mujeres que presentaban vejiga hiperactiva y aquellas que presentaban defectos intrínsecos del esfínter. En la visita inicial, los pacientes recibieron individualmente información verbal. El entrenamiento de biofeedback se realizó con un sensor sEMG intravaginal que consta de placas de electrodo bipolar longitudinal largo conectadas al equipo de biofeedback y un electrodo sEMG adicional conectado a la pared abdominal inferior. El dispositivo fue diseñado solo para biofeedback, no para estimulación eléctrica.

Las mujeres recibieron instrucciones de contraer los músculos del suelo pélvico y

relajar los músculos abdominales para evitar aumentar la presión intraabdominal. Tanto la producción de sEMG vaginal como la producción de sEMG muscular abdominal se mostraron a los pacientes en una pantalla de ordenador. Las pacientes fueron tratadas individualmente durante 40 minutos dos veces por semana durante un total de 16 sesiones. Todas las pacientes realizaron contracciones fásicas [rápidas (3 segundos), seguidas de 6 segundos de relajación] y contracciones tónicas [sostenidas (10-20 segundos), seguidas de 20-40 segundos de relajación]. Inicialmente, las pacientes realizaron 20 contracciones fásicas y 20 contracciones tónicas en posición supina y luego 10 contracciones fásicas y 10 contracciones tónicas, cada una en posición sentada y de pie, para un total de 80 contracciones. De las sesiones 2 a 7, hubo un aumento gradual en el número de contracciones (10 contracciones fásicas y 10 contracciones tónicas para cada sesión de la intervención) hasta que las mujeres pudieron completar un total de 200 contracciones. Por lo tanto, desde la sesión 7 hasta la última sesión, las mujeres realizaron 40 contracciones fásicas y 40 contracciones tónicas en posición supina y luego 30 contracciones fásicas y 30 contracciones tónicas, cada una en posición sentada y de pie. No se alentó a los pacientes a realizar ningún tipo de programa en el hogar durante la intervención.

Se hace una valoración cuantitativamente mediante una prueba de compresa estandarizada 1 hora antes y después de la intervención. La cura objetiva se definió como 1 g o menos de fuga después de la intervención. La cura subjetiva fue calificada por la autoevaluación de los participantes de su condición después de la intervención como "curada", "casi curada", "mejorada", "sin cambios" o "peor", de la fuerza muscular del suelo pélvico que se evaluó mediante palpación vaginal y perineometría (presión de compresión vaginal). La palpación vaginal se realizó mediante palpación con 2 dedos, y las contracciones se clasificaron como 0 ("ninguna"), 1 ("débil" 1 segundo), 2 ("moderada" 1-5 segundos), o 3 ("fuerte" > 5 segundos). La perineometría se realizó mediante el uso de un sensor de silicona lleno de aire conectado a un perineómetro portátil con un transductor de presión. Se animó a todas las mujeres a contraer los músculos del suelo pélvico, y se registró la presión de contracción máxima. Todas las pacientes fueron sometidas a una evaluación por sEMG de la actividad muscular del suelo pélvico antes de la intervención y en las sesiones 8 y 16 de la intervención. El sensor sEMG vaginal y el equipo de biofeedback fueron los mismos que los utilizados para realizar la interrelación. La actividad eléctrica de los músculos se registró en microvoltios. El King Health Questionnaire también se aplicó para evaluar la calidad de vida de una mujer. Después de la intervención, todos los participantes calificaron su condición en: "curado", "casi curado", "mejorado", "sin cambios" o "peor".

- El estudio de Mariana Tirollo Rett (3) es un estudio prospectivo con un total de 26 mujeres cuya edad media fue de 43,5 años, índice de masa corporal 27,1, entre las cuales se incluían una mujer nulípara, 14 tuvieron entre 1 y 3 partos, y 11 tuvieron más de 3. Siete mujeres tuvieron una cesárea y 19 tuvieron al menos un parto vaginal, también se encontró en el examen pélvico cistocele grado I en la mayoría de las mujeres (61,5%) cuyos criterios de inclusión fueron ser premenopáusicas, y de exclusión prolapsos con grados mayor a 2 o cirugía previa, y aquellas con vejiga hiperactiva o deficiencia intrínseca del esfínter. Las participantes fueron tratadas individualmente dos veces/semana durante 40 minutos durante 12 sesiones. Todas realizaron los ejercicios musculares en posición supina, sedestación y de pie comenzando con cuatro series de 20 contracciones (10 fásicas durante 3 segundos y 10 sostenidas durante 10 segundos) y aumentaron en 10 contracciones por serie durante 4 semanas hasta un total de 200 contracciones. El biofeedback era "Myotrac 3G de Canadá. Se completó un diario miccional 7 días antes de la primera sesión y antes de la doceava sesión.

Para evaluar objetivamente los resultados se realiza una prueba de la compresa una hora antes del tratamiento y una hora después. La fuerza muscular se evaluó mediante la palpación vaginal (dos dedos introducidos interiormente, clasificando las contracciones como 0(ninguna);1 (débil, <1 seg); 2(moderado, 1-5 seg) y 3 (fuerte > 5 seg) y perineometría utilizando un sensor de silicona lleno de aire. Se anima a todas las mujeres a la contracción de la musculatura durante 5 segundos. Se registra la contracción máxima y la contracción promedio. Esta evaluación se realizó antes de comenzar el tratamiento, en la sexta sesión y en la doceava sesión. Y se pasa el "King health Questionnaire" para evaluar la calidad de vida. Finalmente, todos los participantes respondieron a un grado de mejora subjetiva: curado, casi curado, mejorado, sin cambios o peor.

- El estudio de Teng Aik Ong, Su Yen Khong, Keng Lim Ng, Jesse Ron Swire Ting, Norlia Kamal, Wei Sien Yeoh, Ning Yi Yap, and Azad Hassan Razack (4), es un estudio prospectivo aleatorio no ciego realizado en Malaya. Se estudian un total de 46 pacientes con IUE, donde se utilizaron dos preguntas para la evaluación: ¿tiene escapes de orina en actividades como toser, estornudar o correr? y ¿se le escapa antes de llegar al baño?, así pues, se seleccionan solo las mujeres que responden si a la primera pregunta y no a la segunda. De todas estas, 6 no cumplieron los criterios de inclusión. Los criterios de exclusión fueron cirugía de incontinencia previa, tratamiento farmacológico, infecciones urinarias, y enfermedades neurológicas o psiquiátricas. Las pacientes fueron aleatoriamente repartidas en dos grupos: grupo control con 19 mujeres que solo realizaban fortalecimiento de

suelo pélvico, y grupo biofeedback con 21 que trabajaban lo mismo que el anterior además de utilizar el biofeedback. Los cuestionarios utilizados fueron el Australian Pelvic Floor Questionnaire (APFQ), la Modified Oxford Scale (MOS) y una valoración subjetiva en cuanto a su mejoría. Las evaluaciones se realizaron antes de comenzar el tratamiento, a las 4 semanas y a las 16 semanas.

El biofeedback utilizado fue el “Vibrance Kegel Device” que se les colocaba a las participantes intravaginalmente realizándose el tratamiento exactamente igual que para el grupo control. Para el estudio de la fuerza muscular se les pedía a las participantes que realizaran 3 contracciones voluntarias máximas y se cogía la mejor puntuación. Se animaba a las mujeres a hacer fortalecimiento del suelo pélvico diariamente. El entrenamiento de suelo pélvico consistía en trabajar la resistencia: velocidad lenta cercana a la contracción máxima durante 3-10 segundos, seguida de relajación durante otros 3-10 segundos y la velocidad: contracciones rápidas moderadamente fuertes durante 2 segundos seguidas de relajación durante otros dos segundos. Se debían realizar de 3-5 series de cada tipo de entrenamiento. Todos los meses se realizaban sesiones individuales de 20 minutos para registrar información del proceso.

- El estudio de Ha Na Lee & Seo Yeon Lee & Young-Suk Lee & Ji-Yeon Han & Myung-Soo Choo & Kyu-Sung Lee (5), es un estudio prospectivo en el que 111 mujeres con IUE fueron estudiadas, aunque solo 106 cumplían con los criterios de inclusión con una edad promedio de 52,2 +/- 9 años y un índice de balance muscular de 23,3 +/- 2,7, con un número medio de partos vaginales de 2,2, al final nada más que 71 completaron el tratamiento y con 56 pudieron contactar a los 12 meses de finalizarlo para evaluar los beneficios a largo plazo. Los criterios de exclusión fueron: IU mixta predominante de urgencia, incontinencia por desbordamiento, prolapsos en estadio II o superior, infecciones urinarias, enfermedades neurológicas y/o psiquiátricas y/o embarazo.

Se valoraban los escapes de orina mediante la prueba de las compresas, la fuerza muscular utilizando la escala Oxford modificada mediante la palpación con un dedo si el contacto era completo, o con dos cuando el contacto con uno era incompleto y la perineometría donde se incorporó el dispositivo de biofeedback extracorpóreo Hue & Joy d Corea, utilizando como contracción final la máxima que se conseguía tras tres repeticiones. Esto se evaluó al inicio y tras 12 semanas de tratamiento. También se utilizaron para evaluar la incontinencia la escala analógica visual (EVA), el índice de gravedad de Sandvik y el cuestionario de calidad de vida, todos estos al inicio y después de 4 y 12 semanas. Los efectos

a largo plazo del biofeedback se analizaron a los 12 meses después de haber finalizado el tratamiento por teléfono. El tratamiento consistía en visitar dos veces/semana durante las 4 primeras semanas y luego una vez por semana durante las 8 siguientes, cada sesión consistía en dos contracciones de 15 segundos seguidas de un programad de relajación. Se les aconsejaba a los pacientes realizar los entrenamientos en casa.

- El estudio de Nazete dos Santos Araujo, Érica Feio Carneiro Nunes, Ediléa Monteiro de Oliveira , Cibele Câmara Rodrigues and Lila Teixeira de Araújo Janahu(6), es un estudio prospectivo aleatorizado realizado en Brasil constituido por 50 mujeres cuyos criterios de inclusión fueron con una edad comprendida entre 30 y 55 años y con IUE, excluyéndose de este estudio mujeres con insuficiencia intrínseca del esfínter, cirugía previa o que presentasen prolapso vaginal de cualquier grado. Estas mujeres fueron distribuidas en dos grupos: grupo 1 control (25) grupo 2 BFB (25). Las sesiones eran de 30 minutos dos veces por semana durante 8 semanas y consistían en 10 contracciones en 3 series en posición supina, sentada y bipedestación, tres veces al día durante 5-10 segundos la contracción en el grupo control y de 20 minutos con 85 contracciones rápidas y 34 contracciones lentas y otro programa de 10 minutos con 54 contracciones rápidas y 24 contracciones lentas, observando esas contracciones en una pantalla en el grupo con biofeedback.

Los pacientes fueron evaluados por el mismo fisioterapeuta especializado antes y después del estudio. La fuerza de PFM se realizó mediante palpación vaginal digital utilizando la escala Ortiz 16 para evaluar la fuerza muscular. La actividad motora EMG PFM se midió con un equipo PHENIX (Vivaltis, París, Francia), capturados y vistos por los pacientes en la pantalla de la computadora. La señal eléctrica se registró en microvoltios (μV), con el uso de una sonda intravaginal individual con el paciente acostado en posición supina, las piernas y los pies flexionados apoyados en una camilla después de las instrucciones, se le pidió al paciente que realizara 3 contracciones máximas. El registro más alto de la contracción se seleccionó como punto de partida para el tratamiento que se registró y transmitió al ordenador a través de una señal visual. También se aplicó el Health King Questionnaire (KHQ). Se les informó a todas las pacientes de la importancia de continuar con sus actividades diarias, además de aconsejarles que hicieran los mismos ejercicios aprendidos con el fisioterapeuta, también se les indicó que durante actividades de mayor esfuerzo contrajesen la musculatura voluntariamente.

- El estudio de Monica Chiu, Karen Hagglund and Muhammad Faisal Aslam (7), es un estudio retrospectivo que se realiza en el hospital medico St, John en Detroit. Las pacientes eran mujeres de cualquier edad con incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta con o sin incontinencia fecal. Los pacientes se sometieron al menos a una sesión completa del programa de rehabilitación del suelo pélvico que incluía terapia semanal con biofeedback supervisada por un profesional, seguida de electroestimulación con el sistema Urostym más terapia domiciliaria durante toda la semana durante 4-6 sesiones. Se realizaron criterios de inclusión en los que solo 27 mujeres los cumplían sometiéndose al programa de rehabilitación del suelo pélvico. Una mujer fue excluida debido a su incapacidad para tolerar la sonda vaginal y no pudo completar su primera sesión, así pues, incluimos 26 mujeres en el análisis final. La edad media al inicio del programa fue de 49.7 +/- 10.7 años con un índice de masa corporal medio de 33.8 +/- 6.6, una distribución uniforme de la raza, con un 46% de caucásicos (12) y un 54% de afroamericanos (14). Casi la mitad de los pacientes tenían incontinencia mixta, 46% (12), mientras que el resto tenía incontinencia de esfuerzo pura, 27% (7), o incontinencia de urgencia pura, 27% (7). Los pacientes que tenían un componente de incontinencia fecal a su incontinencia constituyeron el 23% (6). La paridad varió de nula a gran multiparidad, con una paridad media de 2.4 +/- 1.9.

La mayoría (85%) no tuvo prolapso (22), mientras que el 15% restante tuvo prolapso asintomático (4). Más de la mitad de los pacientes no habían probado ningún tratamiento previo (62%, 14) mientras que los pacientes restantes probaron ejercicios de Kegel, 27% (7) o medicamentos, 8% (2), y un paciente probó un pesario de incontinencia. Se evalúa el número de fugas antes y después del tratamiento mediante un diario miccional, estableciéndose como éxito del tratamiento la falta de necesidad de tratamiento adicional. La satisfacción completa se definió como al menos 80% o más al final del programa, mientras que la satisfacción parcial se definió como algo inferior al 80% pero tenía cierta satisfacción. Se indicó el éxito si no había necesidad de ningún tratamiento adicional a los seis meses o el fracaso si había necesidad de tratamiento a los seis meses o menos. La finalización del programa se definió como la participación en al menos cuatro sesiones, completando el 80 % de los pacientes (21) el programa.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados encontrados en la literatura sobre el uso del biofeedback son muy variados, no estableciéndose un consenso entre si el uso del biofeedback es tan

útil como algunas literaturas mantienen, o si por el contrario el no uso de esta técnica obtiene los mismos resultados. Así, encontramos estudios como el de Tarek R. Abbas, Mohamed A. M. Ibrahim, and Ahmed F. Abogamal, (1) que cuenta como cincuenta y cinco mujeres (84.6%) de las 65 mujeres inscritas mostraron una reducción del 50% o más en la frecuencia de pérdida de orina. 45 mujeres lograron una mejora de al menos el 75%, 10 mujeres lograron una mejora de entre 50% y 74%, y las 10 mujeres restantes lograron una mejora de menos del 50% en la fuga de orina.

Con respecto a la fuerza muscular, 50 mujeres (76.9%) tuvieron contracciones clasificadas como grado 0 ("ausente") o 1 ("débil") antes de la intervención y después de la intervención, casi todas las mujeres (92.3%) tuvieron contracciones clasificadas como grado 2 ("moderado") o 3 ("fuerte"), lo que demuestra una mejora de al menos 1 grado después del entrenamiento muscular asistido por biofeedback con sEMG, también la calidad de vida, según lo evaluado por el King Health Questionnaire, mostró una mejora significativa en todos los dominios de puntaje, con la excepción de las relaciones personales y con respecto a la curación subjetiva, 57 mujeres (87.6%) informaron una mejora: 15 (23.0%) se consideraron "curadas" y 42 (64.6%) se consideraron "casi curadas". Ninguna mujer consideró que su condición estuviera "sin cambios" o "peor" después de la intervención, así que podemos establecer de este estudio que si que existe mejoría aumentada con el uso de esta técnica, al igual que ocurre en el siguiente detallado por Mariana Tirollo Rett (3), en que 8 (61,5%) de sus mujeres dejaron de usar compresas, en comparación con las 13 (50%) que las utilizaban previamente. Veintidós (84,6%) mujeres mostraron una reducción del 50% o más en la frecuencia de pérdidas de orina. Diez (38,5%) de estas mujeres informaron remisión completa del síntoma. Los cuatro participantes restantes han tenido una mejora de menos del 50% de la frecuencia de pérdidas urinarias. Se encontró curación objetiva (≤ 2 gramos) en 20 (76,9%) mujeres y seis mujeres (23,1%) todavía tenían una fuga leve en la prueba de la compresa. Según la cantidad de fuga en gramos, 18 mujeres mejoraron al menos el 75%, cuatro entre 50% -74% y cuatro mejoraron menos del 50% de la fuga de orina, también hubo una mejora significativa en la fuerza muscular del suelo pélvico evaluada por palpación vaginal y perineometría, mostrando un aumento en las contracciones de presión máximas y medias.

Según el grado de fuerza muscular del suelo pélvico, 20 (76.9%) mujeres mostraron grado 0 o 1 (ausente / débil) antes del tratamiento, y después del tratamiento, casi todas las mujeres (92.3%) mostraron grado 2 o 3 (moderado / fuerte), lo que demuestra una evolución / mejora en al menos un grado después

del biofeedback, en cuanto a la calidad de vida según el King Health Questionnaire (KHQ) mostró una mejora significativa en todos los dominios de puntaje, con la excepción del dominio de las relaciones personales. Informes subjetivos adicionales mostraron que 23 (88.5%) mujeres refirieron mejoría: 6 (23.1%) curaron y 17 (65.4%) casi curaron. Ninguna mujer reportó cambios o empeoramiento después del tratamiento, así que también podemos añadir este estudio a los que afirman que el uso del biofeedback conlleva más beneficios para el tratamiento de la mujer con disfunciones en el suelo pélvico.

De acuerdo está con esto: Ha Na Lee & Seo Yeon Lee & Young-Suk Lee & Ji-Yeon Han & Myung-Soo Choo & Kyu-Sung Lee (5) que afirman en su estudio que también existe una mejoría en cuanto a los escapes de orina tras el tratamiento con biofeedback. 37 mujeres (52,9%) se curaron en la prueba objetiva de la compresa, siendo mejoría notable en el 77,4 %, y algo menor en el resto. En cuanto a la fuerza de esta musculatura aumentó significativamente tras las 12 semanas en el grupo de biofeedback tanto en la evaluación con el perineometro, como en la evaluación con la escala de Oxford modificada. En la escala EVA la incontinencia también mejoró significativamente, al igual que la escala de Sandvik y escala de calidad de vida. Esta estadística es mas favorable en los grupos de tratamiento que cumplían correctamente con el protocolo que se les mandaba adhiriéndose perfectamente al tratamiento exigido, las mejoras son inferiores en aquellos casos en los que las mujeres no cumplían adecuadamente con el tratamiento. Los efectos a largo plazo solo se mantenían en 15 de las mujeres que contestaron al teléfono, mientras que las otras 41 experimentaban algún grado de incontinencia, pero se sabe que solo 24 de las mujeres encuestadas seguían realizando los ejercicios de fortalecimiento en casa, mientras otras no habían realizado nada desde el final del estudio.

Los autores del siguiente estudio: Teng Aik Ong, Su Yen Khong, Keng Lim Ng, Jesse Ron Swire Ting, Norlia Kamal, Wei Sien Yeoh, Ning Yi Yap, and Azad Hassan Razack (4), comprueban que sus pacientes al final de la cuarta semana mejoran de la IUE y fuerza muscular en el grupo con biofeedback, pero que en cuanto a la calidad de vida no se aprecian diferencias en ambos grupos. Al final del tratamiento en la semana 16, el único parámetro donde existen diferencias significativas entre ambos grupos es en la fuerza muscular, por lo que empieza a establecerse aquí controversia entre si es cierto que el biofeedback obtiene mejores resultados que el tratamiento único conservador. Sin embargo hay otros autores como Nazete dos Santos Araujo, Érica Feio Carneiro Nunes, Ediléa Monteiro de Oliveira , Cibele Câmara Rodrigues and Lila Teixeira de Araújo Janahu (6) que

lo tiene claro y dicen que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos que utilicen el fortalecimiento del suelo pélvico aisladamente o con la combinación de biofeedback.

En el estudio de Monica Chiu, Karen Hagglund and Muhammad Faisal Aslam (7) Hubo una reducción significativa en cuanto a la incontinencia después de terminar el programa, de 2.4 escapes por día de media a 1.11 accidentes por día independientemente del número de sesiones en las que el paciente participó. El 61,5% de los pacientes (n = 16) tuvieron éxito después de la rehabilitación del suelo pélvico. De los pacientes que tuvieron éxito con la rehabilitación de suelo pélvico, el 31% (n = 5) sufría de incontinencia de esfuerzo pura, el 19% (n = 3) de incontinencia de urgencia pura y el 50% (n = 8) de incontinencia mixta. Los pacientes con incontinencia de esfuerzo e incontinencia mixta tuvieron la mayor tasa de éxito (71% [n = 5] y 67% [n = 8], respectivamente). Los 10 pacientes restantes necesitaron tratamiento dentro de los primeros seis meses, como inyecciones de Botox con o sin medicamentos (n = 3 sin, n = 1 con medicamentos; 12% y 4% respectivamente), cirugía (n = 3, 12%) (tensión cabestrillo vaginal libre), PTNS (estimulación del nervio tibial posterior) con medicamentos (n = 1, 4%), neuromodulación sacro interstim (n = 1, 4%) y medicamentos solos (n = 1, 4%). El programa de rehabilitación del suelo pélvico fue exitoso para el 71% (n = 15) de los pacientes que tenían al menos una satisfacción parcial o completa al finalizar el programa, mientras que el 29% (n = 6) necesitaba tratamiento adicional. El 80% (n = 4) de los pacientes que no estaban satisfechos con el programa necesitaron tratamiento adicional, demostrándose de nuevo, que el uso de biofeedback como tratamiento coadyuvante obtiene mejores resultados.

Como conclusiones, cabe destacar:

- El entrenamiento y el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico se recomienda como tratamiento de primera línea para mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta, y si además está complementado con un programa de biofeedback los resultados podrían ser mejores.
- Se establecen estrategias no quirúrgicas, cuyos resultados con tratamiento conservador incluyendo o no biofeedback para la IU fueron utilizados en primera línea, ya que aumentan la fuerza contráctil, así como un mayor tono de reposo, que luego proporciona un mejor soporte de los órganos pélvicos y disminución de la incontinencia, siendo estos preferidos por la mejoría más clínica y sin efectos secundarios y más rentable que el quirúrgico.
- No existe consenso entre todos los estudios encontrados en cuanto a si el tratamiento con biofeedback es totalmente espectacular a la hora de establecerse

resultados beneficiosos en la recuperación del suelo pélvico.

- Lo que si queda claro, es que no tiene efectos adversos, por lo que cualquier técnica que sume, y que por el contrario no reste o mantenga, es candidato de aplicarse a cualquier mujer que necesite una estimulación para poder contraer correctamente.

Las limitaciones son:

- No todas las pacientes cumplían con los tratamientos adecuadamente, existiendo diferencias muy marcadas entre grupos con mayor adhesión a los protocolos de tratamiento que las que no lo hacían.
- Los biofeedbacks utilizados en los diferentes estudios no eran los mismos, lo que supone que las pacientes dependiendo del tipo de retroalimentación que obtengan entiendan mejor las señales o no.
- Diferentes criterios son llevados a cabo incluso en los mismos estudios realizados, lo que puede suponer que la mínima variabilidad de las sujeto estudiadas pueda falsear los resultados.

6 Bibliografía

1. Tarek R. Abbas, Mohamed A. M. Ibrahim, and Ahmed F. Abogamal. Conservative Management of Stress Urinary Incontinence by Biofeedback-Assisted Pelvic Floor Physiotherapy. *Med. J. Cairo Univ.*, Vol. 80, No. 1, December: 785-792, 2012.
2. Erica Feio Carneiro Nunes, Luciana Maria Malosá Sampaio, Daniela Aparecida Biasotto-Gonzalez, Reny Costa dos Res Nagano, Paulo Roberto Garcia Lucareli, Fabiano Politti. Biofeedback por pelvic floor muscle training in women with stress urinary incontinence: a systematic review with meta-analysis. *Physiotherapy* 105 (2019) 10-23
3. Mariana Tirolli Rett. Incontinência urinária de esforço em mulheres no menacme: tratamento com exercícios do assoalho pélvico associados ao biofeedback eletromiográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(4): 228
4. Teng Aik Ong, Su Yen Khong, Keng Lim Ng, Jesse Ron Swire Ting, Norlia Kamal, Wei Sien Yeoh, Ning Yi Yap, and Azad Hassan Razack. Using the Vibrance Kegel Device With Pelvic Floor Muscle Exercise for Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Pilot Study. *Urology* 86 (3), 2015
5. Ha Na Lee & Seo Yeon Lee & Young-Suk Lee & Ji-Yeon Han & Myung-Soo Choo & Kyu-Sung Lee. Pelvic floor muscle training using an extracorporeal biofeedback device for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* (2013) 24:831-838

6. Nazete dos Santos Araujo, Érica Feio Carneiro Nunes, Ediléa Monteiro de Oliveira , Cibele Câmara Rodrigues and Lila Teixeira de Araújo Janahu. Effects of pelvic floor muscle training with biofeedback in women with stress urinary incontinence. *Physiotherapy* (2018) 105 (1)
7. Monica Chiu, Karen Hagglund and Muhammad Faisal Aslam. Pelvic floor rehabilitation with biofeedback and electrical stimulation with Urostym for treatment of urinary incontinence. *Front Womens Healt*, 2018 Volume 3(4): 1-4

Capítulo 583

AFECTACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN MUJERES DEPORTISTAS: INCONTINENCIA URINARIA EN ATLETAS DE ÉLITE

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO

MIGUEL REJAS VARONA

ELENA TARJUELO DEL MOLINO

JAIME CUEVA DE MERA

1 Introducción

El músculo elevador del ano juega un papel importante en el mantenimiento de la continencia urinaria. Durante un aumento de la presión intraabdominal, el elevador del ano, una estructura rígida de soporte posterior, ayuda al cierre de la uretra al permitir que la uretra y otros órganos pélvicos se compriman fuertemente contra ella. Los beneficios del ejercicio físico de manera regular son bien conocidos, pero existen indicios de que también los ejercicios extenuantes pueden causar demasiado estrés en los músculos del suelo pélvico. Numerosas mujeres experimentan disfunciones del suelo pélvico, entre las que se encuentran: IU y/o anal, prolapsos y/o disfunción sexual.

La IU se define como "la queja de cualquier fuga involuntaria de orina" y es un problema común en la población femenina con tasas de prevalencia que varían entre 10% y 55% en mujeres de 15 a 64 años. La IU más frecuente en las mujeres es la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), que se define como "pérdida involuntaria de orina por esfuerzo, estornudo o tos, por aumento de presión abdominal, en ausencia de una contracción del detrusor". La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) es la queja de "fuga involuntaria acompañada o inmediatamente seguida de urgencia". La incontinencia mixta es la queja de "fuga involuntaria asociada con la urgencia y también con el esfuerzo" (1,2)(3).

Se sabe que los movimientos de tronco o extremidades están asociados a un incremento de la presión intraabdominal, que afecta directamente a la presión de la musculatura del suelo pélvico, cuando estos movimientos se repiten en intensidad y tiempo, puede tener consecuencias perjudiciales para la función de esta musculatura, si estas fuerzas superan a la presión de cierre de la uretra, se perderá orina, denominándose IUE, esta condición afecta principalmente a las atletas de elite quienes regularmente están expuestas a incrementos de la presión intrabdominal (4). Estas pérdidas son una barrera para la participación de la mujer en actividades deportivas y de ejercicio y, por lo tanto, puede ser una amenaza a la salud, la autoestima y el bienestar de las mujeres.

2 Objetivos

- Analizar las consecuencias del ejercicio físico en mujeres físicamente activas que participan en actividades deportivas.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática para analizar las consecuencias del ejercicio físico en mujeres físicamente activas. Se definió una estrategia de búsqueda bibliográfica en PUBMED, COCHRANE, Physiotherapy Evidence Database (PEDro), ACADEMIC SEARCH PREMIER, e ISI Web of Knowledge, con una limitación de tiempo desde el 2005.

Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron: ("pelvic floor" OR "disorders pelvic floor") AND (sports OR "physical activity" OR "Athletic Performance") AND (female OR woman) AND ("elite athletes" OR "elite sports") AND "urinary incontinence".

Para la realización de la revisión se realizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Tener acceso al texto completo.
- Artículos en castellano o inglés.
- Ensayos clínicos.
- Artículos desde el 2005 hasta actualidad.
- Estudios realizados en humanos, aunque introduzco un estudio realizado en una maqueta de pelvis de mujer en 3D.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos realizados en animales.
- Revisiones sistemáticas.
- Artículos anteriores a 2005.

4 Resultados

Para la realización de la revisión bibliográfica, tenía un total de 34 artículos, pero atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente explicados, se realizó una selección de 14 artículos en total para ser detallados y descritos a continuación. Todos aquellos artículos incluidos se leyeron y estudiaron en profundidad con el objetivo de hacer una revisión exhaustiva sobre los efectos en el suelo pélvico en mujeres que practicaban deporte de alto impacto, sobre todo en atletas de élite.

Hay un total de 14 artículos, siete de ellos son artículos descriptivos prospectivos, tres descriptivos transversales, solo uno de ellos retrospectivo y otro observacional. Y los otros dos son un estudio piloto, y el otro está basado en un modelo computacional de la pelvis femenina en 3D. En la tabla 1, se muestra un esquema de selección de los artículos encontrados, en la tabla 2, un resumen de los resultados obtenidos de la revisión.

- El estudio de J. A. Kruger, H. P. Dietz and B. A. Murphy (1), es un estudio comparativo prospectivo con n:46 mujeres, nulíparas de 19 a 39 años, atendiendo a criterios de edad y puntajes de índice de masa corporal. Se dividieron en dos grupos, un grupo de HIFIT (entrenamiento intensivo frecuente de alto impacto), con 24 atletas de élite quedando incluidas en este grupo aquellas que estuvieran activas en diversos deportes aeróbicos que incluyeran componente de alto impacto y entrenamiento de alta intensidad, como atletismo, baloncesto, squash, tenis y gimnasia, que hubiesen entrenado por un mínimo de 5 años y hubiesen alcanzado un nivel de competición nacional o internacional, y un segundo grupo control con 22 mujeres, que no habían hecho ejercicio previamente, o si lo hacían,

no por más de tres veces a la semana, con ejercicios sin impacto como estiramientos, caminar o nadar. Se analizan parámetros para ver el descenso de órganos en maniobra de valsalva, y el volumen muscular en: situación de reposo, contracción muscular y maniobra de valsalva.

- El estudio de Ingunn Ludviksdottir, Hildur Hardardottir, Thorgerdur Sigurdardottir, Gudmundur F. Ulfarsson (2), es un estudio prospectivo de casos y controles, en el que se mide la fuerza de los músculos del suelo pélvico mediante presión vaginal y evalúa la frecuencia de la IUE. Es un estudio con n:34 mujeres nulíparas sanas de entre 18 y 30 años, en el que se comparan 18 mujeres atletas que habían competido en su deporte durante al menos tres años y 11,4 horas/semana, siendo estos deportes balonmano, fútbol, gimnasia, bádminton, BootCamp y CrossFit con 16 mujeres sin entrenamiento con un promedio de 1,3 horas/semana, en los que se incluían actividades irregulares de caminar o trotar, comparables ambos grupos en edad, estatura e índice de masa corporal (siendo este mayor en mujeres no entrenadas). Se valoró la fuerza de contracción muscular mediante un sensor de presión MYOMED 932 de EnrafNonius.

- El estudio de Nicholas Dias, Yun Peng, Rose Khavari, Nissrine A. Nakib, Robert M. Sweet, Gerald W. Timm, Arthur G. Erdman, Timothy B. Boone and Yingchun Zhang (5), hace un modelo computacional en 3D de la pelvis femenina basándose en trabajos de Yun Peng et al., estos trabajos anteriores testan con mujeres sanas, no atléticas, de 21 años, caucásicas, no fumadoras, nulíparas, con índice de masa corporal 22, en esta pelvis en 3D, se incluyen los componentes esenciales del suelo pélvico, incluyendo músculos, ligamentos, vejiga, vagina, útero, además de un relleno corporal para representar los contenidos intraabdominales y permitir la transmisión de las presiones intraabdominales. En el estudio se simuló un salto vertical desde 30 cm para inducir el efecto de alto impacto aterrizando sobre una madrera dura. Se estudia el comportamiento de la musculatura mediante un acelerómetro colocado en la cresta iliaca, con el fin de probar los efectos de la rigidez del elevador del ano en la movilidad uretral.

- El estudio de Jessica Oliveira Alves, Soraia Tonon Da Luz, Sofia Brandão, Clarissa Medeiros Da Luz, Renato Natal Jorge and Thuane Da Roza (6), es un estudio transversal, cuyos criterios de inclusión fueron ser mujer de entre 18 y 40 años, nulípara y físicamente activa, con un índice de masa corporal entre 18,5 y 25, y sanas, quedando una muestra final de n:245 que cumplieron con los criterios de inclusión, un 55,5% de ellas practicaban deportes de alto impacto, y un 44,5 % de bajo impacto. Se evaluaba la presencia y síntomas de IU mediante el cues-

tionario de ICIQ-SF y el impacto de la IU en la calidad de vida con el cuestionario KHQ, también clasificaba la actividad realizada en alto (voleybal, baloncesto, tenis, atletismo, gimnasia, judo y CrossFit) y bajo (natación, remo, ciclismo, pilates y danza) impacto. También se evaluó el volumen de actividad física en minutos por semana.

- El estudio de Da Roza T, Brandão S, Mascarenhas T, Jorge RN, Duarte JA. (4), es un estudio transversal randomizado, con una muestra n: 386, siguiendo los criterios de inclusión: mujeres sanas jóvenes de entre 14 y 33 años y nulíparas, que no tuvieran un índice de masa corporal mayor de 30, ni diabetes mellitus, dolor pélvico crónico, ni cirugías previas de suelo pélvico. Se divide esta muestra en cuatro grupos atendiendo a criterios de volumen de ejercicio por semana, siendo: GRUPO 1: 0-30 minutos/semana. Mujeres que no hacen ejercicios regularmente, aunque si alguna vez esporádicamente, de acuerdo con el American College of Sports Medicine (ACSM), estas mujeres son físicamente inactivas. GRUPO 2: 31-180 minutos/semana. Realizando ejercicio moderado organizado, siguiendo el 52.2% de ellas las recomendaciones del ACSM. GRUPO 3: 181-420 minutos/semana. Eran mujeres estudiantes de ciencias del deporte, y todas ellas cumplían con las recomendaciones del ACSM y GRUPO 4: 421-2940 minutos/semana. Practicaban regularmente deporte con altas intensidades de entrenamiento para cumplir objetivos de competición. Estas mujeres participaban en diferentes deportes (trampolín, fútbol, balonmano, natación, voleyball, campo a través y artes marciales) todas cumplían las recomendaciones de ACSM. Estudia la IU mediante el ICIQ-SF

- Thuane Da Roza, Maíta Poli de Araujo, Rui Viana, Sara Viana, Renato Natal Jorge, Kari Bø and Teresa Mascarenhas (7), hace un estudio piloto con un pre y post test, con 119 estudiantes físicamente activas que respondieron al cuestionario sobre IU, aunque solo 16 cumplían los criterios de inclusión (mujeres nulíparas, incontinentes y con altos niveles de actividad física), al final solo 7 de ellas concluyeron las ocho semanas de entrenamiento. Los criterios de exclusión fueron: embarazo, cirugía pélvica, problemas neurológicos, infecciones del tracto urinario, prolapsos o incapacidad de contracción de suelo pélvico. Estas mujeres fueron clasificadas respondiendo a tres cuestionarios, el primero relacionado con las características demográficas, el segundo atendiendo al nivel de actividad física con el cuestionario International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAQ-SF), para la prevalencia de IU usaron el International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ UI SF). Se medía la capacidad de contracción con la máxima contracción voluntaria mediante el "Peritron perineometer", previa-

mente se había instruido a las mujeres en como realizar una contracción efectiva. El protocolo consistió en cuatro etapas de dos semanas cada una: 1: conocimiento del suelo pélvico basado en retroalimentación durante la palpación vaginal, 2: contracción del suelo pélvico en diferentes posiciones con pesos progresivos en las extremidades inferiores, 3: contracción del suelo pélvico durante las actividades de correr y caminar, y 4: intentar contraer el suelo pélvico durante las actividades deportivas.

- El estudio de Véronique Vitton, Karine Baumstarck-Barrau, Sarah Brardjanian, Isabelle Caballe, Michel Bouvier, and Jean-Charles Grimaud (8), es un estudio transversal, con 393 mujeres de entre 18 y 40 años que durante un mes fueron instruidas en materia de incontinencia, en este estudio no era un criterio excluyente tener hijos. Se les entregó el cuestionario Ad Hoc que constaba de cuatro partes: 1. datos demográficos y personales (edad, nivel de educación, número de niños, posición durante el día, y carga de pesos, 2. el estado de salud personal: especialmente diabetes mellitus y enfermedades neurológicas, pasado obstétrico y quirúrgico e índice de masa corporal, 3. características de la práctica deportiva y frecuencia semanal: ninguna actividad o práctica de ocio / nivel alto, tipo de deporte que se dividió en siete grupos: grupo 1: técnico (esquí alpino, equitación, vela, esquí acuático); grupo 2: resistencia (natación, ciclismo, atletismo), grupo 3: estética (gimnasia, danza, gimnasia rítmica, fitness), grupo 4: de peso (karate, judo); grupo 5: juegos de pelota, tenis; grupo 6: poder (disco, jabalina); grupo 7: gravedad (escalada, salto de altura), y 4. información sobre la sintomatología del suelo pélvico, (incontinencia anal, IU, estreñimiento y dispareunia) Para cada síntoma presente, se solicitaron más detalles, como frecuencia, naturaleza de la fuga e historial de síntomas. De acuerdo con los datos obtenidos se dividió en dos grupos, mujeres con nivel intenso de deporte (n:169), al menos ocho horas de deporte a la semana, y mujeres con un nivel no intenso de deporte (n:224). Se evaluaron parámetros de IU, incontinencia anal (estos atendiendo a criterios de pérdida de heces, en las que quedaban incluidas las flautuelncias, uso de compresa y calidad de vida), estreñimiento y dispareunia.

- El estudio de Massimo Rivalta, Maria Chiara Sighinolfi, Salvatore Micali, Stefano de Stefani, Francesca Torcasio and Giampaolo Bianchi (9), es un estudio con 3 mujeres nulíparas atletas de entre 29 y 33 años con pérdidas de orina durante el deporte y su vida diaria, las tres tenía un índice de masa corporal de una media de 21,4, y practicaban voleyball, completaron un diario vesical, y les hicieron un estudio urodinámico, sin cistocele significativo (grado I o menos en la clasificación de Halfway), presentaban los escapes sobre todo durante la actividad

deportiva, especialmente en los saltos. No presentaban marcapasos cardiacos, infecciones urinarias ni embarazos previos. El estudio consistía en la realización de un programa de rehabilitación de suelo pélvico que incluía: estimulación eléctrica funcional, biofeedback y ejercicios de musculación del suelo pélvico de acuerdo con el protocolo de Kegel, primero ejercicios de musculación actuando el solo, y luego utilizando conos vaginales. Para la valoración de la musculatura previamente al tratamiento y la comparación con los resultados finales cuatro meses después del programa rehabilitador, se utilizó el test del pubococigeo, con los grados de Modified Oxford Grading Scale.

- El estudio de Carrie Carls (10), es un estudio descriptivo, que intenta evaluar la prevalencia de la IU en mujeres jóvenes atletas, se realiza una encuesta en 171 mujeres atletas, aunque solo 86 de ellas fueron devueltas completas, de entre 14 y 21 años, todas ellas nulíparas. Estas mujeres llevaban a cabo deportes como baloncesto, atletismo, volleyball, animadoras, lanzamiento de peso y danza, y entrenaban entre 3 y 25 horas semanales. El estudio utiliza la Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire para valorar la IU.

- El estudio de K. Bø, J. Sundgot- Borgen (11), es un estudio descriptivo, que compara dos grupos: grupo de exatletas de élite: n: 331, que se dividieron a su vez en tres grupos atendiendo al grado de carga mecánica: siendo estos alto, medio o bajo impacto según la clasificación de Groothausen y Siemer comparándolas con un grupo control de no atléticos de n:640, todas respondieron un cuestionario validado sobre IU y sobre sus hábitos deportivos y/o patrones de actividad física, se encontraban en una edad comprendida entre 30 y 50 años en ambos grupos. Se estudiaron antecedentes menstruales, dietéticos y de peso, y el uso de anti-conceptivos orales. Participar en actividades físicas regulares se definió como la participación en una o más actividades físicas cada semana, cada una de las cuales al menos durante treinta minutos.

- El estudio de Anna Poświata, Teresa Socha and Józef Opara (12), es un estudio descriptivo, con una muestra n: 112 atletas de élite que practicaban deportes de alto impacto que implicaban aumentos importantes y repetidos de la presión intraabdominal, 57 mujeres que practicaban esquí de fondo y 55 mujeres que corrían. La edad de las mujeres corredoras oscilaba entre los $29,49 \pm 6,02$ años y la edad promedio de las mujeres que practicaban esquí de fondo era de $26,61 \pm 4,41$ años. Criterios de inclusión fueron haber practicado deportes profesionalmente durante al menos tres años a nivel nacional o internacional. Los criterios de exclusión fueron menores de 18 años, embarazo y trastornos que pudieran afectar

a la vejiga. El estudio estaba formado por el 76% de mujeres nulíparas y el 24% de mujeres con al menos un parto (70% nulíparas y 30% con al menos un parto esquiadoras, y 82% nulíparas y 18% con al menos un parto corredoras). Se evaluó la presencia de IUE, y se utilizó una forma abreviada del Urogenital Distress Inventory (UDI-6), que evalúa los síntomas de la IU, contiene seis ítems sobre los síntomas de su micción (perdida relacionada con la sensación de urgencia, pérdida relacionada con la actividad física, tos/estornudos, pequeñas pérdidas, dificultad para evacuar la vejiga, dolor o malestar en a parte inferior del abdomen o área genital, tomándose como referencia los tres meses anteriores al estudio.

- El estudio de S Salvatore, M Serati, R Laterza, S Uccella, M Torella and P-F Bolis (13), es un estudio epidemiológico observacional, con una muestra de n: 679 mujeres en edad fértil con una media de 36 años (entre 14 y 51, considerándose estas, mujeres que siguen menstruando) y que practicaban actividad deportiva de manera recreativa, 510 (75,1%) eran mujeres nulíparas y 169 (24,9%) mujeres pluríparas. Se realiza el estudio durante un periodo de seis meses y se utiliza un cuestionario que se divide en tres partes: 1. datos sobre edad, peso, altura, paridad, tipo de deporte, 2. Si existiese IUE, cuando está presente y 3. aparición de IU en relación con el deporte o actividades diarias, el tiempo de inicio de las pérdidas, la frecuencia de episodios de fuga, la relación de incontinencia con tipos de movimientos o deportes, impresión de estar limitado en tales ocasiones y/o necesidad de modificar el tipo de deporte.

- El estudio de Monique Lynae Middlekauff (14), es un estudio con una muestra de n: 70 de mujeres ≥ 18 y ≤ 35 años, nulíparas, no fumadoras, sin lesiones musculoesqueléticas del suelo pélvico en los últimos seis meses y de peso estable. Se dividieron en dos grupos: grupo 1: n: 35, no actividad física extenuante: no habían participado en ninguna actividad de resistencia o impacto en los últimos seis meses, grupo 2: n: 35 actividad física extenuante cuyos criterios de inclusión eran haber participado durante al menos seis meses en CrossFit, al menos tres entrenamientos a la semana, sin uso de sustancias para mejorar el rendimiento. Criterios de exclusión para todas ellas eran antecedentes de histerectomía o cirugía pélvica. Para la evaluación, ambos grupos se sometieron a veinte minutos de ejercicio, para el grupo de ejercicio extenuante se realizó CrossFit, y para el grupo de actividad no extenuante, una caminata. Se utilizaron los cuestionarios de: Cuestionario de Epidemiología del prolapso e Incontinencia (EPIQ): subescalas de IU, fecal, prolapso y vejiga hiperactiva, Cuestionario del Historial de Carga Ósea (BLHQ), para evaluar las cargas aplicadas a la cadera y columna, un cuestionario de historial de salud para evaluar los antecedentes familiares. Se mide la contrac-

ción muscular máxima durante 10 segundos, con 45 segundos de descanso mediante un dispositivo isocinético. El descenso vaginal máximo se evalúa utilizando el POP-Q durante maniobra de Valsalva. La fuerza muscular máxima se midió usando el perineómetro vaginal Peritron 9330V, que también media la presión de reposo vaginal, la fuerza máxima y la fuerza promedio del suelo pélvico.

- El artículo de Eliana Barreto, Eduardo Filoni and Fátima Faní Fitz (15), es un estudio descriptivo, en el que se incluye una muestra n:47 mujeres que practicaban ejercicio físico durante al menos tres meses. El 50% de ellas tenían parto vaginal con episiotomía y el otro 50% cesáreas. Criterios de exclusión fueron: trastornos neurológicos y menopausia. Se llevó a cabo una entrevista para una evaluación de las características de las mujeres (edad, índice de masa corporal, historia ginecológica, ejercicio realizado, frecuencia...), luego se realizó el "Cuestionario Internacional de Actividad Física" (IPAQ), para establecer los minutos por semana de la actividad física en el trabajo, transporte, hogar, ocio y entrenamiento. Las actividades se catalogaron de acuerdo con los MET'S (Equivalente Metabólico de Tarea) en: actividades vigorosas de 5.5 a 8 MET's, y actividades moderadas de 3.3 a 4 MET's, así las mujeres se clasificaron en: individuos activos 51,9% (> 600 minutos por semana) y muy activos 49,1% (> 1500 minutos por semana). La evaluación de la presencia y el impacto de los síntomas urinarios en la calidad de vida de las mujeres que practican actividad física de forma periódica se llevó a cabo por la forma breve del "Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria". (ICIQ-SF).

5 Discusión-Conclusión

J. A. Kruger, H. P. Dietz and B. A. Murphy (1), en cuyo estudio todas las pacientes fueron nuligrávidas y ninguna tenía antecedentes de cirugía pélvica y asintomáticas para el prolapso, se vio que existían diferencias significativas en el descenso del cuello de la vejiga en el grupo de HIFIT en comparativa con el grupo control, en cuanto al descenso del cuello uterino y la ampolla rectal, existe un descenso más amplio en grupo HIFIT, pero no se considera significativo. En cuanto a la contracción muscular, el grupo HIFIT, tiene diámetros significativamente más altos del músculo elevador del ano. Podemos decir que este estudio muestra una serie de diferencias funcionales y morfológicas en la musculatura del suelo pélvico en cuanto a atletas de alta competición y grupo control. Este estudio difiere del de Nicholas Dias, Yun Peng, Rose Khavari, Nissrine A. Nakib, Robert M. Sweet, Gerald W. Timm, Arthur G. Erdman, Timothy B. Boone and Yingchun Zhang (5), ya

que, en este último, basándose en un modelo en 3D de la pelvis femenina se observaba que, durante el proceso de salto todo el cuerpo cae libremente acelerando todos los tejidos uniformemente debido a la gravedad.

Tras el inicio del aterrizaje (cuando ambos pies tocan el suelo), la pelvis comienza a desacelerarse gradualmente debido al efecto combinado de la inercia y el efecto amortiguador de las extremidades inferiores, mientras el contenido de la pelvis comienza a mostrar deformación observándose esta deformación en dos fases, una primera en la que hay una compresión hacia delante (hueso púbico) estirándose antero-posteriormente, comprimiéndose la vejiga contra la parte frontal del relleno corporal (figura 1), durante la fase dos, la vejiga “rebota” deformándose posteriormente, teniendo que contrarrestar los compartimentos posteriores (músculo elevador del ano y pared vaginal) (figura 2), y que como conclusión final la rigidez del elevador del ano no difería significativamente en cuanto a desplazamiento y rotación uretral, es posible que esta diferencia radique en que Kruger et al. (1) basara sus estudios en la maniobra de valsalva (aumento de la presión intraabdominal lenta y constante) y estos últimos en el simulacro de un aterrizaje de salto (aumento de la presión intraabdominal fuerte y transitoria) (figura 3 y 4), restando importancia a la rigidez del elevador del ano como causa de IU, dejando entrever que el fallo puede estar en los mecanismos esfinterianos de cierre intrínseco.

Ingunn Ludviksdottir, Hildur Hardardottir, Thorgerdur Sigurdardottir, Gudmundur F. Ulfarsson (2), encuentran que la presión media generada por el suelo pélvico de las atletas no es una diferencia estadísticamente significativa comparada con las no atletas, pero si encuentran diferencias significativas en cuanto a informes de IU en mujeres atletas 61,1%, que referían tener dichos síntomas mientras se encontraban bajo una alta intensidad de ejercicio, considerándose IUE, frente al 12,5% de las no atletas. Si es cierto, que las mujeres atletas tenían más conciencia de su musculatura del suelo pélvico, así como eran más propensas a ejercitar dichos músculos con ejercicios de Kegel. De acuerdo con esto está el estudio de Jessica Oliveira Alves, Soraia Tonon Da Luz, Sofia Brandão, Clarissa Medeiros Da Luz, Renato Natal Jorge and Thuane Da Roza(6), que confirma que las mujeres que practican deportes de alto impacto evidenciaban pérdidas de orina con mayor frecuencia que las que realizan deportes de bajo impacto, y que además, las que presentan mayor IU muestran tener una peor calidad de vida que las continentales, no mostrando evidencias significativas en cuanto a volumen de actividad en deporte de alto o bajo impacto. También esta de acuerdo en esto Da Roza T, Brandão S, Mascarenhas T, Jorge RN, Duarte JA. (4), que observan en su

estudio que la prevalencia de IU fue de un 19,9% (77 de las 386 mujeres que había), siendo la IUE la más prevalente con un 49,4% de las incontinencias (n:38), la de urgencia un 22,1% (n:17) y la mixta un 28,6% (n:22), donde el grupo físicamente muy activo tenía 2,53 veces más riesgo de sufrir incontinencia que el grupo de mujeres inactivas físicamente, en cuanto a los grupos moderados en actividad, tenían el 0,80% y el 1,1 % respectivamente con respecto al grupo de ejercicio muy activo. Se vieron muestras estadísticamente significativas que la incontinencia más frecuente del grupo activo fue la IUE.

Donde no se han visto diferencias es en cuanto al tiempo de actividad para la menarquia. Toda esta literatura sigue confirmándose con el estudio de Véronique Vitton, Karine Baumstarck-Barrau, Sarah Brardjanian, Isabelle Caballe, Michel Bouvier, and Jean-Charles Grimaud, (8), en el que la prevalencia de incontinencia anal fue estadísticamente más alta en el grupo de ejercicio intenso(14,8%) que en el grupo de ejercicio no intenso (4.9%), al igual que la prevalencia de IU (33.1% contra 18.3%) y dispareunia (20.1% contra 9.4%), en cuanto al estreñimiento, el grupo de mujeres de ejercicio intenso tenían dificultades más importantes para evacuar (31,1%), que el grupo de no intensidad (13,4%), aunque no existían diferencias en cuanto a sensación de evacuación incompleta. Se establecen en este estudio unos factores de riesgo primordiales para la incontinencia anal y urinaria: deporte de alta intensidad practicado con mucha frecuencia, edad, también lo son el índice de masa corporal elevado, y el parto, es importante destacar que el estudio realizado es llevado a cabo en una edad joven, y con una menor tasa de nacimientos en el grupo de ejercicio intenso, así pues, se refuerza más la hipótesis de que el ejercicio intenso es un facto de riesgo independiente. Así pues, este estudio es vital para demostrar eficazmente que el deporte de alto nivel es un factor de riesgo significativo para la incontinencia, ya sea anal y/o urinaria. Bien es cierto, que hay tener en cuenta que en incontinencia anal estos autores han incluido como incontinencia la perdida de gases, lo que probablemente aumente la prevalencia de incontinencia sin ser de suma gravedad, estudiada esta con la escala de Jorge y Wexner por ello este estudio debe interpretarse de acuerdo con estas variables.

El estudio de Carrie Carls (10), confirma que las mujeres con un alto índice de actividad deportiva siguen teniendo más riesgo de incontinencia, pues en este caso el 28% de las mujeres encuestadas informan de IUE, siendo el 25% con escapes de 2-4 veces al mes, y un 8% de 2-4 veces por semana. En cuanto al impacto en la calidad de vida, el 16% informó tener un efecto negativo en su vida social, y el 8% evitó realizar actividades debido a las perdidas. Como se ve en el estudio

de K. Bø, J. Sundgot- Borgen (11), al competir en deportes de élite el 10,9% de los ex-deportistas de élite informaban de IUE, mientras que el 2,7% IUU. En cuanto a la comparativa en grupo de ex-atletas con grupo control, el 36,5% y el 36,9% respectivamente informan de IUE, y el 9% y 9,4 % respectivamente también en IUU, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos. Estos exatletas ya informaron en su momento de que tenían pérdidas de orina durante el esfuerzo, y que siguen manteniéndola ahora, así pues, podemos concluir diciendo que una IU temprana en la vida es un fuerte predictor de IU más adelante en la vida. No hubo diferencias significativas en la prevalencia de IUU o IUE en grupos de bajo, medio o alto impacto. La prevalencia de IUE en los atletas de élite clasificados como participantes en actividades de bajo, mediano y alto impacto fue de 5,3%, 10,7% y 13,0% cuando competían y 36,8%, 36,9% y 36,1% en la actualidad. Anna Poświata, Teresa Socha and Józef Opara justifican en su estudio que el 50% de todas las atletas del estudio perdían pequeñas cantidades de orina, siendo el 27,68% IUU, el 45,54% IUE, y el 18,75% incontinencia mixta, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre grupos, lo que indica que las condiciones meteorológicas del entrenamiento (temperatura y humedad) no influyen en la prevalencia de la IU.

S. Salvatore, M Serati, R Laterza, S Uccella, M Torella and P-F Bolis (13), encontraron en su estudio que 101 mujeres (14,9%) con una edad media de 36 presentaba IUE, siendo 32 las que se quejaban durante la actividad deportiva, 48 durante la vida diaria y 21 en ambas circunstancias. Cabe destacar que las mujeres que se quejaban de IU presentaban un índice de masa corporal mayor en comparación con las mujeres continentales (22,5 frente a 21,2 respectivamente). Como cabe esperar debido a los factores de riesgo, las mujeres pluríparas (también incluían a las primíparas) eran más propensas a sufrir de IU frente a las nulíparas. En términos de frecuencia de incontinencia durante la actividad física, el 54% informó entre uno y tres episodios por mes, el 27% entre uno y tres episodios por semana y el 18% más de uno y tres por semana. Cuando observamos diferentes actividades deportivas, las mujeres con incontinencia se distribuyeron de la siguiente manera: 16.6% en baloncesto, 15% en atletismo, 11% en tenis y squash, 6.9% en baloncesto, esquí y windsurf, 5,9% en ciclismo y voleibol y 4,3% en natación. En el intento de identificar movimientos específicos relacionados con la IU durante la actividad física, el salto se asoció en el 24.5% de las mujeres, los ejercicios abdominales en el 15.0% y el jogging en el 8.0%, considerándose que la IU era tan grave como para cambiar su actividad deportiva en el 10,4% de las mujeres, mientras que un 20% limitaba la forma en que practicaban su deporte para limitar los episodios de fuga.

Algo parecido es concluyente en el estudio de Thuane Da Roza, Maíta Poli de Araujo, Rui Viana, Sara Viana, Renato Natal Jorge, Kari Bø and Teresa Mascarenhas (7), que hace una comparación del tono en reposo del suelo pélvico y en máxima contracción voluntaria e indicó que no había diferencias significativas entre el grupo que había realizado el programa de entrenamiento de suelo pélvico y el que no. Sin embargo, el ICIQ indicó que los participantes que completaron el programa tuvieron una frecuencia de fuga significativamente menor y mejor calidad de vida en comparación con el grupo que abandonó el programa de ejercicios. Se observa una mejoría estadísticamente significativa en la presión vaginal en reposo y en contracción máxima después del período de entrenamiento de 8 semanas. Este artículo como tal no hace referencia a que las mujeres nulíparas y deportistas sufran más de IUE, si no a que un buen programa de entrenamiento del suelo pélvico podría prevenirlo, para ello se basan en estudios que confirman que las mujeres jóvenes nulíparas y deportistas de élite tienen más pérdidas de orina por esfuerzo.

La cantidad de pérdida de orina se clasificó como pequeña en la mayoría de los casos, cinco de los estudiantes de deporte informaron que la incontinencia tuvo un impacto negativo en su calidad de vida, aunque de manera leve; solo un atleta informó sentirse muy incómodo con la pérdida de orina durante el ejercicio y pensó en abandonar el deporte. Así pues, no hubo diferencias significativas en la calidad de vida antes y después de la intervención, aunque si se encontró una mejora significativa en la frecuencia y cantidad de IU. Concluyendo podemos decir que, de los 16 participantes, 7 completaron un programa de entrenamiento de ocho semanas, y como resultado 6 de estos se curaron de acuerdo con el puntaje ICIQ. Massimo Rivalta, Maria Chiara Sighinolfi, Salvatore Micali, Stefano de Stefani, Francesca Torcasio and Giampaolo Bianchi(9), cuentan lo mismo en su estudio, que no se centra en el estudio de la prevalencia de incontinencia en mujeres deportistas de elite, si no en un programa de rehabilitación de suelo pélvico para esas pérdidas, con lo que vuelve a confirmarse que estas mujeres altamente deportistas tienen más riesgos de sufrir incontinencias, y que un buen protocolo de rehabilitación de suelo pélvico es muy beneficioso para la calidad de vida en estas mujeres que ya no sufren de pérdidas de orina durante el día a día, ni durante sus actividades deportivas tras completar este programa de entrenamiento muscular. Monique Lynae Middlekauff (14), en su estudio argumenta que, aunque no todas las mujeres pudieron realizar una buena contracción del suelo pélvico y algunas sentían molestias durante la misma, y no se pudo medir entonces la fuerza muscular del suelo pélvico en todas ellas, el 27,7% del grupo de actividad física extenuante informó de pérdidas de orina durante el esfuerzo mientras que

solo el 8,57% del grupo no extenuante. Antes del ejercicio (CrossFit o caminata) no hubo diferencias significativas en la presión vaginal de reposo, pero si disminuyó significativamente tras el ejercicio en ambos grupos, el descenso vaginal máximo antes del ejercicio en el grupo de actividad extenuante - 2 cm, y no extenuante -3 cm, tras el ejercicio aumentos significativos en ambos grupos, lo que indica una disminución importante del soporte.

La fuerza máxima del suelo pélvico en el grupo extenuante 49.65 cm H₂O, y grupo no extenuante 46.1 cm H₂O, esta no difirió del antes y después del ejercicio. Eliana Barreto, Eduardo Filoni and Fátima Faní Fitz (15), muestra pérdida de orina en 34 mujeres, que representan el 72,3%, IU por la actividad física, el 35,2% durante estornudo o tos, y el 27,7% nunca reportaban perdidas de orina, esto supuso que aproximadamente el 50% de las mujeres dejaran de realizar cualquier actividad física debido a las perdidas de orina.

No podemos terminar nuestra revisión sin hablar del estudio de Maíta Poli de Araujo, Marair Gracio Ferreira Sartori and Manoel João Batista Castello Girão (16), el cual ha revolucionado la terminología en concepto de IU en mujeres deportistas, a la que llama incontinencia del atleta, ya que las mujeres solo informan de las perdidas de orina durante el ejercicio físico y no durante actividades como toser, estornudar o levantar peso, lo que sería la tradicionalmente conocida como IUE o por estrés. La incontinencia atlética afecta a mujeres jóvenes nulíparas, con un índice de masa corporal adecuado, que no presentan los típicos factores de riesgo para la disfunción del suelo pélvico como son la edad, la obesidad o partos. Estos autores hacen una reflexión sobre la complejidad de la fisiopatología en la incontinencia atlética que incluye factores biomecánicos como el impacto y el desplazamiento del suelo pélvico durante el ejercicio, aumento de la presión abdominal, disminución de la disponibilidad de energía, que interfiere con el control hipotalámico del ciclo menstrual, y la hipermovilidad articular. El entrenamiento muscular del suelo pélvico puede mejorar la incontinencia del atleta, pero debe ajustarse el entrenamiento a cada modalidad deportiva. Concluyen diciendo que debe evaluarse y tratarse de manera diferente a las otras categorías de IU, por la alta diferencia que existe en cuanto a fisiopatología.

Como conclusiones se puede decir que:

- Debido a los beneficios del ejercicio regular, las mujeres no deben desanimarse para hacer ejercicio, pero es importante conocer las consecuencias que puede llevar a hacer ejercicio de alto impacto de manera regular, con el fin de poder abordar de manera más eficaz los problemas y poder llevar a cabo un programa

de prevención.

- Existen evidencias no concluyentes de que correr y trotar tienen un mayor efecto de IU, seguidos de balonmano y fútbol, y CrossFit, otros deportes no se pueden concluir debido a la escasez de participantes (2).
- Los músculos del suelo pélvico no se fortalecen lo suficiente con el entrenamiento atlético general. Así pues, ejercicios musculares específicos del suelo pélvico deben incluirse en programas de entrenamiento para atletas femeninas (2,14).
- Es necesario seguir investigando sobre la etiología de la IU, haciendo especial hincapié en la rigidez ocasionada por el sobreesfuerzo en la alta competición y en los fallos del sistema uretral intrínseco (5) ya que las observaciones clínicas encontraron que las lesiones del elevador del ano pueden conducir a un soporte uretral reducido (hipermovilidad uretral).

Las limitaciones:

- La hipermovilidad articular, un factor de confusión potencial para algunas de las mediciones. Existe una predisposición natural en deportes aeróbicos y gimnasia, donde la flexibilidad mejorada se considera un activo, y como tal, el deporte de élite femenino podría tener una incidencia demasiado alta de participantes hipermóviles.
- Estudios realizados con ecografía pueden estar tomados desde diferentes planos, y por lo tanto variar la toma de resultados.
- Los estudios han demostrado que aproximadamente la mitad de las mujeres no saben cómo contraer correctamente los músculos del suelo pélvico.
- En algunos estudios tanto la actividad física como las pérdidas de orina se evalúan subjetivamente, lo que no asigna con precisión la intensidad deportiva y/o frecuencias de escapes.
- En los diferentes artículos clasifican la intensidad del ejercicio de manera diferente, considerándose los minutos desproporcionados o muy ridículos con diferencias importantes en cada uno de ellos.

6 Bibliografía

1. Kruger JA, Dietz HP, Murphy BA. Pelvic floor function in elite nulliparous athletes. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;30(1):81–5.
2. Ludviksdottir I, Hardardottir H, Sigurdardottir T, Ulfarsson GF. [Comparison of pelvic floor muscle strength in competition-level athletes and untrained women]. *Laeknabladid.* 2018;104(3):133–8.

3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61(1):37–49.
4. Xiwei Zheng, Cong Bi, Marissa Brooks and DSH. HHS Public Access. *Anal Chem*. 2015;25(4):368–79.
5. Dias N, Peng Y, Khavari R, Nakib NA, Sweet RM, Timm GW, et al. Pelvic floor dynamics during high-impact athletic activities: A computational modeling study. *Clin Biomech*. 2017;41:20–7.
6. Alves JO, Luz ST Da, Brandão S, Da Luz CM, Jorge RN, Da Roza T. Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors. *Int J Sports Med*. 2017;38(12):937–41.
7. Da Roza T, De Araujo MP, Viana R, Viana S, Jorge RN, Bø K, et al. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence in young, nulliparous sport students: A pilot study. *Int Urogynecol J*. 2012;23(8):1069–73.
8. Vitton V, Baumstarck-Barrau K, Brardjanian S, Caballe I, Bouvier M, Grimaud J-C. Impact of High-Level Sport Practice on Anal Incontinence in a Healthy Young Female Population. *J Women's Heal [Internet]*. 2011;20(5):757–63. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2010.2454>
9. Rivalta M, Sighinolfi MC, Micali S, de Stefani S, Torcasio F, Bianchi G. Urinary Incontinence and Sport: First and Preliminary Experience With a Combined Pelvic Floor Rehabilitation Program in Three Female Athletes. *Health Care Women Int*. 2010;31(5):435–43.
10. Carls C. The prevalence of stress urinary incontinence in high school and college-age female athletes in the midwest: implications for education and prevention. *Urol Nurs Off J Am Urol Assoc Allied*. 2007;27(1):21–4, 39.
11. Bo K, Sundgot-Borgen J. Are former female athletes more likely to experience urinary incontinence later in life than non-athletes? *Scand J Med Sci Sport*. 2010;20(1):100–4.
12. Poswiata A, Socha T, Opara J. Prevalence of stress urinary incontinence in elite female endurance athletes. *J Hum Kinet*. 2014;44(December):91–6.
13. Salvatore S, Serati M, Laterza R, Uccella S, Torella M, Bolis PF. The impact of urinary stress incontinence in young and middle-age women practising recreational sports activity: An epidemiological study. *Br J Sports Med*. 2009;43(14):1115–8.
14. PELVIC FLOOR STRENGTH AND SUPPORT IN HEALTHY NULLIPAROUS WOMEN: FACTORS WITH STRENUOUS AND NONSTRENUOUS PHYSICAL ACTIVITY by Monique Lynae Middlekauff A dissertation submitted to the fac-

ulty of The University of Utah in partial fulfillment of the require. 2016;(December).

15. Barreto E, Filoni E, Fitz FF. Symptoms of lower urinary tract in women who practice physical exercise regularly. *Man Ther Posturology Rehabil J = Rev Man Ther* [Internet]. 2014;12 (11): 372–8.

16. Araujo M, Sartori M, Girão M. Athletic Incontinence: Proposal of a New Term for a New Woman. *Rev Bras Ginecol e Obs / RBGO Gynecol Obstet*. 2017;39 (09):441–2.

Capítulo 584

EL EJERCICIO FÍSICO EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

ELENA TARJUELO DEL MOLINO

JAIME CUEVA DE MERA

IRIS UREÑA CARRASCO

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO

1 Introducción

Los ejercicios terapéuticos para las enfermedades mentales tienen como fin los cambios de conducta. Por tanto, el fin del ejercicio físico no es exclusivamente físico, sino ampliamente psicológico. El ejercicio es fundamentalmente movimiento, y el movimiento se concibe como fenómeno físico. En la práctica psiquiátrica, debemos considerar el ejercicio como una combinación física y mental. La calidad del acto físico vendrá determinada por la severidad y tipo de psicosis del enfermo y por la habilidad del fisioterapeuta.

Los ejercicios físicos tienen las siguientes potencialidades :

- Ajustar la conducta.
- Correcciones físicas.
- Motivos y ayudas definidas para el ajuste vocacional.
- Datos para el médico para la elaboración del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Los ejercicios físicos son un medio para desarrollar niveles fisiológicos y psicológicos.

Según Menninger: “la actividad en su más amplio sentido físico y psicológico es el signo básico, la evidencia e interpretación de la vida”

Los fines del ejercicio terapéutico son:

- El acondicionamiento general. (Gimnasia y deportes)
- Resocialización (general)
- Identificación del grupo
- Desarrollo de la relación interpersonal
- Reentrenamiento de los que tienen una incapacidad física.

Por ejemplo para el paciente psiquiátrico confuso, la multiplicidad de formas de juego puede ofrecer una “canalización” de las emociones reprimidas, al introvertido una extroversión, al excesivamente agresivo una forma de liberar sus energías.

Los juegos pueden sufrir modificaciones para su uso terapéutico; estas modificaciones pueden ser por su forma (manifestada por patrones del movimiento) o por su contenido (manifestada por gestos simbólicos y otras exposiciones de tipo psicológico). La satisfacción psíquica que es capaz de extraer el fisioterapeuta de esta simple expresión de habilidad motora limitada, proporciona una base para otros ajustes psíquicos dentro de la esfera de la prescripción psiquiátrica. La aplicación del juego en las terapias engloba el acto físico, el paciente y el fisioterapeuta.

La prescripción psiquiátrica ha de tener en cuenta:

- Fines del tratamiento.
- Cuidado del paciente.
- Actitudes.
- Modificación de actividades, las cuales pueden ser: formales informales.
- Ejercicios terapéuticos (reeducación en la capacidad músculo esquelética).
- Modificación del ambiente por integración social (actitud del fisioterapeuta y carácter del medio).

Esta prescripción escrita debe contener un breve resumen de la historia del paciente, diagnóstico, estado mental actual, una guía de cómo abordar el programa más eficaz de tratamiento para el paciente y también deben incluirse las incapacidades físicas del paciente. Ésta no es permanente.

Las actividades físicas en las primeras etapas tienen dos objetivos:

- Establecer el contacto.

- Practicar actividades asistidas (en las cuales el fisioterapeuta ayuda al paciente en la ejecución inicial). Estas actividades iniciales deben requerir un pequeño esfuerzo.

2 Objetivos

- Estudiar la importancia del ejercicio físico terapéutico en la enfermedad mental.
- Determinar qué tipos de ejercicios y juegos son los más apropiados para cada enfermedad mental, y exponer algunos ejemplos de actividades.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de la enfermedad mental y del ejercicio físico. Las bases de datos consultadas han sido medline, pubmed, pedro, cochrane. Además se ha consultado bibliografía en diferentes bibliotecas, incluida la Biblioteca Nacional de España

4 Resultados

Algunas actividades que se proponen según el objetivo que persiguen:

- Gimnasia : estabiliza al individuo y a grupos para trabajar sin energía excesiva.
- Natación: Tranquilizador y sedante.
- Balonvolea: entendimiento social. Se enseña al paciente a jugar con otros que no sean de su grupo habitual.
- Bolos: para favorecer su necesidad de sentirse importante, mediante una forma de actividad en la que puede mostrar distintos grados de mejoría.
- Ejercicios y actividades que engloben grandes movimientos en pacientes con tolerancia física: ayudan a contribuir al alivio de la ansiedad, por ejemplo en pacientes con psiconeurosis.

Para mejorar la socialización, se propone:

- Actividades individuales. Para, por ejemplo, pacientes esquizofrénicos, que no quieren jugar en grupo deben ser inducidos a jugar por ejemplo, a los bolos.
- Actividades para pequeño grupo. Para pacientes que encuentran transferencia psicoterapéutica favorable en pequeños grupos, como el de la raqueta.
- Actividades sin contacto del cuerpo. Para aquellos que tienen traumas psíquicos por contacto físico. Por ejemplo el tenis, bolos, golf y gimnasia.

- Actividades con contacto corporal. Por ejemplo lucha, boxeo o fútbol para aquellos que tienen habilidades previas o aficiones hacia estas actividades.

Juegos para la socialización:

En el que se enseña al paciente a identificar a otros por asociación de números. Situados todos en dos filas se pide a un paciente al azar que designe al paciente, por ejemplo, número 7. Cuando lo haga en sucesivas identificaciones lo hará por reconocimiento físico. Una progresión de éste es otro juego en el que los pacientes descansan en una colchoneta, el instructor pasa entre ellos con una pelota y la deja caer casi sin previo aviso. Si el paciente tiene coordinación y viveza recogerá la pelota.

Ejercicios para la resocialización:

Por ejemplo lanzar una pelota en círculo. Los pacientes se colocan formando una circunferencia con el fisioterapeuta en medio. Éste entra en contacto individualmente llamándolo por su nombre y explicándole en qué consiste la actividad. Comienza lanzándole una pelota mientras que éste se la devuelve manteniendo una conversación. Esto se repite con cada miembro que conforma la circunferencia. También son recomendables los juegos con relevos, donde pueden usarse muchas variables.

El régimen de la actividad puede basarse en los siguientes grados progresivos.

- Actividades para devolver al paciente a la realidad.
- Movimientos asistidos.
- Actividades sencillas, que requieren pequeñas maniobras (relevos, patinar).
- Actividades de respuesta única (tenis de mesa, billar...).
- Juegos en grupo: sencillos y de competición.

Las actividades se pueden dividir, según su forma en:

- Correctivos. Como remedio a una condición física.
- Ejercicios de reacondicionamiento. Para elevar la fuerza y el umbral de fatiga.
- Ejercicios de educación física. Para enseñar habilidades motoras. Tienen el objetivo de estabilizar la conducta por medio del aumento del dominio emocional, que se obtiene por el aumento del dominio del cuerpo.
- Actividades libres. Para trastornos físicos y mentales específicos. Por ejemplo el tenis de mesa para brazos paralizados parcialmente.
- Actividades sociales. Para fomentar la cooperación.
- Ejercicios posturales.
- Natación. Para el negativismo, la histeria, la sedación de pacientes hiperactivos y la estimulación de pacientes depresivos.

Juegos de competición:

- Juego del zapato: los pacientes se descalzan y el que primero se calce y ate los cordones es elogiado.
- Torneo de tenis de mesa.
- Levantamientos de pesos, siempre dividiendo en dos grupos el total de pacientes según peso y características físicas.
- Boxeo y lucha.
- Saltos de longitud.

El objetivo de estas competiciones es impedir que el paciente emprenda actividades en que ningún fin es alcanzado. Mediante el deseo de triunfar en la competición, se ayuda al paciente a establecer cierto grado de confianza en sí mismo.

Juegos variados: la lista completa sería muy extensa. Se han escogido unas pocas actividades típicas dentro del ámbito de la aplicación psiquiátrica.

- Marcha de desfile: la marcha proporciona una terapéutica distintiva para varios tipos de enfermedad mental, particularmente los hiperactivos o hipoactivos. Stanley enumera los siguientes beneficios: orden, moral, atención, posición, paso correcto, exhibición, consecución, ritmo y compañerismo. Por ejemplo, para el paciente psicótico puede producir una disminución de los sentimientos de pérdida de la autoestima; para esquizofrénicos ganar un sentimiento de importancia.

Ejercicios gimnásticos: es una modalidad terapéutica de mucho uso. Mientras el ejercicio sea mecánico, los objetivos del programa aumentarán la interacción social, dando cohesión al grupo, en el cual la filosofía social de trabajar juntos proporciona una sensación agradable. Presentamos unos ejercicios básicos y cada fisioterapeuta cuidará de desarrollar más programas específicos basados en las respuestas del paciente.

Ejercicios para pacientes activos.

- De pie, erguido, los brazos a los lados. Al contar 1, cerrará las manos y colocará los puños en el pecho. Al contar 2, elevación de extremidades superiores por encima de la cabeza. Al contar 3, bajará las extremidades superiores por los lados, con los hombros y los brazos horizontales, al contar 4, bajará los brazos a la posición inicial, brazos a los lados.
- De pie, erguido, extremidades superiores extendidas a los lados a nivel de los hombros. Al contar 1, bajar la extremidad superior derecha hasta la rodilla derecha y extender la extremidad superior izquierda recta sobre la cabeza. Al contar 2 volver a la primera posición. Al contar 3 bajar la extremidad superior izquierda a la rodilla izquierda y extender la derecha sobre la cabeza. Al contar 4

volver a la posición original.

- Posición de pie. Extremidades superiores a los lados, al contar uno levantar las extremidades superiores al frente a nivel de los hombros, dedos extendidos. Al contar 2 levantar las extremidades superiores por encima de la cabeza, al contar 3 bajar las extremidades superiores a los lados, a nivel de los hombros. Al contar 4, bajar los brazos a la primera posición.
- De pie, erguido, extremidades superiores extendidas sobre la cabeza. Al contar uno, inclinarse hacia delante, sin doblar las rodillas, tocando el suelo con los dedos si es posible. Al contar 2 volver a la posición inicial. Al contar 3 inclinarse hacia atrás, tan lejos como sea posible, al contar 4 volver a la posición original. De nuevo, firmes.

Ejercicios acostado.

- Acostado en decúbito supino, colocar las manos hacia abajo, a los lados, palmas hacia abajo. Al contar 1, levantar las extremidades inferiores rectas a nivel de la cintura, al contar 2, bajar las extremidades inferiores a la posición inicial. Inspirar al contar 1 y espirar al contar 2.
- Acostado en decúbito supino, extender las extremidades superiores a lo largo de la espalda, por la cabeza. Al contar 1, llevar las extremidades superiores hacia delante, levantándose al mismo tiempo a la posición de sentado, tocando los dedos de los pies si es posible. Inspiración fuerte.
- Acostado en decúbito supino. Colóquense las manos abajo, a los lados, palmas hacia abajo, al contar 1 dóblese la rodilla derecha sobre el pecho, presionándola con las manos, al contar 2 bájense a la posición inicial, al contar 3, dóblese la rodilla izquierda sobre el pecho, presionándola arriba con las manos y al contar 4 vuelva a su posición inicial.

Ejercicios para pacientes moderadamente activos: debemos enseñar los principios haciendo hincapié: en la dirección del movimiento, en el ritmo de movimiento y debemos amonestar la restricción del movimiento.

- De pie erguido, manos sobre las caderas. Pies separados 60 cm, al contar 1, dóblese a la derecha y tóquese el lado externo del pie derecho con ambas manos. Al contar 2 vuélvase a la posición inicial, al contar 3 dóblese a la izquierda y tóquese el lado externo del pie izquierdo con ambas manos. Al contar 4, vuélvase a la posición inicial.
- Posición inicial, de pie erguido, extremidades superiores a los lados. Al contar 1, extender las extremidades superiores y levantarlas rectas hacia delante, a nivel de los hombros. Al contar 2, extender las extremidades superiores rectas por encima de la cabeza. Al contar 3, bajar las extremidades superiores rectas adelante, a

nivel de los hombros, al contar 4, volver a la posición inicial, de pie, erguido y extremidades superiores a los lados.

- De pie, erguido, cerrar las manos sobre el pecho. Al contar 1, echar las extremidades superiores rectas hacia delante. Al contar 2, volver a la posición inicial, al contar 3, extender las extremidades superiores hacia fuera y atrás, al contar 4 volver a la posición inicial. De pie erguido, cerrar las manos sobre el pecho.

Ejercicios para pacientes inactivos.

En este grupo figuran los pacientes menos activos, e incluye el grupo de entrenamiento de costumbre, de aumento de la actividad física, mientras se procura interesarlos en mayores actividades recreativas y ocupacionales. El fisioterapeuta debe ser capaz de utilizar esta clasificación como un plan de ensayo para la organización del ejercicio efectivo hasta que conozca mejor a cada paciente.

En la prescripción de ejercicios gimnásticos para pacientes inactivos es necesario tener en cuenta: instrucciones simples (aprovechando la capacidad de imitación del paciente), ritmo lento y sostenido, previsión especial contra la restricción característica del movimiento , y mientras sea práctico apelar a los amplios y fundamentales movimientos de tipo instintivo.

- De pie, erguido extender las extremidades superiores adelante, a nivel de los hombros, al contar 1, doblarse adelante despacio, tocando las rodillas con las manos. Al contar 2, volver a la posición inicial, al contar 3 doblarse despacio hacia delante, tocando las rodillas con las manos. Al contar 4, volver a la posición inicial, de pie, erguido, brazos rectos, adelante, a nivel de los hombros.

- Parte I: de pie, erguido, extender las extremidades superiores a la derecha, al contar 1 doblarse recto hacia abajo; tocando el lado externo del pie derecho con ambas manos, al contar 2, volver a la posición inicial; al contar 3 doblar, tocando el lado externo del pie derecho con ambas manos, al contar 4 volver a la posición inicial. Parte II: de pie erguido, extremidades superiores extendidas a la izquierda, llevar a cabo los mismos movimientos con el pie izquierdo desde esta nueva posición inicial.

- De pie, erguido, manos en las caderas, al contar 1, levantar el pie izquierdo 15 cm del suelo, al contar 2, bajar el pie izquierdo a la posición inicial. Al contar 3, levantar el pie derecho 15cm del suelo, al contar 4, bajar el pie derecho a la posición inicial, de pie erguido , manos en las caderas.

- De pie, erguido, manos entrelazadas detrás de la cabeza, al contar 1, doblar el cuerpo por la cintura, despacio por la derecha, al contar 2 volver a la posición inicial, al contar 3, doblar el cuerpo por la cintura, despacio hacia la izquierda, al contar 4, volver a la posición inicial, de pie, erguido, manos entrelazadas, por

detrás de la cabeza.

El juego, entre otros aspectos, estimula:

- La satisfacción personal, entretenimiento, motivación, diversión y placer.
- La socialización: mediante el juego, aprenden a usar el mundo, a moverse en él, a inferirlo en sus múltiples interrelaciones y a compartir. El juego enseña a relacionarse y a situarse entre los demás.
- La comunicación con los demás: en el juego también hay interacción con otros, sea ésta real o simulada, y a través de su actividad el paciente expresa sus intereses, deseos, preferencias, etc.
- El desarrollo y consolidación del pensamiento, mientras juega, el paciente, dirige su atención, mantiene su interés, recuerda, memoriza, establece reglas, etc.
- El desarrollo motor, estas actividades favorecen la adquisición de un esquema corporal apropiado, un desarrollo neuro-muscular, la coordinación y el equilibrio, el desarrollo de las capacidades sensoriales (perceptivas, espaciales, temporales, etc.), la destreza manual, y la agilidad.
- El juego es un tipo de acción experimental, que proporciona una oportunidad para ejercitar un nuevo comportamiento.
- El equilibrio emocional, porque le permite descargar sus energías y liberarse de sus miedos, puede resultar reforzante y redundante en una mejora de la autoestima.
- El juego es un instrumento de enseñanza, aprendizaje y solución de problemas.

5 Discusión-Conclusión

En el Método de Intervención en Fisioterapia, después de hacer una valoración y una recogida de datos, debemos identificar el problema. Se establece el criterio campo problemático para el fisioterapeuta aquel que se halle relacionado con la alteración del movimiento.

Según T.Wood el fisioterapeuta debe intervenir cuando surge un deterioro o deficiencia, es decir, una perturbación en su estructura o funcionamiento; o cuando al individuo le surge la discapacidad, que sería el deterioro de la capacidad funcional motora. Pero también se relaciona con las funciones superiores cognitivas e incluso con la psique de los pacientes que atendemos. Y es que, el ejercicio y la actividad física son una forma de comunicación. Remitiéndome a la teoría de la comunicación humana, la comunicación no verbal (como es el caso), e incluso el lenguaje que supone el silencio, son tan importantes como la comunicación mediante palabras.

En el trabajo presentado pretendo dar un enfoque a la actividad fisioterapéutica

relacionado con los cambios de conducta en pacientes con enfermedades mentales (no sólo para aquellos que tengan deficiencias motoras), utilizando ejercicios físicos. Utilizando como agente físico las cinesias (ejercicios, juegos y deportes modulados según las capacidades tanto físicas como psíquicas de cada paciente) se pueden tratar pacientes afectados de enfermedades psiquiátricas como la psicosis o la esquizofrenia. De una obra de Lincht, padre de la terapia física, es de donde he sacado la mayor parte de esta interesante aportación sobre la fisioterapia y salud mental.

6 Bibliografía

- Licht .Terapéutica por el ejercicio. Ed. Salvat Editores S.A. Barcelona.1968.
- Eisele Davis J. Ejercicios en las enfermedades mentales. Capítulo XXI. Ed. Salvat Editores S.A. Barcelona.1968.
- Lleixá Arribas, T. Juegos sensoriales y de conocimiento corporal. Ed. Paidotribo. Barcelona. 1995.
- Calais- Germain B. Anatomía para el movimiento. Introducción al análisis de las técnicas corporales. 2ª Ed. Barcelona: La liebre de Marzo. 2005
- Landinez Parra N.S., Contreras Valencia K., Castro Villamil A. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista cubana de salud pública 38, 562-580. 2012
- González I., Gómez N., Ortiz R, Ibarra V. Ejercicio físico como tratamiento adyuvante de los trastornos mentales. Una revisión narrativa. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas 51 (3), 27-32 2018

Capítulo 585

TRATAMIENTO EN FISIOTERAPIA DE LA CEFALEA CERVICOGÉNICA

MARTA RÍOS LEÓN

1 Introducción

La cefalea se define como el “dolor localizado por encima de la línea orbitomeatal” o según la Sociedad Internacional de las Cefaleas como “aquella ocasionada por un trastorno de la columna cervical y sus elementos óseos, discales o de partes blandas, por lo general acompañada de dolor cervical, aunque no siempre”[1]. Se trata de una situación clínica muy frecuente, considerándose la tercera cefalea más frecuente. Aproximadamente entre un 70 y un 90% de la población padece como mínimo un episodio de cefalea al año, y una de las posibles causas es la patología o disfunción de la columna cervical. Según datos de la OMS, se calcula que el 47 % de la población adulta ha sufrido al menos una cefalea en el último año, siendo más frecuente en personas jóvenes con una disminución de su prevalencia en edades avanzadas[2].

A pesar de la controversia existente en el diagnóstico clínico de la cefalea cervicogénica, actualmente sus mecanismos fisiopatológicos son de los más conocidos. Se considera como base neuroanatómica el núcleo trigémino-cervical, cuya convergencia de aferentes nociceptivas de los nervios cervicales superiores y aferentes de la primera división del nervio trigémino (vía tracto espinal del nervio trigémino) explican que el dolor de origen cervical se refiera a la región frontal, temporal u órbita. Por tanto, todas las estructuras cervicales relacionadas con el núcleo trigémino-cervical (articulaciones, músculos, nervios, ligamentos, duramadre) pueden estar implicadas en la génesis de la cefalea cervicogénica[3-8].

Sin embargo, no se han encontrado cambios específicos en imagen por resonancia magnética (RMN) de las estructuras craneovertebrales en estos pacientes[9]. Por otra parte, algunos autores han sugerido también que los mediadores proinflamatorios como las citoquinas, interleuquinas β (IL- β) y factor de necrosis tumoral α (TNF- α), pueden estar involucrados en su fisiopatología[10].

De esta forma, el dolor referido de la columna cervical a la región frontal o supraorbitaria constituye una referencia cervicotrigenal (convergencia aferencias cervicales y trigeminales) mientras que el dolor en la región occipital constituye una referencia cervicocervical (convergencia entre niveles cervicales específicos y otros aferentes cervicales). El mismo fenómeno de convergencia haría que estímulos nociceptivos a nivel de la duramadre y otras estructuras craneales provoquen dolor cervical, lo que explicaría los cambios en el dolor que ocurren al aplicar una terapia sobre la columna cervical. Por otra parte, esta convergencia podría explicar una vía refleja relacionada con el giro de la cabeza en respuesta a estímulos del trigémino[3].

Por tanto, la cefalea cervicogénica es una condición común, causante de una importante disminución en las mediciones de la calidad de vida. La considerable restricción de la función diaria, la limitación de la participación social y estrés emocional asociados al dolor, así como su tendencia a la cronicidad, son algunos de los factores implicados en la significativa discapacidad presente en estos pacientes, que origina un elevado impacto socio-económico y, por tanto, importantes pérdidas económicas derivadas de la atención sanitaria y limitación de la funcionalidad[7]. Además, destacar que esta cefalea se considera una forma común de cefalea recurrente crónica que no mejora con el tiempo, a diferencia de otras cefaleas secundarias. Por tanto, un adecuado diagnóstico y tratamiento es clínicamente importante siendo la historia clínica y la exploración claves[11-16].

La fisioterapia es la opción terapéutica más frecuentemente requerida y utilizada por individuos con cefalea cervicogénica (alrededor del 75%) debido la presencia de alteraciones musculoesqueléticas en la columna cervical. Aunque la evidencia a favor de la fisioterapia en la cefalea cervicogénica está limitada, es mayor que en la medicación, las inyecciones anestésicas y procedimientos quirúrgicos[17]. Por otra parte, es necesario considerar la irritabilidad e intensidad de los síntomas ya que el tratamiento debe adaptarse en todo momento a la situación clínica del paciente.

La intervención fisioterápica incluye métodos tanto pasivos como activos, cen-

trándose fundamentalmente en terapia manual, ejercicio terapéutico y educación al paciente[18,19]. Sin embargo, debido a la controversia existente en la literatura, son necesarios estudios que investiguen la efectividad de las diferentes técnicas de fisioterapia en esta entidad patológica.

2 Objetivos

El objetivo del estudio fue investigar y determinar la efectividad de las diferentes técnicas de fisioterapia en cefalea cervicogénica.

3 Metodología

Este estudio es una revisión bibliográfica en la que se realizó una búsqueda en las bases de datos electrónicas específicas (Pubmed, WOS, CINAHL, OVID y EM-BASE) con las palabras clave physical therapy, cervicogenic headache para identificar los artículos de los últimos 20 años que investigaran la efectividad de las técnicas de fisioterapia en la cefalea cervicogénica.

4 Resultados

La intervención fisioterápica incluye métodos tanto pasivos como activos[18-25]. En este sentido, los métodos pasivos tales como la manipulación, movilización e intervenciones sobre los tejidos blandos, se utilizan para disminuir los síntomas o preparar al paciente para el ejercicio, que constituye el método activo y desempeña un papel fundamental en la recuperación a largo plazo[11, 26-41]. Es importante destacar que la efectividad del ejercicio y la terapia manual han mostrado ser superiores a otras técnicas, siendo la manipulación y las intervenciones sobre los tejidos blandos (principalmente el masaje) las técnicas más comúnmente empleadas[26].

MOVILIZACIÓN Y MANIPULACIÓN

La movilización y la manipulación, dirigidas sobre los generadores del dolor cervical, son las terapias manuales más utilizadas debido a sus importantes beneficios en el alivio del dolor y la mejora de la funcionalidad. Se basan en el fundamento clínico de que la cefalea cervicogénica representa un dolor referido provocado por la estimulación nociceptiva de las articulaciones de la columna cervical superior. Por tanto, un tratamiento efectivo debe dirigir sus intervenciones sobre

estas articulaciones, particularmente el segmento C1-C2 que presenta una alta incidencia de disfunción y, por tanto, constituye el segmento más sintomático con encuentros positivos en el examen físico en el 63% de los casos[40].

La manipulación es una técnica de terapia manual que consiste en la aplicación de un impulso, repentino y preciso, a gran velocidad y corta amplitud, cerca del final del rango de movilidad disponible mediante la ejecución de un movimiento fisiológico, accesorio o una combinación de ambos. Alcanza un espacio “parafisiológico” y se caracteriza por la reproducción de un sonido o chasquido característico. La manipulación de la columna cervical superior produce una reducción de la duración, intensidad, frecuencia, discapacidad y dolor de la cefalea y cervicalgia asociada[13]. La disminución del TNF- α , debido a la disminución de las citoquinas inflamatorias que se produce como efecto de la manipulación, así como la reducción de la sensibilidad al dolor o el incremento del umbral de dolor a la presión por la modulación de las aferencias sensoriales y el procesamiento central del dolor, puede explicar la efectividad de esta técnica. La manipulación sobre la columna dorsal también podría resultar efectiva en la reducción del dolor y en la mejora de la funcionalidad, debido al efecto general que se produce con la manipulación por la implicación del sistema nervioso central[42]. Se recomienda un ritmo lento de progresión así como un previo estiramiento muscular suave y tracción cervical manual[29].

En relación a la evidencia, una reciente revisión sistemática encontró 6 ensayos controlados aleatorizados que sugerían que la manipulación fue más eficaz que otras técnicas de fisioterapia como el masaje suave, el tratamiento farmacológico o ninguna intervención en absoluto, mientras que 3 ensayos no mostraron diferencias en comparación con el placebo, la manipulación o el masaje[42]. Además, la manipulación presentó mayor efectividad que otros tratamientos como el ejercicio, masaje de fricción transversa combinado o no con láser, o el tratamiento de los PGM[13,37]. Por otra parte, un ensayo controlado aleatorizado de alta calidad, mostró que la manipulación y el ejercicio específico dirigido a los flexores profundos del cuello redujeron la frecuencia e intensidad de la cefalea a corto y largo plazo [43]. Mientras que otros autores, como Haas et al [44], han defendido la existencia de una relación entre el número de manipulaciones recibidas y el alivio de la cefalea tras 8-16 sesiones, sin embargo, no existe consenso.

Por tanto, el uso de las manipulaciones cervicales sigue siendo controvertido, debido a su seguridad y reacciones adversas descritas por la literatura, que varían desde rigidez, aumento del dolor y limitación de movimiento hasta déficits neu-

rológicos permanentes, disección de la arteria carótida o arterias vertebrales e incluso la muerte. Si se descartan todas las contraindicaciones y las banderas rojas (como la osteoporosis, la deficiencia de la arteria vertebral o las fracturas), existe la posibilidad de que se prevenga el 44,8 % de los eventos adversos asociados con la manipulación cervical. Sin embargo, el 10,4 % de los eventos son inevitables, por lo que la manipulación cervical conlleva un riesgo inherente, incluso después de un examen minucioso y un razonamiento clínico adecuado [42,44]. Por tanto, la falta de sólida evidencia sobre los efectos positivos y riesgos de complicaciones serias para la manipulación, debe considerarse a favor de otras intervenciones fisioterápicas asociadas a un menor riesgo.

La movilización es una técnica de terapia manual que consiste en la aplicación de un movimiento lento, rítmico y/o sostenido, con la finalidad de reproducir movimientos accesorios y/o fisiológicos a lo largo del rango de movilidad pasiva disponible de una articulación. Se debe aplicar mediante una progresión lenta, comenzando con técnicas de partes blandas y de estiramiento suave, tracción cervical manual, técnicas articulatorias en amplitud progresiva, movimientos accesorios de grado I y II, así como técnicas funcionales y, continuando, si se requiere, con técnicas de energía muscular y técnicas manipulativas de alta velocidad. Las técnicas de movilización articular de la columna cervical se consideran más seguras que la manipulación cervical debido a los mayores riesgos que conlleva esta última. Inicialmente, en sujetos con dolor intenso e irritable, se utilizan técnicas funcionales y movimientos accesorios de grado I y II sin llegar al extremo del movimiento articular, mientras que la manipulación y movilización en los extremos del movimiento sólo se emplean en casos en los que se considere necesario y no se desencadene la cefalea. Algunos estudios han investigado específicamente la eficacia de la movilización articular de la columna cervical superior en los pacientes con cefalea cervicogénica, como en el estudio de Youssef et al[11], en el que la movilización articular de la columna cervical superior, mediante un empuje posteroanterior central o unilateral, se mostró más efectiva que el masaje para la reducción de los parámetros de dolor (frecuencia, intensidad) y mejora del rango de movimiento cervical.

Las técnicas de movilización con movimiento son técnicas de movilización articular pasiva en las que se aplica una ligera presión en sentido posteroanterior, a través de las apófisis articulares o espinosas, acompañada de un movimiento activo, por parte del paciente, en dirección de la restricción de movimiento y en el rango libre de dolor. No implican dolor, aunque puede presentarse cierta rigidez o molestia residual en días posteriores. Su utilización es frecuente y es-

pecialmente importante en la limitación de la rotación cervical, debido a la alta incidencia de disfunción en el segmento C1-C2[17]. Por tanto, resulta importante la aplicación de la técnica de movilización con movimiento en rotación sobre la articulación C1-C2, en concreto la técnica Mulligan de deslizamiento apofisario natural sostenido (SNAG) en rotación, que produce una mejora del rango de movimiento y conduce a una inmediata reducción del dolor, originando un alivio de la cefalea así como, en ocasiones, una reducción del mareo, cervicalgia y discapacidad asociadas a la disfunción cervical[7]. Además, su eficacia es superior a otras técnicas de movilización (como las movilizaciones posteroanteriores) debido a los cambios producidos a nivel neurofisiológico (modulación del dolor) más que a nivel biomecánico (distracción y compresión de la articulación cigapofisaria ipsilateral al dolor, e incluso distracción de la hendidura uncovertebral). Sin embargo, no todos los pacientes son susceptibles de tratamiento con esta técnica debido a su potencial impacto sobre la arteria vertebral por la tensión de rotación[7]. Por tanto, algunos autores como Hopper[26] proponen el masaje sobre los tejidos blandos como alternativa.

Por último, se ha demostrado recientemente que la combinación de movilización y manipulación tanto cervical como torácica, así como el fortalecimiento cervicoescapular, reducen el dolor, la discapacidad y producen una significativa mejoría funcional[14], debido a la implicación de la columna cervical inferior y torácica alta en la biomecánica de la columna cervical superior. Sin embargo, en la cefalea cervicogénica crónica, la manipulación y movilización han mostrado baja evidencia a medio y largo plazo en el alivio del dolor y mejora de la función[13].

INTERVENCIÓN SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS

El análisis y tratamiento de los desequilibrios musculares incrementa la efectividad de las intervenciones fisioterápicas en la cefalea cervicogénica[16]. Por tanto, las técnicas de intervención sobre los tejidos blandos resultan especialmente importantes, e incluyen el masaje y técnicas de escasa evidencia demostrada como la neurodinámica y electroterapia.

Masaje. El masaje específico de tejidos blandos es un método de valoración y tratamiento manual mediante la combinación de movimientos, técnicas manuales o maniobras realizadas metódicamente con fines preventivos y/o terapéuticos. Actualmente, a pesar de la mayor evidencia de la manipulación, el masaje ha mostrado evidencia preliminar de mejora del rango de movimiento cervical superior, al menos a corto plazo[26], y posee efectos analgésicos[11].

Las maniobras clásicas más utilizadas en estos pacientes son el effleurage y amasamiento circular específico sobre músculos concretos, relacionados con la columna cervical superior, como esternocleidomastoideo, trapecio superior, longísimo de la cabeza, esplenio de la cabeza, musculatura suboccipital y elevador de la escápula[26]. Su eficacia se explica por sus efectos neurofisiológicos antinociceptivos agudos (interacción opioide y oxitocina) y su influencia sobre el estado de sensibilización del núcleo trigémino-cervical, ya que produce un cambio de tono de la musculatura cervical a través de la alteración de la vía trigeminoreticular y, por tanto, una ganancia en el rango de movimiento articular que equivaldría a una reducción de los síntomas de la cefalea[26]. Además, estos mecanismos explican que el masaje facilite la recuperación de la fuerza isométrica de la musculatura tras la fatiga muscular[45]. El masaje incluye las técnicas de inducción miofascial, neuromuscular y energía muscular.

Las técnicas de energía muscular son técnicas específicas que se basan en solicitar una contracción isométrica del músculo antagonista al que se desea tratar, para obtener una relajación del músculo objetivo (vía inhibición recíproca), seguido de un movimiento o estiramiento pasivo post-isométrico que busca una nueva barrera de movimiento. Se aplican principalmente sobre la musculatura paravertebral y buscan el alivio del dolor[11,29].

Las técnicas neuromusculares son técnicas específicas que, mediante frotaciones de intensidad media, normalizan el tejido musculoesquelético y su revestimiento conjuntivo. Incluyen técnicas como deslizamiento, compresión o masaje de fricción transversa. Destaca la liberación por presión, frecuentemente empleada para tratamiento de los PGM, que produce un alivio de la fatiga y tensión muscular y, por tanto, un incremento del rango de movimiento articular, fuerza de la musculatura cervical y mejora del equilibrio debido a la implicación del huso muscular [45]. Por otra parte, el masaje de fricción transversa profunda ha mostrado, junto a la terapia con láser, una reducción de la duración y la intensidad media de la cefalea menor que en el caso de la manipulación[13].

Las técnicas de inducción miofascial son técnicas específicas en las que, a través de movimientos y presiones sostenidas tridimensionales aplicadas al tejido fascial, se busca la liberación de las restricciones mecánicas del sistema miofascial. Las técnicas de liberación miofascial más empleadas en este tipo de pacientes son la técnica superficial de deslizamiento longitudinal y transversa así como la técnica profunda de manos cruzadas. Su importancia en el tratamiento de esta cefalea radica en la afectación de la musculatura cervical (trapecio superior, elevador de la escápula, esternocleidomastoideo, esplenio del cuello y de la cabeza,

suboccipitales)[11,26].

Por otra parte, el tratamiento de los PGM resulta importante e incluye entre otras técnicas: vibración, liberación por presión, masaje de fricción transversa profunda, punción seca, corrección postural, estiramiento, técnicas de energía muscular o electroterapia[11,16,34,41]. Sin embargo, destaca la punción seca como la técnica más utilizada y efectiva en el tratamiento de los PGM que se aplica seguida de crioestiramiento, pese a que las inyecciones intramusculares de lidocaína mostraron mejores resultados a corto plazo[19]. Mientras que la liberación por presión muestra una evidencia de moderada a fuerte. La importancia del tratamiento de los PGM en esta cefalea, se ha demostrado en el estudio de Bodes-Pardo et al[41], en el que la terapia manual dirigida sobre los PGM del esternocleidomastoideo fue efectivo en la mejora de la intensidad de la cefalea, sensibilidad dolorosa a la presión, rango de movimiento cervical y comportamiento motor de los flexores cervicales profundos.

Neurodinámica: es un conjunto de procedimientos manuales de evaluación y tratamiento de la movilidad y mecanosensibilidad del tejido nervioso, basados en la modificación de la dimensión del lecho nervioso, la longitud del tejido nervioso, e incluso la presión sobre y alrededor de él. Incluye la palpación nerviosa, pruebas mecanosensitivas de provocación y maniobras de movilización (deslizamiento neural, tensión neural o combinadas). El enlace anatómico directo existente entre el sistema musculoesquelético y la duramadre (puente miodural) así como la relación entre la duramadre y las aferencias cervicales, origina que la aplicación de una terapia sobre la columna cervical produzca una reducción del dolor meníngeo y a la inversa, por lo que sería de aplicación en la cefalea cervicogénica crónica [28,46]. En algunos estudios, como el de Von Piekartz et al[46], se mostró que la aplicación del test de Long Sitting Slump, variante del test de Slump y consistente en elevación bilateral de los miembros inferiores con flexión dorsal de tobillo, tiene utilidad como herramienta de evaluación y tratamiento ya que la intensidad de la respuesta sensorial resultó ser más alta en la columna en la cefalea cervicogénica (80%) con una mayor respuesta en el rango de flexión cervical durante la extensión de rodilla. Además, tiene una buena base anatómica para influenciar de forma longitudinal al sistema nervioso y, por tanto, producir una inmediata reducción del dolor clínicamente significativa[46].

Electroterapia. No existe suficiente evidencia sobre su efectividad en la reducción del dolor, sin embargo, no se han señalado efectos adversos. En este sentido, la terapia de campo magnético pulsado (PEMF), la estimulación magnética repeti-

tiva (rMS) y la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) mostraron ser más efectivos que el placebo. Mientras que la corriente galvánica modulada, iontoforesis, estimulación muscular eléctrica (EMS) y campo magnético estático, no redujeron el dolor ni la discapacidad[47]. Por otra parte, el ultrasonido demostró ser igual de efectivo que la inyección intramuscular de lidocaína, que mostró mayor efectividad que el placebo o la punción seca a corto plazo[19]. Sin embargo, el TENS ha sido la única modalidad analizada de forma aislada y ha mostrado un alivio del dolor del 60%, a corto plazo, en el 80% de los pacientes[19]. Mientras que la manipulación ha demostrado ser superior en la cefalea cervicogénica crónica. Algunos autores sugieren que el TENS debería aplicarse sólo para pacientes específicos ya que la mayoría de los estudios no fueron controlados[17,47].

Por último, una reciente revisión sistemática, realizada por Chaibi et al[13], concluyó que la terapia manual dirigida sobre músculos y articulaciones de la columna cervical superior resulta efectiva en el tratamiento de la cefalea cervicogénica. Además, ha mostrado mayor efectividad que otra variedad de tratamientos como estiramiento, ultrasonidos, diatermia (onda corta), tracción mecánica intermitente, hidroterapia, magnetoterapia o el método Mckenzie en la reducción del dolor a corto y medio plazo, así como en la mejora de la funcionalidad y discapacidad (frecuencia, intensidad y duración de la cefalea)[13,15]. Sin embargo, esta efectividad debe considerarse con precaución, debido a que la mayoría de los estudios incluyeron participantes con cefalea cervicogénica infrecuente[13].

EJERCICIO TERAPÉUTICO Y CONTROL MOTOR

Numerosos autores consideran al ejercicio como la mejor opción de tratamiento ya que produce una mejora del dolor, la calidad de vida, discapacidad y funcionalidad[8,36]. Estos efectos se explican por la reducción de la sensibilización periférica, que reduce la sensibilización central, y por la activación de las vías inhibitorias descendentes estimuladas con el ejercicio[11].

El ejercicio terapéutico incluye los ejercicios de recuperación de la fuerza y resistencia de la musculatura estabilizadora cervical como ejercicios de flexión craneocervical (principalmente isométricos de resistencia a baja intensidad para los flexores profundos cervicales) y musculatura estabilizadora cervicoescapular (principalmente trapecio inferior y serrato anterior, a baja intensidad) para el control neuromuscular así como ejercicios de reeducación postural tanto con physioball (propiocepción) como con métodos tales como la reeducación postural

global (RPG) y ejercicios de retracción del método McKenzie. Además, también se incluyen ejercicios activos de incremento del rango articular y estiramientos específicos de la musculatura cervical y escapular.

En cuanto a los ejercicios de coordinación cervical y de control motor, se debe tener en cuenta el control sensoriomotor e incluyen: control del reposicionamiento (reeducación de la cinestesia cervicocefálica) y del movimiento cervical (automovilización de la columna craneocervical) para mejorar la propiocepción cervical en actividades funcionales y, por otra parte, ejercicios oculomotores (ejercicios de persecución, movimientos sacádicos, estabilidad de la mirada, ejercicios de coordinación oculocefálica) así como ejercicios de mejora de la función motora cervical para la mejora de las rotaciones rápidas en caso de mareo e inestabilidad (ejercicios de trayectorias en diferentes planos con rápidos movimientos de la cabeza). Es importante el reaprendizaje motor mediante biofeedback ya sea interno (táctil, visual, propioceptivo) o externo (verbal o vídeo)[8,16,48].

Por otra parte, el tratamiento de las alteraciones en la región escapulotorácica, resulta importante debido a la relación biomecánica existente con la región cervical. En este sentido, en el estudio de McDonnell et al[8], se describió un programa específico de ejercicios de reeducación de la región cervical, escapulotorácica y lumbar, durante los movimientos activos cervicales y del miembro superior. Incluyó ejercicios de modificación de la posición de la escápula previa al movimiento de la región cervical o de la articulación glenohumeral, así como ejercicios de reeducación cervical, cintura escapular y lumbar que incluía el fortalecimiento de la musculatura abdominal y estabilización de tronco durante los movimientos de los miembros[8]. Además, en el estudio de Ylinen et al [49], se incluyeron también ejercicios dinámicos para tronco, miembro inferior y superior. Ambos estudios mostraron la eficacia de estas intervenciones en la disminución de frecuencia, intensidad y discapacidad (rango de movimiento cervical) de esta cefalea[8,49].

Otras medidas terapéuticas incluidas en el ejercicio son, según el estudio de Moore et al [16], medidas ergonómicas en las AVD, como el rodillo cervical si existen dificultades en la conciliación del sueño, y ejercicios domiciliarios. Sin embargo, se ha demostrado que los ejercicios domiciliarios así como ejercicios de coordinación, fortalecimiento cervicoescapular y ejercicios en AVD, tuvieron menor efectividad en los parámetros de la cefalea (duración, frecuencia e intensidad) que la manipulación[13]. En este sentido, los ejercicios de estabilización específicos, pese a ser más efectivos que la ausencia de tratamiento en la reducción de la intensidad del dolor y la discapacidad, no mostraron mayor efectividad

que la manipulación[50]. Por otra parte, el estiramiento ha mostrado menor efectividad solo que combinado con ejercicios de fuerza y resistencia, por lo que se recomienda la combinación de ambos[49]. Sin embargo, por un lado, existe una evidencia de baja a moderada en el uso de estiramientos y ejercicios de fortalecimiento específicos cervicales o escapulares a largo plazo y, por otro lado, en la automovilización, ejercicios de resistencia craneocervical y cervicoescapular a baja carga para la reducción del dolor, mejora de la función y efecto global percibido en la cefalea cervicogénica subaguda y crónica[50].

En cuanto a los ejercicios de flexión craneocervical, con un nivel de recomendación moderado, son de especial importancia en la recuperación de la estabilidad cervical. Los ejercicios activos cervicales específicos mediante la utilización de un aparato de biofeedback, ejercicios de fortalecimiento con bandas elásticas (Thera-band) e, incluso ejercicios de elevación de la cabeza, parecen ser eficaces en la mejora de la fuerza, resistencia y dolor a largo plazo. Esta mejoría se puede explicar por el efecto inmediato sobre la modulación del dolor que producen los ejercicios locales segmentarios cervicales (efecto hipoalérgico). El test de flexión craneocervical incluye ejercicios de trabajo estático de los músculos flexores cervicales profundos mediante una unidad de biofeedback por presión para el reentrenamiento de su actividad contráctil dentro de un programa de reaprendizaje motor, ya que supone una reeducación del sentido cinestésico de la columna cervical mediante el aprendizaje de aplicación de distintos grados de presión sobre el sistema de biofeedback, primero con y luego sin ayuda del mismo[21]. Por otra parte, el uso del PostureJac también puede ser eficaz en el incremento de la resistencia de esta musculatura[20].

Por último, se ha demostrado que los ejercicios con o sin terapia manual parecen ser la mejor opción entre las terapias conservadoras[15], como en el estudio de Jull et al[43] que mostró que la combinación de ejercicios y manipulación no fue superior a la aplicación aislada de ejercicios. Sin embargo, en combinación con la terapia manual, los ejercicios cervicales de resistencia a baja intensidad resultan efectivos a corto y largo plazo, siendo más eficaz la mejora del dolor a corto plazo con la combinación de ambas terapias[36]. Para finalizar, es importante destacar que las recomendaciones de la prescripción del entrenamiento en pacientes con cefalea cervicogénica crónica, deben considerarse con precaución[49].

5 Discusión-Conclusión

La terapia manual reduce la intensidad, duración y frecuencia de la cefalea cervicogénica. En este sentido, la movilización muestra una reducción significativamente mayor de la duración de la cefalea que el masaje, reduciendo ambos la duración de la misma. La manipulación ha mostrado mayor efectividad que el masaje, medicación o no intervención en la reducción del dolor, mostrando mayor efectividad que el tratamiento multimodal (movilizaciones y ejercicios de flexión craneocervical) y mostrando su efectividad en la reducción de la discapacidad y dolor en cefalea cervicogénica persistente[13,37,42,51]. Mientras que la terapia sobre Puntos Gatillo Miofasciales es efectiva en la reducción de la intensidad del dolor[41,52].

Sin embargo, a pesar de la efectividad de la manipulación y movilización en esta entidad clínica, debido a la relación del dolor referido característico de esta cefalea con la estimulación nociceptiva de las articulaciones cervicales superiores (C1-C3), no es posible determinar el efecto real de las mismas de manera individual debido a que los estudios encontrados evaluaron la efectividad de varias técnicas combinadas de terapia manual. Por tanto, a pesar de que las terapias manuales dirigidas sobre músculo y articulaciones de columna cervical superior han mostrado ser efectivas para el tratamiento de esta cefalea, incluso con mayor efectividad a otras técnicas de fisioterapia[12,51,52], debe considerarse con precaución debido a que la mayoría de los estudios incluyeron participantes con cefalea cervicogénica infrecuente. En esta línea, una reciente guía recomienda la terapia manual (manipulación con o sin movilización) de la columna cervical y torácica para cefaleas cervicogénicas persistentes.

Por tanto, a pesar de que una reciente revisión sistemática no encontró beneficios adicionales en la combinación de manipulación, movilización y ejercicio en cefalea cervicogénica persistente mostrando que la combinación de movilización y ejercicio no fue clínicamente más beneficiosa que una sola intervención en cefalea cervicogénica persistente, recientes estudios han mostrado el beneficio de la combinación de diferentes terapias manuales sobre diferentes tejidos para esta patología. A pesar de la efectividad de la terapia manual en la reducción de los parámetros de dolor de la cefalea cervicogénica, son necesarios futuros estudios que clarifiquen estos hallazgos.

Por otra parte, el entrenamiento con ejercicios de fuerza y resistencia muscular de los músculos flexores cervicales profundos es más efectivo que los ejercicios

de estiramiento en la reducción del dolor. Además, los ejercicios cervicoescapulotorácicos de fuerza y resistencia han mostrado mejoría del dolor y función. Mientras que los programas de ejercicio domiciliario han mostrado que la automovilización de un nivel específico espinal (C1-C2) aumenta el rango de movimiento cervical y reduce el dolor y severidad de la cefalea al año. En este sentido, los programas de ejercicio domiciliario que combinan las automovilizaciones en un nivel específico espinal con ejercicios de fuerza y/o resistencia, son efectivos en reducir el dolor cervical, función, discapacidad y mejora de la calidad de vida.

Por tanto, los programas de ejercicio terapéutico consistentes en la reeducación de los flexores cervicales profundos han mostrado mayor efectividad en el tratamiento de estos pacientes, debiéndose incluirse en su manejo. Sin embargo, a pesar de que la efectividad de los ejercicios cervicoescapulotorácicos de fuerza y resistencia mostraron evidencia moderada según una reciente revisión Cochrane, son necesarios más estudios que investiguen estos aspectos. En esta línea, una reciente guía recomienda la combinación de ejercicios de resistencia de baja carga craneocervicales y ejercicios cervicoescapulares o terapia manual (manipulación con o sin movilización) de la columna cervical y torácica asociadas a la educación estructurada al paciente en pacientes con cefalea cervicogénica persistente.

Además, se ha observado mayor beneficio de la combinación de un programa de ejercicio domiciliario con otras intervenciones conservadoras con moderado tamaño del efecto. Por tanto, a pesar de la efectividad del ejercicio terapéutico en estos pacientes, son necesarios futuros estudios que clarifiquen estos hallazgos. Además, futuros estudios longitudinales son necesarios para determinar la efectividad de otras técnicas de fisioterapia debido a la escasez y baja calidad de los trabajos previos que las investigan para determinar el abordaje más efectivo en estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
2. Ruiz M, Pedraza MI, de la Cruz C, Barón J, Muñoz I, Rodríguez C et al. Headache in the elderly: characteristics in a series of 262 patients. *Neurologia*. 2014;29(6):321-6.
3. Antonaci F, Sjaastad O. Cervicogenic headache: a real headache. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2011;11(2):149-55.

4. Antonaci F, Bono G, Mauri M, Drottning M, Buscone S. Concepts leading to the definition of the term cervicogenic headache: a historical overview. *J Headache Pain*. 2005;6(6):462-6.
5. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic Headache: Diagnostic Criteria. *Headache*. 1998;38:442-445.
6. Barmherzig R, Kingston W. Occipital Neuralgia and Cervicogenic Headache: Diagnosis and Management. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2019;19(5):20.
7. Hall T, Chan HT, Christensen L, Odenthal B, Wells C, Robinson K. Efficacy of a C1-C2 self-sustained natural apophyseal glide (SNAG) in the management of cervicogenic headache. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2007;37(3):100-7.
8. McDonnell MK, Sahrman SA, Van Dillen L. A specific exercise program and modification of postural alignment for treatment of cervicogenic headache: a case report. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35(1):3-15.
9. Knackstedt H, Kråkenes J, Bansevicius D, Russell MB. Magnetic resonance imaging of craniovertebral structures: clinical significance in cervicogenic headaches. *J Headache Pain*. 2012; 13(1): 39-44.
10. Martelletti P. Proinflammatory pathways in cervicogenic headache. *Clin Exp Rheumatol*. 2000;18(2 Suppl 19):S33-8.
11. Youssef EF, Shanb AS. Mobilization versus massage therapy in the treatment of cervicogenic headache: a clinical study. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2013; 26(1): 17-24.
12. Malo-Urriés M, Tricás-Moreno JM, Estébanez-de-Miguel E, Hidalgo-García C, Carrasco-Uribarren A, Cabanillas-Barea S. Immediate Effects of Upper Cervical Translatory Mobilization on Cervical Mobility and Pressure Pain Threshold in Patients With Cervicogenic Headache: A Randomized Controlled Trial. *J Manipulative Physiol Ther*. 2017;40(9):649-658.
13. Chaibi A, Russell MB. Manual therapies for cervicogenic headache: a systematic review. *J Headache Pain*. 2012;13(5):351-9.
14. Racicki S, Gerwin S, DiClaudio S, Reinmann S, Donaldson M. Conservative physical therapy management for the treatment of cervicogenic headache: a systematic review. *J Man Manip Ther*. 2013;21(2):113-124.
15. Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment. *Lancet Neurol*. 2009; 8(10):959-68.
16. Moore MK. Upper crossed syndrome and its relationship to cervicogenic headache. *J Manipulative Physiol Ther*. 2004;27(6):414-20.
17. Fernández de las Peñas C, Cuadrado ML. Therapeutic options for cervicogenic headache. *Expert Rev Neurother*. 2014;14(1):39-49.

18. Chua NH, Suijlekom HV, Wilder-Smith OH, Vissers KC. Understanding cervicogenic headache. *Anesth Pain Med.* 2012;2(1):3-4.
19. Inan N, Ateş Y. Cervicogenic headache: pathophysiology, diagnostic criteria and treatment. *Agri.* 2005;17(4):23-30.
20. Makofsky HW, Douris P, Goldstein LB, Discepolo A, Grion K, Kushnir G et al. The effect of the PostureJac on deep cervical flexor endurance: implications in the management of cervicogenic headache and mechanical neck pain. *Cranio.* 2011;29(3):187-93.
21. Kelly M, Cardy N, Melvin E, Reddin C, Ward C, Wilson F. The craniocervical flexion test: an investigation of performance in young asymptomatic subjects. *Man Ther.* 2013;18(1):83-6.
26. Hopper D, Bajaj Y, Kei Choi C, Jan O, Hall T, Robinson K et al. A pilot study to investigate the short-term effects of specific soft tissue massage on upper cervical movement impairment in patients with cervicogenic headache. *J Man Manip Ther.* 2013;21(1):18-23.
28. Kahkeshani K, Ward PJ. Connection between the spinal dura mater and suboccipital musculature: evidence for the myodural bridge and a route for its dissection—a review. *Clin Anat.* 2012;25(4):415-22.
29. Biondi DM. Cervicogenic headache: mechanisms, evaluation, and treatment strategies. *J Am Osteopath Assoc.* 2000; 100 (9 Suppl):S7-14.
34. Jensen S. Neck related causes of headache. *Aust Fam Physician.* 2005;34(8):635-9.
36. Hall T, Briffa K, Hopper D. Clinical evaluation of cervicogenic headache: a clinical perspective. *J Man Manip Ther.* 2008; 16(2):73-80.
37. Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropr Osteopat.* 2010;18:3.
40. Hall T, Briffa K, Hopper D, Robinson K. Reliability of manual examination and frequency of symptomatic cervical motion segment dysfunction in cervicogenic headache. *Man Ther.* 2010; 15(6):542-6.
41. Bodes-Pardo G, Pecos-Martín D, Gallego-Izquierdo T, Salom-Moreno J, Fernández de las Peñas C, Ortega-Santiago R. Manual treatment for cervicogenic headache and active trigger point in the sternocleidomastoid muscle: a pilot randomized clinical trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2013; 36 (7): 403–11.
42. Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for cervicogenic headaches: a systematic review of randomized clinical trials. *Headache.* 2011; 51(7):1132-9.
43. Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D et al. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine.* 2002; 27 (17): 1835–43.

44. Haas M, Spegman A, Peterson D, Aickin M, Vavrek D. Dose response and efficacy of spinal manipulation for chronic cervicogenic headache: a pilot randomized controlled trial. *Spine J.* 2010;10(2):117-28.
45. Lin YC, Lai CH, Chang WH, Tu LW, Lin JC, Chou SW. Immediate effects of ischemic compression on neck function in patients with cervicogenic cephalic syndrome. *J Manipulative Physiol Ther.* 2012;35(4):301-7.
46. Von Piekartz HJ, Schouten S, Aufdemkampe G. Neurodynamic responses in children with migraine or cervicogenic headache versus a control group. A comparative study. *Man Ther.* 2007;12(2):153-60.
47. Kroeling P, Gross A, Graham N, Burnie SJ, Szeto G, Goldsmith CH et al. Electrotherapy for neck pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 8 : CD004251.
48. Björklund M, Djupsjöbacka M, Svedmark A, Häger C. Effects of tailored neck-shoulder pain treatment based on a decision model guided by clinical assessments and standardized functional tests. A study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2012;13:75.
49. Ylinen J, Nikander R, Nykänen M, Kautiainen H, Häkkinen A. Effect of neck exercises on cervicogenic headache: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2010;42(4):344-9.
50. Kay TM, Gross A, Goldsmith CH, Rutherford S, Voth S, Hoving JL et al. Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;8 : CD004250.
51. Dunning JR, Butts R, Mourad F, Young I, Fernandez-de-Las Peñas C, Hagins M et al. Upper cervical and upper thoracic manipulation versus mobilization and exercise in patients with cervicogenic headache: a multi-center randomized clinical trial. *BMC Musculoskelet Disord.* 2016;17:64.
52. Jafari M, Bahrpeyma F, Togha M. Effect of ischemic compression for cervicogenic headache and elastic behavior of active trigger point in the sternocleidomastoid muscle using ultrasound imaging. *J Bodyw Mov Ther.* 2017;21(4):933-939.

Capítulo 586

TRATAMIENTOS DE LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA EN EDAD INFANTIL

LUCÍA VITURRO BERNARDO

GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS

ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Tortícolis Congénita Muscular (TCM) es una enfermedad pediátrica congénita común, descrita como una deformidad postural del cuello que se hace evidente en el nacimiento o poco después de este (1). La palabra tortícolis fue establecida por François Rebelais en 1532, naciendo del latín *tortulum* (torcido) y *collum* (cuello), dando lugar a cuello torcido como sinónimo coloquial más habitual (1,2). Esta patología fue definida por primera vez por Tubby en 1912, el cual decía que se trataba de una condición dolorosa causada por el acortamiento unilateral del músculo esternocleidomastoideo (ECOM) que, habitualmente, se presentaba en la infancia (3).

El hecho de que encontremos acortado permanentemente el ECOM de forma unilateral supone que el cuello esté inclinado hacia el lado del acortamiento y rotado hacia el lado contrario, puesto que esas son las funciones de este músculo (1,3–6). Como consecuencia de esto, podemos encontrar que la rotación, la inclinación y la flexión estén limitadas (7).

La TCM es la tercera patología congénita más frecuente después de la luxación de cadera y el pie zambo (4,6). A nivel internacional, en los últimos años la preva-

lencia de tortícolis congénita muscular ha aumentado hasta seis veces (7). En Estados Unidos, las horquillas de prevalencia se han situado entre el 2 y el 3% de los recién nacidos (1); en Europa podemos hablar de una prevalencia entre el 0,0084 hasta el 3,92% (5) y, concretando, en España se ha documentado que la incidencia se encuentra entre el 0,45 y el 1,9% de todos los recién nacidos (2).

A día de hoy, la verdadera etiología de esta patología es desconocida aunque se han descrito factores de riesgo (3,4). La literatura más reciente relaciona el aumento de la TCM en los últimos años con las campañas “back to sleep”. Éstas, son aquellas que promueven la posición supina frente a la posición prona para que el niño duerma (1,7).

Otros factores de riesgo son (1):

- Que el bebé sea primogénito, aumenta la probabilidad hasta 6 veces.
- Que su presentación sea de nalgas.
- Asimetrías faciales, aumentan la probabilidad hasta 22 veces.
- Que sufra un trauma en el momento del nacimiento puede aumentar la probabilidad de padecer TCM hasta 4 veces (aquí se incluye el uso de instrumentos como el fórceps).

Además existen unos factores de riesgo más relativos como son (4):

- Malposición fetal.
- Lesiones del esternocleidomastoideo durante el parto.
- Síndrome compartimental del esternocleidomastoideo.
- Lesión isquémica del músculo.
- Infección durante el parto.

La tortícolis congénita muscular puede ir acompañada de otras patologías como son la deformación craneana, displasia de cadera (la padecen hasta el 12% de los recién nacidos con TCM), lesión del plexo braquial, escoliosis, fractura de clavícula, deformidades en las extremidades distales y, con menor frecuencia, se puede presentar con una inclinación de la cabeza y rotación del cuello hacia el mismo lado de la inclinación (1,4).

El hecho de que la TCM pueda aparecer junto con otra serie de patologías en el momento del nacimiento hace que sea imprescindible realizar un cribado de diferentes especialidades para descartar otro tipo de enfermedades o patologías que puedan estar relacionadas. Este cribado lo realizarán médicos especializados en neurología, aparato digestivo y cardiorrespiratorio con el fin de descartar problemas de salud de base (1).

Es por esto que existen una serie de “red flags” (banderas rojas) que al fisioterapeuta le impiden comenzar con el tratamiento en primera instancia. Estas son: la sospecha de displasia de cadera, la asimetría facial, la plagiocefalia, la inclinación y rotación al mismo lado, un tono muscular anormal, las tortícolis tardías a los seis meses o más, que pueden estar asociadas con enfermedades neurológicas, la masa del tejido, la inflamación, alteraciones visuales, nistagmo y estrabismo (1).

Además de esto, para llegar al diagnóstico de TCM, se debe hacer una valoración. Es importante un diagnóstico precoz de la patología, por lo tanto esta valoración, en caso de sospecha de TCM, debería hacerse en los primeros meses de vida (1,2).

A la hora de valorar al niño hay que tener en cuenta (1):

- Su preferencia por una determinada postura del cuello y la cabeza.
- Su tolerancia a posturas como el decúbito supino o el prono, la sedestación/bipedestación según sea su edad.
- La rotación e inclinación pasiva que tiene hacia el lado derecho y el izquierdo.
- La rotación e inclinación activa que tiene hacia al lado derecho e izquierdo (en función de la edad mediante se hace órdenes o estímulos visuales externos).
- El rango de movimiento tanto pasivo como activo de las extremidades superiores e inferiores (en función de la edad del niño se hace mediante órdenes o estímulos visuales externos).
- La presencia y ubicación de una masa fibrótica en el esternocleidomastoideo.
- El tamaño, la forma y la elasticidad del esternocleidomastoideo.

Aunque no hay un protocolo determinado, existen guías de práctica clínica que establecen clasificaciones de esta patología puesto que puede manifestarse en diferentes formas. La primera de ellas y más frecuente, es la preferencia postural del niño hacia un lado determinado pero sin que aparezcan retracciones musculares o de rango articular, ésta es la presentación más leve. La segunda forma en la que nos podemos encontrar la TCM es en caso de que, además de que aparezca un lado preferente en el niño, encontramos rigidez en el ECOM afectado y limitaciones en los rangos articulares. Y finalmente, la forma más grave, es aquella en la que el ECOM afectado presenta una masa fibrótica y limitaciones en los rangos articulares (1,8).

Esta masa fibrótica que nos podemos encontrar en los casos más graves, suele aparecer en los dos tercios inferiores del músculo. Este engrosamiento muscular es debido a la proliferación de tejido fibroso (8).

Como se expone anteriormente, no hay un protocolo global común para diagnosticar la TCM.

A pesar de esto, a continuación, revisaremos algunas técnicas que han sido utilizadas en diferentes estudios:

- Transportador Arthrodial: mide tanto la rotación como la inclinación y es el más utilizado apareciendo en estudios actuales (9). Similar al goniómetro. La gravedad de la TCM se determina por las diferencias significativas entre las medidas del lado derecho y el izquierdo (1).
- Fotografía fija: es otra de las técnicas más utilizadas. Consiste en el trazo, en una fotografía frontal del niño, de un ángulo con las líneas del acromion y de las pupilas de los ojos, las cuales, en caso de normalidad, deberían ser paralelas. La gravedad de la TCM se determinará en función de los grados del ángulo resultante, generalmente $> 15^\circ$ (1,4).
- Pruebas de valoración: la inspección visual, la palpación y la extensibilidad se utilizan como pruebas diagnósticas en ocasiones, sin embargo es un método muy subjetivo (1).
- Ecografía: la ecografía es la prueba que se utiliza habitualmente para confirmar la existencia de una masa fibrótica en el esternocleidomastoideo (2). De este modo es posible comparar el espesor de los músculos a ambos lados del cuello y comprobar si existen asimetrías (5). La gravedad de la TCM se determinará en función de la diferencia de milímetros de diámetro transversal del ECOM afectado, en su parte más engrosada, respecto al lado sano (2,8).

Como ya se ha explicado, la TCM puede presentarse en diferentes formas, sin embargo para el tratamiento de todas ellas siempre se comienza de forma conservadora con fisioterapia (1,5). La fisioterapia está muy respaldada por la literatura actual, de hecho es la primera opción de tratamiento. Sin embargo, en los casos en los que aparece una masa fibrótica en el esternocleidomastoideo, los tiempos de fisioterapia suelen aumentar llegando a verse poca evolución y teniendo que recurrir a otros tratamientos complementarios como la toxina botulínica tipo A o la liberación por cirugía (5,7).

Estiramiento pasivo: es el ejercicio terapéutico conservador más utilizado. Se suele aplicar durante un periodo específico de tiempo (1). Generalmente, con este estiramiento se resuelven entre el 80 y el 90% de los casos de TCM sin necesidad de la aplicación de otros métodos. Además, este porcentaje aumenta cuanto antes se diagnostique la patología (3,5). El mayor impedimento que tiene este tratamiento es que los niños se resistan a esta actividad, es frecuente que los

bebés lloren durante el tratamiento, sobre todo si tienen más de tres meses de edad. Esto se debe a que cuanto más mayor es el niño, más resistencia opone al tratamiento y más doloroso puede resultarle (4,5). Además, la duración del tratamiento varía en función de la severidad de la TCM (4).

Otras técnicas de fisioterapia: en esta forma de tratamiento incluye, además del estiramiento pasivo, otras técnicas de fisioterapia como el masaje y el movimiento activo mediante estímulos externos para así fortalecer el músculo esternocleidomastoideo contralateral (1,4,6).

Toxina botulínica tipo A: la toxina botulínica tipo A (BTX-A) ha dado lugar a diferentes resultados y efectos. Lo que hace esta toxina es provocar una parálisis flácida del músculo donde ha sido inyectada (vía intramuscular) haciendo así que el músculo tratado sea más fácil de estirar. La administración de la BTX-A es algo controvertida y siempre se usa como coadyuvante de la fisioterapia (5).

Liberación por cirugía: este es el tratamiento que se emplea en aquellos bebés con los que el tratamiento conservador y la toxina botulínica no tienen efecto. Se considera que el tratamiento quirúrgico debe ser valorado cuando un paciente se ha sometido, mínimo, a seis meses de terapia manual. La cirugía de liberación por tenotomía se suele combinar con el estiramiento pasivo (3,5).

2 Objetivos

Examinar las diferentes formas de tratamiento de la TCM infantil en la actualidad.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda de artículos incluidos en esta revisión se siguieron una serie de pautas. En primer lugar, se estableció la cuestión principal, la cual consiste en averiguar la evidencia existente en referencia a los tratamientos para la TCM en la infancia. Con ello se pretende establecer un orden de tratamiento coherente. Esto, en base a los resultados y las posibles complicaciones que puedan aparecer con cada uno de los métodos de abordaje de la patología (fisioterapia, BTX-A y cirugía).

La búsqueda de evidencia se realizó en diferentes bases de datos (on-line) en las cuales se introducían diferentes palabras clave para cada uno de los tratamientos

de la patología. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Scopus y Science Direct. También se consultó la red social de carácter académico, ResearchGate.

En dichas bases de datos se introducían las palabras clave junto con los correspondientes delimitadores considerados: AND, para combinar exclusivamente las palabras clave y OR para combinar las palabras clave en adición. Estas palabras clave fueron:

-Búsqueda en relación al tratamiento con fisioterapia: physical therapy AND congenital muscular torticollis; physiotherapy AND congenital muscular torticollis; conservative treatment OR physical therapy AND children; conservative treatment OR physiotherapy AND children.

-Búsqueda en relación al tratamiento con BTX-A: botulinum toxin AND congenital muscular torticollis; botox AND congenital muscular torticollis; botulinum treatment AND children diseases; neurotoxin AND childhood OR children diseases.

-Búsqueda en relación al tratamiento a través de cirugía: surgery AND congenital muscular torticollis; surgical release AND muscular torticollis; tenotomy OR release AND childhood; tenotomy OR release AND children diseases.

Además de las palabras clave, se establecieron unos criterios de inclusión y de exclusión de artículos para acotar esta revisión.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos publicados entre 2005 y 2016.
- Artículos en inglés y español.
- Rango de edad de los pacientes (niños) de 0 a 12 años.
- Diagnóstico médico previo de tortícolis congénita muscular.
- Valoración de los niños de carácter cuantitativo.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos de revisiones sistemáticas.
- Artículos de reportes de casos.
- Que el paciente tuviera otra patología superior de base.
- Artículos en los que no se dieran los resultados.

4 Resultados

En cuanto a la selección de artículos, se realizaron varias búsquedas con las palabras clave utilizadas en cada área (fisioterapia, BTX-A y cirugía). Con respecto a la TCM y fisioterapia, en una primera búsqueda se encontraron 106 artículos. De esa primera búsqueda de artículos se seleccionaron por título y/o por resumen 22 artículos y solamente 6 de ellos cumplieron los criterios de inclusión/exclusión establecidos.

En el área del tratamiento farmacológico, en una primera búsqueda de artículos de TCM y BTX-A, se hallaron un total de 84 artículos. De esta muestra inicial fueron seleccionados por título y/o resumen 7 artículos y finalmente, 2 formaron parte de esta revisión por cumplir con los criterios requeridos.

Por último, en relación a la TCM y la cirugía, en una primera búsqueda se encontraron 167 artículos. De esa primera búsqueda se seleccionaron por título y/o resumen 12 artículos y únicamente 2 pasaron a formar parte de esta revisión por haber cumplido los criterios de inclusión y exclusión.

El número de artículos seleccionados son 10 con siguiente relación:

- 6 artículos relacionados con tortícolis congénita muscular y fisioterapia.
- 2 artículos relacionados con tortícolis congénita muscular y toxina botulínica A.
- 2 artículos relacionados con tortícolis congénita muscular y cirugía.

Para comprobar la calidad metodológica de los estudios seleccionados, someteremos cada uno de ellos a una evaluación a través de la escala MINCIR. Esta escala fue validada en contenido, criterio y constructo (10). Es, por tanto, una herramienta útil para investigadores, revisores, editores y usuarios que consulten literatura científica.

La escala MINCIR se divide en 3 dominios, estando el tercero de ellos dividido en 4 ítems. Cada uno de estos dominios/ítems otorga una puntuación en función de las condiciones que cumpla el estudio. De esta forma, se genera una puntuación que puede fluctuar entre 6 y 36 puntos, asignando 6 puntos al estudio de menor calidad metodológica y 36 puntos al de mejor. La calidad metodológica adecuada o buena para un estudio tendrá una puntuación igual o superior a 18 (10,11).

Primeramente, se analizan los artículos sobre fisioterapia y tortícolis congénita.

Se hallaron 6 artículos que aplicaran técnicas de fisioterapia para el tratamiento

de la TCM. En todos ellos se descartó que el origen de la TCM presente en los niños fuera derivada de una lesión superior o añadida. Todos los niños comenzaron su tratamiento fisioterapéutico inmediatamente después de saber el diagnóstico médico y lo finalizaron una vez que se cumplieron los objetivos de llegar a la simetría.

El total de niños que participaron en estos estudios fue de 371 siendo el rango de edad de inicio de tratamiento de los 0 meses a los 4,9 meses y el rango de tiempo del tratamiento, de 0,9 meses a 6,5 meses.

Se encontraron variantes en las formas de tratamiento. Esto es, cada estudio plantó su metodología y la llevó a cabo, pero no hay un patrón común de abordaje de la patología entre ellos. Por lo general, se utiliza como técnica principal el estiramiento pasivo, pero solo en cuatro de ellos (7,12-14) se utilizó como único método de abordaje. En el resto (15,16), el estiramiento pasivo se combinó con técnicas como el masaje y ultrasonidos (US).

Los seis estudios seleccionados para esta revisión valoraron el estado de la TCM y la evolución del tratamiento con métodos cuantitativos como son el transportador Arthrodiál (7, 12, 13,15), el goniómetro (7,16) y la ecografía (13-16). Con estos métodos de medición seleccionados se puede cuantificar el rango de movilidad articular (RM) tanto en inclinación como en rotación y el espesor y/o masa palpable del ECOM.

Como se explica anteriormente, los estudios no siguen un plan de tratamiento en común. El abordaje de las técnicas de fisioterapia, las sesiones, las series y repeticiones fueron distribuidas de diferente forma en cada una de las investigaciones siguientes:

1. Hautopp (7) emplea una muestra de 136, siendo 84 niños y 52 niñas comprendidos en un rango de edad de 2-3 meses. La valoración se realizó con transportador artrodial y goniómetro, con lo que un 52% presentó alteración del rango de movimiento en rotación y un 54% una alteración del rango de movimiento en inclinación. El tratamiento consistió en realizar estiramiento pasivo de musculatura esternocleidomastoidea, durante una media de 5 sesiones, siendo necesarias menos de 10 sesiones para el 90% de la muestra. Se consideró una rotación normal alcanzar los 90° y una inclinación normal alcanzar los 50°. Al finalizar, el 6% presentó alteraciones en el rango de movilidad en rotación; el 14% en inclinación y el 93% alcanzó la posición simétrica. El seguimiento fue incompleto, finalizando el estudio 115 niños de los 136 iniciales, siendo el rango de edad de

estos de 5-9 meses al finalizar el tratamiento. Se insiste en que la precocidad del diagnóstico disminuye el tiempo de tratamiento.

2. Öhman (12) considera una muestra de 20 niños, siendo 10 niños y 10 niñas de edades comprendidas entre los 2,4 y los 4,9 meses. Los rangos de movimiento se cuantificaron con transportador artrodial, dando resultados de 18 niños y niñas afectados con rotación e inclinación asimétricas y dos de ellos solo con afectación asimétrica en la inclinación.

En este estudio, los niños son tratados en un grupo por sus padres instruidos en la técnica y en otro grupo por fisioterapeutas. El primer grupo realizó de 3 a 5 sesiones al día en las que se aplicaba estiramiento pasivo mantenido de 10 a 30 segundos durante 15 minutos. En el segundo grupo, los fisioterapeutas efectuaron de 2 a 3 sesiones por semana con los mismos tiempos de aplicación (de 10 a 30 segundos) y duración (15 minutos) de estiramiento pasivos.

En el grupo de tratamiento efectuado por los padres, en 3 meses los niños alcanzaron el rango de movilidad completo y a los 4,5 meses consiguieron la posición simétrica. En el grupo de tratamiento de fisioterapeutas, se alcanzó el rango de movilidad a los 0,9 meses y la posición simétrica a los 2,5 meses. Un total de 20 pacientes alcanzaron los 90° de rotación y los 70° de inclinación considerada normal, así como la posición simétrica.

3. Lee (13) considera un grupo muestra de 50 niños y niñas, siendo los primeros un total de 32 y las segundas un total de 18, todos de un rango de edad inferior o igual a los 3 meses. El rango de movilidad y la posible existencia de masa fibrótica fue valorada respectivamente con transportador artrodial y ecógrafo. Se aplicó a la muestra estiramiento pasivo de 30 minutos durante tres días a la semana. El estiramiento pasivo lo describen como 3 repeticiones de estiramiento apretando en 15 puntos del esternocleidomastoideo con fuerza sostenida durante 1 segundo y descanso de 10 segundos entre cada punto. En este caso, el rango de movilidad y posición simétrica fue alcanzado por 49 niños y niñas. Consideraron normal una asimetría entre 0° y 5° en las rotaciones de cada lado. Además, se establece como patológico una desviación mayor o igual a 6° de desviación en rotación tras 10 meses de tratamiento. Concluyen también, como en el primer caso, que un diagnóstico precoz disminuye el tiempo de tratamiento.

4. Ryu (14) establece una muestra de 61 niños y niñas, siendo los primeros 41 y las segundas 20, estando todos ellos y ellas comprendidos en unas edades de 0 a 5 meses. Se valoraron los esternocleidomastoideos con ecografía y se realizó estiramiento pasivo como único tratamiento de abordaje. Las pautas fueron de

3 repeticiones de 15 estiramientos pasivos en los que el músculo esternocleidomastoideo es apretado con fuerza sostenida durante 1 segundo y descanso de 10 segundos entre cada presión. De esta muestra, solo 34 de 61 se sometieron a fisioterapia. El 79,4% de los que lo hicieron llegaron a la normalidad mientras que solo el 55,6% de los que no hicieron fisioterapia llegaron a la normalidad. La media de las sesiones fue de 6,4 intervenciones y se llega de nuevo a la conclusión de que un diagnóstico precoz disminuye el tiempo de tratamiento.

5. Lee (15) contempla una muestra de 54 niños y niñas. De esta muestra 30 eran niños y 24 eran niñas de un rango de edad inferior o igual a los 3 meses. La valoración inicial se realizó con ecografía y transportador artrodial.

En este estudio se clasificaron diferentes grupos:

- Grupo 1A: muestra de 12 niños con un rango de movilidad superior a los 60°.
- Grupo 1B: muestra de 31 niños con un rango de movilidad entre los 60° y más de 30°.
- Grupo 1C: muestra de 11 niños con un rango de movilidad inferior o igual a 30°.
- Grupo 2A: una muestra de 23 niños tiene una banda tensa inferior a 1,2 cm.
- Grupo 2B: una muestra de 18 niños tiene una banda tensa mayor o igual que 1,2 cm e inferior a 1,4 cm.
- Grupo 2C: una muestra de 13 niños tiene una banda tensa mayor o igual a 1,4 cm.

El rango de movilidad fue valorado una vez a la semana y la banda fibrosa o banda tensa una vez cada 2-3 meses.

El tratamiento realizado fue una combinación de estiramiento pasivo, masaje y ultrasonidos. Las sesiones tenían una duración de 30 minutos y una frecuencia de 3 por semana. Antes del año de edad, 52 de los 54 niños y niñas alcanzaron un rango de movilidad normal y una posición simétrica. Los dos casos que no alcanzaron la normalidad antes del año se caracterizan por ser un diagnóstico tardío.

Se considera normalidad una diferencia de 0° a 5° de limitación entre lado sano y afecto en cuanto a rangos de movilidad. Además, se considera normal que la masa palpable del lado afecto haya desaparecido o sea inferior a 2 mm. Este grosor no se ha podido relacionar con la duración del tratamiento. Pero sí que el diagnóstico precoz disminuye el tiempo de tratamiento.

6. Carenzio (16) establece una muestra de 50 niños y niñas, siendo los primeros un total de 34 y las segundas un total de 16, teniendo todos menos de 2,5 meses de edad. La valoración inicial se establece mediante goniometría y ecografía. Un 38%

de los niños no presentaban masa fibrótica en el lado afecto; un 26% presentaba presencia de una masa fibrótica pero no de tirantez y un 36% no presentaban masa fibrótica pero sí tirantez. Además de esto, el 50% presentaba una TCM postural; el 30% presentaba TCM ligera en inclinación (solo 5), rotación (solo 3) y en ambas (total de 7); el 12% tenía TCM moderada en inclinación (solo 2), en rotación (solo 3) y en ambas (solo 1) y finalmente el 8% tenía TCM severa.

En el tratamiento a realizar se tuvo en cuenta la realización de estímulos y ayudas externas, el control de la postura y el estiramiento pasivo. Además de esto, se establecieron dos grupos de tratamiento, uno realizado por padres instruidos en el que había una muestra de 27 niños con los casos menos graves y otro de 23 niños con los casos más graves en los que el tratamiento lo realizaron fisioterapeutas. El tratamiento para ambos grupos fue el mismo: 30 minutos diarios de estiramiento pasivo, control postural y estímulos externos. En cuanto a los resultados, este estudio expone que 49 de ellos 50 niños de la muestra presentaron un rango de movilidad normal, así como una posición simétrica. Para ello, el grupo de padres necesitó un total de 91,1 sesiones, mientras que el de fisioterapeutas necesitó 72,8 sesiones. Se concluye además que la inclinación se recupera antes que la rotación y que un diagnóstico precoz mejora el pronóstico.

A continuación, se analizan los artículos sobre toxina botulínica y tortícolis congénita.

En relación a la aplicación de BTX-A para la resolución de la TCM se encontraron solo 2 artículos que se considerarán válidos para esta revisión. Esta neurotoxina nunca se utiliza como único tratamiento, sino como coadyuvante de la fisioterapia, facilitando el tratamiento (21) y así sucede en los estudios seleccionados. Al igual que en los artículos de TCM y fisioterapia, en estos estudios se tuvo en cuenta que los pacientes no cursaran con esta patología estando ligada a otra superior o añadida. Además de esto, en ambos artículos, los niños fueron tratados previamente con tratamiento conservador. Siendo el resultado poco efectivo, se procedió a la utilización de BTX-A combinada con fisioterapia (17,18).

El estudio de Collins y Jankovic (18) tuvo en cuenta tanto adultos como niños, sin embargo, al mostrar los resultados de cada uno de los pacientes de forma individualizada, se pueden utilizar los datos específicos del efecto de BTX-A en los pacientes niños. El total de niños que participaron en estos estudios fue de 29 siendo el rango de edad de inicio de tratamiento de los 6 meses a los 18 meses. Además, la valoración de las muestras en los artículos fue cuantitativa; en uno de ellos no se especificaba el método de medición (18), sin embargo daban valores

de examen y resultados en grados. A continuación se expresa la metodología, intervención y resultados de cada uno de ellos.

1. Oleszek (17) toma como muestra un total de 27 niños y niñas, siendo los primeros el 59% y las segundas el 49%, estando comprendidos todos en un rango de edad de los 6 meses a los 18. El estado inicial se valoró mediante goniometría. En ciertos casos se valoró el inyectar BTX-A en trapecio fibras superiores. Recibieron 30 inyecciones de BTX-A, 18 de ellas en esternocleidomastoideo; 3 de ellas en trapecio fibras superiores y 9 de ellas en trapecio fibras superiores y esternocleidomastoideo. Se introdujo toxina botulínica tipo A más una concentración de solución salina para todas las inyecciones. La aguja tenía un calibre 27 mm con una jeringa de 1 ml. Además, la dosis se basaba en la edad y tamaño del niño, no en el peso.

De los 27 de muestra, 3 tuvieron que repetir el tratamiento con 7,5-8,5 meses. El 74% mejoró la inclinación y la rotación, 12 de ellos alcanzaron la rotación completa y 10 de ellos la posición simétrica. Un 7% no mejoraría en ningún rango además de cursar con complicaciones como disfagia y debilidad del cuello. Además de esto, no se pudo realizar un seguimiento del 19% de la muestra, lo que complica el análisis de resultados.

2. Collins y Jankovic (18) contemplan una muestra de 8 niños comprendidos en un rango de edad de 6 a 8 meses. En este estudio no se especifica la valoración de rango de movilidad ni de posición simétrica o asimétrica inicial. Además de esto, durante el tratamiento con toxina botulínica tipo A se trata también con fisioterapia. La mitad de la muestra evoluciona de forma tardía con fisioterapia y ya no se someten a tratamiento de BTX-A, mientras que el otro 50% fue devuelto a tratamiento de fisioterapia tras no observarse mejorías después de las inyecciones.

Para terminar se analizan los resultados de los artículos referentes a cirugía y tortícolis congénita:

El abordaje de la TCM a través de cirugía es, por norma general, la última opción de tratamiento. Esto es, que en todos los casos y en base a la bibliografía encontrada, la cirugía debería ser el siguiente recurso a la terapia física, al igual que la BTX-A (22-24). El total de niños que participaron en los estudios seleccionados fueron 29, siendo el rango de edad de 0,75 años a 12 años. Al igual que en los estudios de los apartados anteriores, se tuvo en cuenta que los pacientes no cursaran con TCM estando ligada a otra patología superior o añadida. Los autores especifican, además, que previamente habían sido tratados con fisioterapia sin

ningún resultado (19,20).

En ambos estudios, se valoró a los niños de forma cuantitativa, aunque en uno de ellos no se especificó la metodología (20) y en el otro se utilizó el método de puntuación de Lee, en el cual se incluye la medición en grados del RM (19).

Los datos y resultados de los artículos seleccionados para esta revisión se muestran a continuación:

1. Bhuyan et al., 2014 (19) establece una muestra de 14 niños y niñas siendo la relación 6 niños y 8 niñas con unos rangos de edad de 5 a 12 años. Utilizan el sistema de puntuación de Lee para valorar el estado de movilidad y simetría. Y se establecen reevaluaciones cada 2 y 6 semanas y cada 3, 6 y 12 meses. El tratamiento conlleva realizar una cirugía (abordaje bipolar bajo anestesia general), seguido de un collarín postcirugía y fisioterapia (estiramiento pasivo) tras 6 semanas postcirugía.

Un total de 12 niños alcanzaron la posición normal y la posición simétrica. Un caso no consiguió buenos resultados en cuanto a mejora del rango de movilidad y posición simétrica y otro caso tuvo mala respuesta al tratamiento debido a la formación de una cicatriz hipertrófica.

2. Lee et al., 2012 (20) contempla una muestra de 15 niños y niñas de unos rangos de edad de 0,75 años a 6 años. Esta muestra fue evaluada en la semana 0 y no se volvió a reevaluar hasta los 6 meses siguientes. La intervención fue mediante cirugía PEAP y tras esta se aplica un vendaje durante 6 meses tras la operación para prevenir la recaída.

Tras la intervención no hubo complicaciones con el nervio auricular mayor ni el espinal accesorio. Los 15 niños de la muestra manifiestan mejoría completa, tanto en posición simétrica como en rango de movilidad sin recidivas ni malas cicatrizaciones.

5 Discusión-Conclusión

De forma general, se puede determinar que la fisioterapia, independientemente de la técnica empleada, mejora considerablemente la posición de la cabeza y del cuello. En todos los estudios seleccionados el porcentaje de sujetos que mejoraron fue considerablemente alto pues en todos ellos, más del 75% de los pacientes cumplieron los objetivos de tratamiento. Sin embargo, se observaron mejores resultados cuando se combinó el estiramiento pasivo con otras técnicas de fisioter-

apia (15,16).

Otro punto en común que contemplan la mayoría de los autores (7,13-16) en sus estudios fue que el diagnóstico y abordaje temprano conlleva una mejoría más rápida en esta patología. Esto es, pudieron establecer relaciones entre la edad de inicio de tratamiento y los resultados, viéndose una mejor respuesta al tratamiento de fisioterapia en los niños de menor edad.

En varios estudios no se especifica el rango articular que consideraron normal (13, 14,16), sin embargo, otros autores delimitaron en sus artículos el RM mínimo aceptable. Para Öhman et al. (12) el rango aceptable de movimiento en rotación fue de 90° y 70° de inclinación; Hautopp et al. (7) coincidieron en que el RM normal en rotación es 90°, sin embargo consideraron normales 50° para la inclinación. Y finalmente, Lee et al. (15) no establecieron un rango articular determinado en su estudio, sino que basó la normalidad en si existía o no una diferencia mayor de 5° de RM entre lado afecto y lado sano.

En dos de los estudios seleccionados para esta revisión, se contempló la posibilidad de que los niños pudieran mejorar antes si eran tratados por sus padres, tras recibir las instrucciones de un fisioterapeuta, o si por el contrario, mejoraban antes si eran tratados por un fisioterapeuta. Öhman et al. (12) y Carenzio et al. (16) reflejan en sus resultados una mejoría precoz por parte del grupo de los fisioterapeutas. Sin embargo, tanto la muestra de estudios que tienen esto en cuenta, como la muestra de pacientes que hay en cada uno de los estudios es muy reducida como para considerar que en todos los casos es así.

Existe controversia entre si la masa fibrótica y palpable presente en el lado afecto influye en la duración del tratamiento. Lee et al. (15) en su estudio no encontró relación entre la presencia de esta masa palpable, sin embargo, en el estudio de Hautopp et al. (7) sí que relacionó el tiempo de duración del tratamiento con la presencia o no de una masa palpable en el ECOM afecto.

Por otro lado, la aplicación de la BTX-A como tratamiento para patologías puramente miofasciales es relativamente reciente y está en estudio (21). Esto se puede corroborar ya que a la hora de hacer la búsqueda, los resultados son muy escasos y más si hablamos de infancia.

Oleszek et al. (17) defiende que no ha habido estudios que examinen el uso, efectividad y posibles complicaciones de la BTX-A en niños con TCM. Bien es cierto, que esto sería una buena alternativa a la cirugía, pues a pesar de que la mues-

tra es pequeña, los resultados son favorables. Sin embargo, en el estudio de este autor se contemplan reacciones adversas como debilidad del cuello y disfagia, lo que sugiere que se necesita mucha más investigación para establecer una técnica concreta, así como una dosis adecuada.

En el estudio de Collins y Jankovic (18) no se muestran resultados relevantes, pues no se especifica ni el tipo de medición (salvo que es cuantitativo), ni la cantidad de dosis de BTX-A aplicada, ni el método que se emplea para administrar esta dosis. Además, la muestra de pacientes fue extremadamente pequeña.

Ambos autores defienden la posibilidad de tratar la TCM que no se resuelva con fisioterapia a partir de los 6 meses de intervención. Sin embargo, no especifican una edad mínima en la que la toxina botulínica se pueda emplear para esta patología (17,18).

En cuanto a la cirugía y la tortícolis, la cirugía es considerada la última opción de tratamiento por ser la técnica más invasiva (22). Sin embargo, los resultados que se muestran en los estudios son favorables a pesar de que la muestra es pequeña, tan solo 29 niños.

Utilizan diferentes técnicas de intervención: la técnica bipolar se realizó bajo anestesia general y consistió en una incisión proximal en la apófisis mastoides y una incisión distal entre la parte media de la clavícula y la horquilla esternal (19). Por otro lado, Lee et al. (20) hicieron uso de la endoscopia como complemento a la cirugía. A pesar de los diferentes métodos de intervención, los resultados en ambos estudios fueron exitosos.

Tanto Bhuyan et al. (19) como Lee et al. (20) coincidieron en que el abordaje con cirugía mejora cuanto más joven sea el niño, sin embargo, no hay estudios aislados con pacientes menores de 4 años.

Otro punto en el que coincidieron ambos autores fue que una vez que se opera al niño, tiene que retomar la fisioterapia, tanto con estiramiento pasivo, como con vendajes y/o collarines que mantengan su postura. El tratamiento fisioterapéutico postcirugía también variará en función de la edad del niño.

Por lo general, en los tres abordajes de la TCM se han encontrado pocos estudios y con muestras muy pequeñas. Donde se han encontrado más estudios son en el área de fisioterapia, siendo también este campo en el que más mejorías se observan sin tener que recurrir a métodos invasivos.

En los últimos años, se ha incrementado el uso de BTX-A para la resolución de esta patología y otras de origen miofascial. Sin embargo, en esta revisión se contempla que la investigación en niños es extremadamente escasa y los resultados de los estudios son poco concluyentes apareciendo, además, reacciones adversas importantes.

Finalmente, en el caso de la cirugía, también han sido pocos los estudios encontrados y la muestra de ellos ha sido pequeña. No obstante, aunque se tome como último método de abordaje de la TCM, si la fisioterapia no funciona, la cirugía presenta buenos resultados en rango de movimiento y posición simétrica, sobre todo si es guiada con endoscopia.

6 Bibliografía

1. Kaplan SL, Coulter C, Fetters L. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline. *Pediatr Phys Ther.* 2013;25(4):348–94.
2. Cueto Blanco S, Pipa Vallejo A, González García M, Pipa Muñiz M, Pipa Muñiz C. Asimetrías faciales y maloclusiones en pacientes con torticollis muscular congénita: una revisión sistemática. *Av En Periodoncia E Implantol Oral.* 2015;27(1):11–8.
3. Nilesh K, Mukherji S. Congenital muscular torticollis. *Ann Maxillofac Surg.* 2013;3(2):198–200.
4. Rahlin M. TAMO therapy as a major component of physical therapy intervention for an infant with congenital muscular torticollis: a case report. *Pediatr Phys Ther Off Publ Sect Pediatr Am Phys Ther Assoc.* 2005;17(3):209–18.
5. Han JD, Kim SH, Lee SJ, Park MC, Yim SY. The Thickness of the Sternocleidomastoid Muscle as a Prognostic Factor for Congenital Muscular Torticollis. *Ann Rehabil Med.* 2011;35(3):361–8.
6. Petronic I, Brdar R, Cirovic D, Nikolic D, Lukac M, Janic D, et al. Congenital muscular torticollis in children: distribution, treatment duration and outcome. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2010;46(2):153–7.
7. Hautopp L, Wester S, Bang B, Buus L, Grindsted J, Christensen K, et al. Benefit of physiotherapeutic treatment in children with torticollis. *Dan Med J.* 2014;61(12):A4970.
8. Park HJ, Kim SS, Lee SY, Lee YT, Yoon K, Chung EC, et al. Assessment of Follow-Up Sonography and Clinical Improvement among Infants with Congenital Muscular Torticollis. *Am J Neuroradiol.* 2013;34(4):890–4.

9. Ohman AM, Beckung ERE. Reference values for range of motion and muscle function of the neck in infants. *Pediatr Phys Ther Off Publ Sect Pediatr Am Phys Ther Assoc.* 2008;20(1):53–8.
10. Moraga C J, D B, E M, Manterola D C, Sanhueza C A, Cartes-Velásquez V R, et al. Confiabilidad de la escala MINCIR para valorar calidad metodológica de estudios de terapia. *Rev Chil Cir.* 2013;65(3):222–7.
11. Moraga J, Manterola C, Cartes-Velasquez R, Burgos ME, Aravena P, Urrutia S. Instrucciones para la Utilización de la Escala MINCIR para Valorar Calidad Metodológica de Estudios de Terapia. *Int J Morphol.* 2014;32(1):294–8.
12. Öhman A, Nilsson S, Beckung E. Stretching Treatment for Infants With Congenital Muscular Torticollis: Physiotherapist or Parents? A Randomized Pilot Study. *PM&R.* 2010;2(12):1073–9.
13. Lee YT, Yoon K, Kim YB, Chung PW, Hwang JH, Park YS, et al. Clinical features and outcome of physiotherapy in early presenting congenital muscular torticollis with severe fibrosis on ultrasonography: a prospective study. *J Pediatr Surg.* 2011;46(8):1526–31.
14. Ryu JH, Kim DW, Kim SH, Jung HS, Choo HJ, Lee SJ, et al. Factors Correlating Outcome in Young Infants With Congenital Muscular Torticollis. *Can Assoc Radiol J.* 2016;67(1):82–7.
15. Lee JY, Koh SE, Lee IS, Jung H, Lee J, Kang JI, et al. The Cervical Range of Motion as a Factor Affecting Outcome in Patients With Congenital Muscular Torticollis. *Ann Rehabil Med.* 2013;37(2):183–90.
16. Carenzio G, Carlisi E, Morani I, Tinelli C, Barak M, Bejor M, et al. Early rehabilitation treatment in newborns with congenital muscular torticollis. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015;51(5):539–45.
17. Oleszek JL, Chang N, Apkon SD, Wilson PE. Botulinum toxin type a in the treatment of children with congenital muscular torticollis. *Am J Phys Med Rehabil Assoc Acad Physiatr.* 2005;84(10):813–6.
18. Collins A, Jankovic J. Botulinum toxin injection for congenital muscular torticollis presenting in children and adults. *Neurology.* 2006;67(6):1083–5.
19. Bhuyan B. Outcome of bipolar release of the sternocleidomastoid muscle in neglected congenital muscular torticollis. *Med J Dr Patil Univ.* 2014;7(5):584.
20. Lee TG, Rah DK, Kim YO. Endoscopic-assisted surgical correction for congenital muscular torticollis. *J Craniofac Surg.* 2012;23(6):1832–4.
21. Susana lillo S, Mariana Haro D. Usos prácticos de la toxina botulínica en niños y adolescentes en medicina física y rehabilitación. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2014;25(2):209–23.

22. Tang S, Yang Y, Mao Y, Wang Y, Li S, Tong Q, et al. Endoscopic transaxillary approach for congenital muscular torticollis. *J Pediatr Surg.* 2010;45(11):2191–4.
23. Swain B. Transaxillary endoscopic release of restricting bands in congenital muscular torticollis – a novel technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007;60(1):95–8.
24. Öhman AM, Klackenbergh EBP, Beckung ERE, Haglund-Åkerlind Y. Functional and cosmetic status after surgery in congenital muscular torticollis. *Adv Physiother.* 2006;8(4):182–7.

Capítulo 587

ABORDAJE DE LA LUMBALGIA CRÓNICA INESPECÍFICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. UNA REVISIÓN TEÓRICA

EVA RAMOS MEZCUA

MARÍA INMACULADA SANTANA REYES

ALMUDENA ROSA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La lumbalgia crónica inespecífica (LCI) es aquel dolor localizado entre la zona limitada por el borde inferior de las últimas costillas y el borde inferior de las nalgas que se asocia a posturas o movimientos y perdura más de 12 semanas o recurre con frecuencia y en la que se han descartado causas específicas para el trastorno como fracturas, traumatismos, enfermedades sistémicas (espondilitis, afecciones infecciosas, vasculares, metabólicas o neoplásicas) o lesiones radiculares.

Representa uno de los principales contribuyentes a la discapacidad, hasta un 85% de los adultos se han quejado de dolor lumbar alguna vez en su vida llegando a generar cronicidad entre un 10% y un 23%. Supone elevados costes sociales y sanitarios directos e indirectos pudiendo generar en un país europeo un coste del 1,7% y 2,1% de su producto interior bruto. Se calcula que la prevalencia de la LCI se sitúa en 10,2% presentando signos de rápido crecimiento. (1, 2, 3)

Existe evidencia de que la discapacidad en los pacientes con dolor lumbar crónico (LCI) es causada por el temor a las lesiones y la evitación del dolor, además estos pacientes crónicos tienen altos niveles de creencias relacionados con el miedo. Los estudios han demostrado que los pacientes que sufren de LCI tienen una interpretación alterada de su dolor en base a su hipótesis de mayor daño tisular y desarrollan respuestas catastróficas. En cambio en los pacientes con dolor lumbar agudo los niveles de creencias de miedo-evitación (ME) disminuyen con el tiempo a través del proceso de curación. (4)

Ya a principio del siglo XX se utilizaban escalas y cuestionarios para valorar y cuantificar el dolor lumbar y su relación con la discapacidad. Algunas de estas herramientas se siguen utilizando en la actualidad. En el caso de la LCI sigue siendo de interés el uso de la Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire también llamado Oswestry Disability Index (ODI), que mide el dolor relacionado con la discapacidad en personas con dolor lumbar agudo, subagudo y crónico. (5)

Investigaciones recientes sugieren que el pronóstico del paciente con LCI está ligado a factores biopsicosociales. Incluso las guías de prácticas clínicas (GPC) sobre la lumbalgia inespecífica en atención primaria (AP) publicadas desde el año 2000 recomiendan el manejo precoz de dichos factores. (6)

Los médicos de familia son el primer punto de contacto más común en el sistema de atención médica para personas con dolor de espalda, pero los fisioterapeutas pueden apoyar al equipo de atención primaria (AP) a través de atención primaria basada en la evidencia. Así organizaciones sanitarias han identificado la atención primaria basada en el equipo como una estrategia importante para mejorar la eficacia y la sostenibilidad de los sistemas de salud. Las ventajas incluyen un mejor acceso a una atención adecuada, la coordinación de la atención y el apoyo de la autogestión. Los fisioterapeutas pueden ser un miembro importante del equipo para tener en cuenta en la atención primaria de personas con dolor de espalda. (7)

Con estos datos surgen preguntas relacionadas con intervenciones efectivas para la LCI desde la AP. Existen numerosas publicaciones relacionadas con el abordaje de la LCI, incluidas aquellas intervenciones de carácter pasivo por parte de paciente, pero en esta revisión hemos puesto el foco en la intervención a través de los factores biopsicosociales así como del ejercicio terapéutico.

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Definir estrategias eficaces en el tratamiento de la LCI en AP.
- Determinar la implicación de la fisioterapia en AP como tratamiento de la LCI.

Objetivos específicos:

- Identificar factores biopsicosociales que intervienen en el desarrollo de la LCI.
- Determinar que tipo de ejercicio terapéutico ofrece mejores resultados en el tratamiento de la LCI.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas el 16 de julio de 2018 en las siguientes bases de datos: PUBMED y PEDro utilizando como palabras claves "low back pain", "physical therapy" y "primary care", que nos proporcionó un total de 232 referencias de artículos. Se han seleccionado artículos publicados en los últimos 10 años y con acceso a texto completo dando lugar a una selección de 66 artículos. Han sido descartados aquellos artículos que no estaban relacionados con los objetivos de nuestro estudio, y aquellos que basan su estudio en la lumbalgia aguda. Aplicando los criterios de selección según los objetivos establecidos en esta revisión teórica fueron seleccionados 8 artículos, 3 de ellos en español y 5 en inglés:

- Dos revisiones teóricas.
- Un estudio transversal descriptivo.
- Un ensayo no aleatorizado.
- Un diseño exploratorio secuencial de método mixto.
- Un protocolo para ensayo aleatorizado.
- Dos ensayos aleatorizados. La escala PEDro fue utilizada como medición de calidad de estos artículos. (Ver tabla 1. Clasificación de los estudios según la escala PEDro).

Dado que este trabajo consiste en una revisión teórica y con el objetivo de encontrar información relevante para nuestro estudio, la metodología de análisis se ha basado en la lectura de los artículos seleccionados de forma objetiva incluyendo los gráficos y marcos conceptuales que ellos se incluyen.

4 Resultados

De los 8 artículos encontrados, tres de ellos hacen referencia al abordaje biopsicosocial en el paciente con LCI (1, 10 y 11), siendo de los mismos autores. En el primero desarrollan el diseño de un instrumento educativo para pacientes con LCI llamado Cuaderno de Creencias en el Dolor de Espalda (CCDE) basado en una revisión que presenta los modelos teóricos y las bases científicas que lo sustentan:

- Modelo biopsicosocial del dolor.
- Modelo de sentido común de Leventhal.
- Modelo de miedo evitación del dolor.

Educación basada en principios cognitivos-conductuales. El CCDE se estructura en cuatro partes:

1. Introducción.
2. Parte I. ¿Qué cree usted acerca del dolor lumbar?
3. Parte II. ¿Solución a las cuestiones planteadas? Autoevaluación.
4. Perfil de la persona que supera con facilidad el dolor lumbar.

A diferencia de otros manuales para el dolor de espalda que han demostrado no ser eficaces para la LCI, el CCDE incluye la información basada en principios cognitivos conductuales. En el segundo artículo encontrado sobre abordaje biopsicosocial, los mismos autores realizan un ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivos-conductuales con el objetivo de valorar su influencia sobre la reducción del ME y catastrofismo al dolor. En este estudio cuasiexperimental la intervención educativa parece disminuir los factores biopsicosociales. Aunque en dicha intervención educativa han existido limitaciones y recomiendan una interpretación cautelosa de los resultados. En su tercer artículo, los autores, en un diseño descriptivo transversal tienen como objetivo describir características sociodemográficas y clínicas de los 12 pacientes con LCI atendidos en AP y conocer su relación con el ME. Concluye que un elevado porcentaje de los pacientes con LCI atendidos en AP tiene un elevado nivel de ME a la actividad física. Siendo más susceptibles los pacientes con incapacidad temporal, estudios primarios y elevada discapacidad. Así como el uso de pruebas de imagen y los tratamientos pasivos dificultan la adherencia del paciente a las recomendaciones de las GPC.

Uno de los artículos (12) hace referencia a las GPC publicadas sobre lumbalgia, se trata de una revisión de referencias grado A y B de nivel de evidencia. Todas

las GPC consultadas recomiendan el ejercicio y la educación para el manejo de la LCI. Aunque hay consenso en las pautas educativa no ocurre lo mismo con el ejercicio ya que cada GPC recomienda un tipo (estabilidad del CORE, programa individualizado, gradualmente progresivo, bajo supervisión...).

Dos de los artículos hacen referencia al efecto del ejercicio en la LCI, en ambos casos se trata de un ensayo controlado aleatorizado. En uno de ellos (8) se comparan los ejercicios de control motor con el ejercicio gradual, obteniendo similares resultados en ambos grupos. En el otro (9) se comparan: ejercicios de control motor, ejercicios en suspensión y ejercicio general. Los resultados obtenidos para los tres grupos fueron similares aunque se detectaron algunas diferencias a favor de los ejercicios de control motor con respecto al ejercicio general.

Uno de los artículos (7) hace referencia a la inclusión del fisioterapeuta como profesional de primera intención en AP basada en la evidencia para el abordaje dolores de espalda relacionados con problemas músculo-esqueléticos. Se trata de un estudio piloto que quiere demostrar la viabilidad tanto clínica como económica de este modelo de atención para, en un futuro, llevar a cabo un ensayo aleatorizado. Dicho ensayo inscribirá cuatro centros de atención primaria y los aleatorizará para implementar un nuevo modelo dirigido por el PT para el dolor de espalda o un modelo de atención primaria dirigido por un médico habitual.

Un último artículo (13) hace referencia a como el uso de la tecnología de la información y la comunicación para brindar información a los pacientes se está convirtiendo en una herramienta poderosa, incluidos los pacientes con LCI. El principal resultado de este proyecto es identificar las creencias de los pacientes con dolor lumbar crónico sobre el origen y el significado de su dolor para desarrollar una herramienta educativa basada en la web que utilice diferentes formatos educativos y técnicas de gamificación.

5 Discusión-Conclusión

En el abordaje de la LCI son insuficientes los métodos pasivos convencionales utilizados: reposo, terapia manual, electroterapia y termoterapia, puesto que sus beneficios se reducen a corto plazo y además dificultan la adherencia del paciente al proceso terapéutico. Por otro lado no tienen en cuenta los factores biopsicosociales, la cronicidad y las banderas amarillas asociadas, y que según los autores constituyen uno de los pilares más importantes en el tratamiento de la LCI.

El uso de la neurofisiología del dolor como una intervención educativa ha demostrado ser eficaz en problemas relacionados con distintos tipos de dolor lumbar. Se centra en describir los mecanismos de procesamiento periférico y central de la señal nociceptiva y explicar cómo esta transmisión se modula mediante el procesamiento cerebral estando influenciada por factores psicosociales. Por lo tanto, los pacientes aprenden que el significado de su dolor no siempre está relacionado con el daño tisular de las estructuras dolorosas. Además, este tipo de educación ayuda a los pacientes a reconceptualizar su dolor, mejorando la funcionalidad, reduciendo la discapacidad y los pensamientos catastróficos. Actualmente, para facilitar la integración de estos conceptos por parte del paciente, se está trabajando en plataformas digitales y páginas web supervisadas y tutorizadas por profesionales sanitarios.

Con respecto a los factores biopsicosociales que interfieren en el desarrollo de ME en los pacientes con LCI no existe una relación directa con el nivel 14 educativo del paciente. Sí que lo están la situación laboral (incapacidad temporal), la cronicidad del proceso, el género masculino y padecer depresión. En cuanto al tipo de ejercicio utilizado en pacientes con LCI no se han encontrado diferencias significativas en la mejoría del dolor y la discapacidad al comparar trabajo centrado en el control motor con la práctica de actividad física gradual. En cuanto a la comparación entre ejercicios de control motor, ejercicios en descarga y ejercicios habituales para el manejo de la LCI no se han encontrado diferencias significativas para el dolor, la discapacidad y la flexibilidad del tronco en un programa de 8 semanas de duración, es decir son igualmente efectivos. Pero sí ha demostrado que con los ejercicios de control motor han mejorado los tiempos de confianza del paciente con respecto su proceso.

Tanto las intervenciones educativas como el ejercicio supervisado pueden ser abordados desde la AP por el fisioterapeuta, de hecho ya está siendo aplicado con éxito en alguno centros de salud. Con ello se podrían reducir los costes directos e indirectos que la discapacidad generada por LCI ocasiona. Para optimizar los recursos y obtener mejores resultados sería necesario agilizar el acceso de pacientes con LCI al servicio de Fisioterapia en AP siendo derivados directamente por el médico de familia.

En cuanto a las limitaciones que hemos encontrado en la bibliografía, los artículos encontrados sobre abordaje con ejercicio de la LCI en AP son anteriores a los últimos 5 años, sería interesante abrir líneas de investigación en este sentido para actualizar los resultados y determinar que tipo de ejercicios y dosificación

demuestran ser más eficaces.

6 Bibliografía

1. Díaz-Cerrillo JL., Rondón-Ramos A. Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2014;47(2):117-23. DOI: 10.1016/j.aprim.2014.03.005.
2. Gieseke T, Gracely RH, Grant MA, Nachemson A, Petzke F, Williams DA, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum*. 2004;50(2):613-23. DOI: 10.1002/art.20063.
3. Manchikanti L, Singh V, Falco VJ, Benyamin RM, Hirsh JA. Epidemiology of low back pain in adults. *Neuromodulation*. 2014;17(2):3-10. DOI: 10.1111/ner.12018.
4. Radmon-Roquin A, Bouton C, Beque C, Petit A, Roquelaure Y, Huez JF. Psychosocial risk factors, interventions, and comorbidity in patients with non-specific low back pain in primary care: Need for comprehensive and patient centered care. *Front Med*. 2015;2:73. DOI: 10.3389/fmed.2015.00073.
5. Fairban JC, Cuper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy*. 1980;66(8):271-3.
6. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An - update overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19:2075-94. DOI: 10.1007/s00586-010-1502-y
7. Miller J, Barber D, Donnelly C, French S, Green M, Hill J. Determining the impact of a new physiotherapist-led primary care model for back pain: protocol for a pilot cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18:526. DOI: 10.1186/s13063-017-2279-7
8. Macedo LG, Latimer J, Maher CG, Hodges PW, McAuley JH, Nicholas MK. Effect of motor control exercises versus graded activity in patients with chronic nonspecific low back pain: A Randomized Controlled Trial. *Phys. Ther*. 2012;92(3):363-77. DOI: 10.2522/ptj.20110290.
9. Unsgaard-Tøndel M, Fladmark AM, Salvesen Ø, Vasseljen, O. Motor control exercises, sling exercises, and general exercises for patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *Phys. Ther*. 2010;90:1426-40. DOI: 0.2522/ptj.20090421.
10. Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A, Pérez-González R, Clavero-Cano S. Ensayo no aleatorizado de una intervención educativa basada en principios cognitivos-conductuales para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en fisioterapia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015;48(7):440- 448.

11. Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A, Clavero-Cano S, Pérez-González R, Martínez-Calderón J, Luque-Suarez A.. Factores clínico-demográficos asociados al miedo-evitación en sujetos con lumbalgia crónica inespecífica en atención primaria: análisis secundario de estudio de intervención. *Aten Primaria*. 2018.
12. Ladeira C. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(3):190-9.
13. Valenzuela-Pascual F, Molina F, Corbi F, Blanco-Blanco J, Gil RM, Soler- Gonzalez J. The influence of a biopsychosocial educational internet-based intervention on pain, dysfunction, quality of life, and pain cognition in chronic low back pain patients in primary care: a mixed methods approach. *BMC Med Inform Decis Mak* . 2015;15: 97. DOI: 10.1186 / s12911-015-0220-0.

Capítulo 588

EFICACIA TERAPÉUTICA DE LAS TÉCNICAS NEURODINÁMICAS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. UNA REVISIÓN TEÓRICA.

MARÍA INMACULADA SANTANA REYES

EVA RAMOS MEZCUA

ALMUDENA ROSA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano (STC) es definido como el atrapamiento del nervio mediano dentro del túnel del carpo. Está asociado con traumatismos repetitivos, principalmente los relacionados en el ámbito laboral, con diversas afecciones como artritis reumatoide, acromegalias, fracturas de muñeca, así como en el embarazo, siendo el 15% de los casos de carácter idiopático. En cuanto a su sintomatología, el paciente refiere dolor de tipo quemazón y parestesias a nivel de la cara ventral de la mano y dedos pulgar, índice y medio y en la parte lateral del dedo anular. Ambos síntomas empeoran por las noches. La compresión prolongada del nervio mediano puede llevar a una pérdida sensorial permanente, a un déficit motor y una atrofia de la musculatura implicada (1).

El STC es la neuropatía compresiva con mayor prevalencia. Su incidencia se sitúa entre el 0,1% y el 10%, siendo mayor en mujeres que en hombres con edades comprendidas entre los 45 y 54 años. (1)

Los costes ocasionados por esta patología son de diversa índole, desde los derivados de la atención sanitaria, intervención quirúrgica y rehabilitación, a los producidos, en el caso del ámbito laboral, por la pérdida de productividad del trabajador, las compensaciones económicas de las empresas y los días de baja laboral, que se calculan en 25-30 días por persona (2-3). El STC forma parte de los 12 trastornos músculo-esqueléticos del miembro superior reconocidos por el grupo SALTSA (Joint Program for Working Life Research in Europe). Los factores de riesgo reconocidos son la realización de actividades que requieren un esfuerzo, la repetición, la existencia de vibraciones y, sobre todo, la combinación de varios de estos elementos (4).

En cuanto al tratamiento, la gravedad de la dolencia es el factor que determinará la elección del mejor tratamiento. Si el STC es grave, el tratamiento de elección es el quirúrgico mientras que si el STC es leve o moderado, se optará por un tratamiento conservador. Existen numerosos tratamientos conservadores para el STC, sin embargo, no hay consenso sobre las mejores técnicas no quirúrgicas disponibles para los pacientes con afectación leve o moderada (5).

En 2016 Jiménez del Barrio S. publicó una revisión sistemática en la que concluye que entre los tratamientos conservadores con evidencia científica encontramos el uso de férulas, fármacos orales, infiltraciones, técnicas de electroterapia, técnicas manuales específicas y ejercicios. Sin embargo, no pudo describir la mejor técnica o combinación de técnicas ya que muchos de los casos asociaban diferentes técnicas y la falta de homogeneidad en las variables estudiadas dificultaba la comparativa (5).

Dentro de las técnicas manuales específicas, hoy en día el uso de las técnicas neurodinámicas se realiza con el objetivo de disminuir la sintomatología que presenta el paciente y mejorar su evolución durante las intervenciones. Debido al creciente interés en la movilización neuromeníngea se ha incrementado el número de investigaciones y estudios clínicos que ponen de manifiesto la eficacia de estas técnicas. Como efectos positivos de estos procedimientos podemos valorar cambios a nivel del territorio de dolor referido, mejora de la discapacidad o la modificación de los signos y síntomas relacionados con las alteraciones de la mecanosensibilidad del sistema nervioso. Dichos efectos, son explicados, en parte, por posibles cambios tanto en la fisiología del complejo de la raíz nerviosa

como en los mecanismos de modulación del dolor (6,7).

En esta revisión teórica nos centraremos en responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿son las técnicas neurodinámicas efectivas en el abordaje terapéutico del STC?

Actualmente varias revisiones sistemáticas han sido publicadas en referencia a nuestro objetivo de estudio. Tomasz Wolny (2017) llevó a cabo una revisión en la que la mayoría de los estudios evaluados mostraron efectos terapéuticos positivos tras la aplicación de las técnicas neurodinámicas. Araya et al. (2018) muestra una evidencia moderada en la utilización de la técnica de movilización neurodinámica en el manejo del dolor y la funcionalidad a corto plazo (6,8).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar la efectividad de las técnicas neurodinámicas en el tratamiento conservador del STC.

Objetivos secundarios:

- Conocer si existe mejoría en cuanto al dolor y la funcionalidad.
- Analizar si la aplicación de las técnicas neurodinámicas acorta el tiempo de recuperación del paciente.

3 Metodología

La búsqueda se realizó el mes de Julio en las siguientes bases de datos: Google Scholar, Pubmed, Dialnet y PEDro. La estrategia de búsqueda se realizó utilizando el operador booleano AND de esta forma: neurodynamic techniques AND carpal tunnel syndrome.

Los criterios de inclusión elegidos fueron:

- Estudios que evalúen la efectividad de las técnicas neurodinámicas en pacientes diagnosticados de STC.
- Estudios en los que la población objeto fueran humanos mayores de 18 años.
- Estudios publicados en los últimos 10 años, en inglés o español y con acceso al texto completo.

Los criterios de exclusión elegidos fueron:

- Estudios que analizaran otras lesiones neurológicas o musculoesqueléticas del miembro superior.
- Revisiones sistemáticas y otros estudios no científicos (comentarios, resúmenes...)

Como metodología de análisis realizamos una lectura crítica de los artículos seleccionados teniendo siempre como objetivo la búsqueda de información relevante para responder a nuestra pregunta de investigación anteriormente expuesta. La escala PEDro fue empleada para evaluar la calidad metodológica de los estudios (9). Los estudios incluidos en esta revisión tienen una puntuación de 4/10 la más baja y de 8/10 la más alta.

4 Resultados

La estrategia de búsqueda empleada identificó en un primer momento 112 artículos, tras aplicar los criterios de inclusión y descartar los artículos repetidos fueron seleccionados 5 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y 1 serie de casos clínicos. Los 6 estudios seleccionados cuentan con un total de 548 pacientes. Todos los estudios se realizaron sobre pacientes diagnosticados con STC.

Bialosky et al., (2009) realizaron un ECA empleando una muestra de 40 pacientes, las cuales fueron aleatorizados en 2 grupos. El grupo experimental recibió una técnica neurodinámica específica que provocaba tensión en todo el recorrido del nervio mediano, incluyendo inclinación cervical contralateral, depresión, abducción y rotación externa de hombro de 90 grados, extensión máxima de codo y supinación de antebrazo. El grupo control recibió una técnica neurodinámica placebo que disminuía la tensión anatómica del nervio mediano, incluyendo posición neutra de columna cervical, sin depresión, abducción y rotación externa de hombro de 45 grados, extensión de codo de 45 grados y pronación de antebrazo. En cada intervención además, se realizaron movimientos repetitivos de flexo-extensión de muñeca y dedos dentro del recorrido de movimiento disponible. Adicionalmente, todos los pacientes recibieron una férula prefabricada de uso nocturno y durante las actividades de la vida diaria (AVD) más dolorosas. Las intervenciones se aplicaron bilateralmente y en 5 series de 10 ciclos para las 3 primeras sesiones y 7 series de 10 ciclos para la 4ª a la 6ª sesión. Se realizó seguimiento de los pacientes durante las 3 semanas a la aplicación de la intervención. Los resultados presentaron mejoría y fueron similares en ambos grupos en cuanto al dolor, a la sensibilidad a la presión dolorosa y a la discapacidad. Sin embargo, una disminución en la suma temporal del dolor solo fue observada en

el grupo experimental.(10)

De la Llave Rincón et al., (2012) llevaron a cabo una serie de casos con 18 pacientes. Todos los pacientes recibieron una sola sesión de tratamiento de 30 minutos de duración. En primer lugar se trató toda la musculatura relacionada con el nervio mediano a través de técnicas de masoterapia (relajación miofascial, estiramientos y masaje transversal profundo). La técnica neurodinámica empleada incluía depresión de hombro, abducción y rotación externa de hombro, supinación de antebrazo y extensión de muñeca, pulgar y dedos. En esta posición, la flexión de codo y extensión de muñeca fue alternada dinámicamente con extensión de codo y flexión de muñeca. La velocidad y amplitud del movimiento se ajustó al umbral del dolor del paciente. Se evaluó al inicio, justo después de la intervención y a la semana de la intervención. Los resultados arrojaron mejoría en cuanto al dolor pero no a la sensibilidad de la presión.(11)

En el ECA de Heebner et al., (2008) se dividió una muestra de 60 pacientes en dos grupos. El grupo 1 recibió un cuidado estándar consistente en un programa de educación al paciente con STC, férula prefabricada de muñeca para mantenerla en posición neutra, de uso nocturno y durante las AVD de mayor esfuerzo y una serie de ejercicios de deslizamiento del tendón que debían realizar 10 repeticiones de 3 a 5 veces por día. El grupo 2 además del cuidado estándar fue instruido para realizar ejercicios de movilización neurodinámica del nervio mediano de 3 a 5 veces por día, 10 repeticiones y manteniendo el estiramiento durante 5 segundos. En el análisis de los resultados, no hubo diferencias significativas en ambos grupos en cuanto al dolor y la funcionalidad. Solo el grupo 1 presentó mejoras en la puntuación del cuestionario específico de túnel carpiano (CSTQ) a los 6 meses. Los autores resaltan que la cronicidad de los síntomas, la inadecuada auto-realización de la técnica de deslizamiento del nervio mediano y la falta de seguimiento de la intervención pudo haber afectado negativamente en dichos resultados.(12)

Wonly et al., (2016) aleatorizaron una muestra de 140 pacientes en dos grupos. El grupo 1 recibió un tratamiento basado en terapia manual, que incluía masoterapia de la porción inferior del trapecio, movilizaciones de muñeca y técnicas de movilización neurodinámica según propone Shacklock (16). Cada sesión fue de 30 minutos. El grupo 2 recibió 2 sesiones semanales de láser y ultrasonido. El láser fue aplicado mediante el método de 3 puntos sobre la cara palmar de la muñeca, en el área del ligamento transversal del carpo. Primero fue aplicado un láser rojo de 658nm a 50W durante 1 minuto y 40 segundos a una dosis total de 5J. Después se aplicó un láser infrarrojo de 808nm a 400mW durante 1 minuto a una

dosis total de 24J. La terapia de láser duró 8 minutos. El ultrasonido de contacto fue aplicado en el área del ligamento transversal del carpo con una frecuencia de 1Mhz, una intensidad de 1.0w/cm, 75% pulsátil durante 15 minutos. Los resultados mostraron mejoras significativas ($p < 0,001$) en el test de discriminación entre dos puntos (test 2PD) en ambas intervenciones, no obteniendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de tratamiento.(13)

Wonly et al., (2017) llevaron a cabo un ECA utilizando una muestra de 140 pacientes aleatorizados en 2 grupos. El grupo 1 recibió terapia manual incluyendo masaje funcional de la porción inferior del trapecio, técnicas de movilización de muñeca y técnicas neurodinámicas. El protocolo estándar consistió en 3 series de 60 repeticiones de movilizaciones de deslizamiento y tensión del nervio mediano con intervalos entre series de 15 segundos. El grupo 2 recibió láser y ultrasonido. El láser fue aplicado mediante el método de 3 puntos sobre la cara palmar de la muñeca, en el área del ligamento transversal del carpo. Primero fue aplicado un láser rojo de 658nm a 50W durante 1 minuto y 40 segundos a una dosis total de 5J. Después se aplicó un láser infrarrojo de 808nm a 400mW durante 1 minuto a una dosis total de 24J. Cada punto fue así estimulado durante 2 minutos 40 segundos. La terapia de láser duró 8 minutos. En el área del ligamento transversal del carpo fue aplicado ultrasonido con una frecuencia de 1Mhz, una intensidad de 1.0w/cm, 75% pulsátil durante 15 minutos. Ambos grupos recibieron 20 sesiones de tratamiento, 2 veces por semana. En el análisis de los resultados se obtuvieron efectos beneficiosos en ambos grupos, sin embargo todas las variables medidas dieron un mejor resultado en el grupo 1. La velocidad de conducción sensitiva del nervio mediano fue un 34% más rápida en el grupo 1 mientras que en el grupo 2 solo aumento un 3%. La media de reducción del dolor fue del 290% para el grupo 1 y del 47% para el grupo 2 y por último, la funcionalidad mejoró un 47% en el grupo 1 frente al 9% en el grupo 2.(14)

Por último, Wonly et al., (2018) en su ECA dividieron una muestra de 150 pacientes en dos grupos. El grupo 1 recibió una secuencia de técnicas neurodinámicas del nervio mediano en decúbito supino, partiendo de la posición de abducción de hombro 90 grados, rotación externa de hombro, muñeca y dedos en extensión, antebrazo en supinación y codo en extensión, se realizaron movilizaciones de deslizamiento proximal (movimientos de gran amplitud de flexo-extensión de codo manteniendo fija la articulación de la muñeca), movilizaciones de deslizamiento distal (movimientos de gran amplitud de flexo-extensión de muñeca, manteniendo fija la articulación del codo) y maniobras de tensión proximal y distal. (15)

El grupo 2 recibió una técnica neurodinámica placebo en la cual el miembro superior se encontraba en posición neutra: abducción de hombro 45 grados, posición intermedia de rotación de hombro, codo en flexión de 45 grados, antebrazo en posición intermedia y muñeca y dedos en posición intermedia. El resto de movilizaciones fue la misma que en el grupo 1 siempre manteniendo esta posición neutra. El protocolo estándar para ambos grupos fue de 3 series de 60 repeticiones con intervalos entre series de 15 segundos. Cada sesión duró unos 20 minutos. Ambos grupos recibieron un total de 20 sesiones, 2 sesiones a la semana. Los resultados evidenciaron solo en el grupo 1 mejoras estadísticamente significativas ($p < .01$) en todos los parámetros evaluados (velocidad de conducción motora y sensitiva del nervio mediano, latencia motora, dolor, escala de severidad de los síntomas y funcionalidad) excepto en la fuerza de agarre y pinza.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de esta revisión teórica es determinar la eficacia de las técnicas neurodinámicas en el tratamiento conservador del STC. Para ello se evaluaron 5 ECA y una serie de casos con un total de 548 pacientes. La media de edad se sitúa entre los 44 y los 54,2 años, justo cuando hay una mayor incidencia de la enfermedad. Debemos tener en cuenta que un estudio (14), solo describe la edad de la muestra como mayores de 18 años. En cuanto al género, la muestra total consta de 488 mujeres y 60 hombres, poniendo así de manifiesto que se trata de una patología que afecta en mayor medida a mujeres que a hombres. Los 3 estudios llevados a cabo por Wonly et al., tuvieron una duración de la intervención de 10 semanas, en el estudio de Bialosky et al., fue de 3 semanas, De la Llave Rincón et al., solo realizó una única sesión de tratamiento mientras que Heebner et al., instruyó a sus pacientes para que realizaran el tratamiento en casa durante 6 meses.(10-15,17)

Los estudios de Bialosky et al., y Wonly et al., (2018) compararon una técnica neurodinámica con una técnica placebo, mientras que en el primero los resultados aunque fueron buenos no hubo diferencias entre ambos grupos, en el segundo se obtuvieron mejoras estadísticamente significativas solo en el grupo en el que se aplicaron las técnicas neurodinámicas. Las diferencias en la aplicación de las técnicas neurodinámicas en ambos estudios puede ser la causa de dichos resultados.(10,15)

Dos estudios realizados por Wonly et al., (2016) (2017) que compararon técnicas de terapia manual en las que se incluyeron movilizaciones de deslizamiento y

tensión del nervio mediano con láser y ultrasonido, mostraron efectos beneficiosos para ambos grupos de tratamiento pero éstos siempre fueron mejores en el grupo en el que se incluyeron las técnicas neurodinámicas. Esto puede ser debido a que teóricamente, efectos tales como mejoría de la circulación intraneural, cambios en la viscoelasticidad del tejido nervioso o la capacidad de influir sobre los mecanismos de evitación asociados al miedo o aprensión al movimiento, son atribuibles al uso de técnicas neurodinámicas (7,13,14).

De la Llave Rincón et al., tras aplicar una única sesión de tratamiento obtuvo buenos resultados en cuanto al dolor. Ortega-Santiago et al., opinan que un efecto neurofisiológico del tratamiento fisioterápico podría estar relacionado con la modificación de los cambios neuroplásticos que producen dolor (11,12,18).

El estudio de Heebner et al., comparó el cuidado estándar con la realización de técnicas neurodinámicas sumado al cuidado estándar, los resultados no fueron estadísticamente significativo para ninguno de los grupos. Cabe destacar que fue el único estudio en el que la técnica neurodinámica fue realizada por el propio paciente en casa. Es difícil por tanto, comparar la eficacia de la técnica neurodinámica realizada por el propio paciente que aquella que es aplicada por un fisioterapeuta.(12)

Las revisiones sistemáticas realizadas por Meneses et al., y Araya et al., mostraron una evidencia moderada para el uso de las técnicas neurodinámicas en el tratamiento conservador del túnel carpiano. Otras revisiones sistemáticas realizadas por Ballester-Pérez et al., y Wonly en las que se analizaron 13 y 16 estudios respectivamente concluyen que a pesar de que la aplicación de las técnicas neurodinámicas obtienen efectos terapéuticos beneficiosos, las diferencias en la heterogeneidad de las muestras, de los diseños de estudio así como en la metodología de la intervención terapéutica dificulta formular una conclusión general.(6,8,19,20)

De los seis estudios incluidos en esta revisión teórica solo un estudio comprobó el efecto de las técnicas neurodinámicas por sí mismas sin estar asociadas a otras técnicas de fisioterapia, en el resto de estudios la efectividad de dichas técnicas va ligada a otras intervenciones terapéuticas como es la masoterapia, los ejercicios de deslizamiento del tendón, las movilizaciones de muñeca o el uso de férulas.

Se sugiere, por tanto, la realización de futuros ensayos clínicos aleatorizados en los que se evalúe un protocolo concreto de técnicas neurodinámicas en una muestra homogénea de pacientes con STC leve, moderado o severo, cuya calidad

metodológica sea alta para poder obtener resultados seguros y fiables. (10-15)

Esta revisión presenta algunas limitaciones, la variabilidad en cuanto a las diferentes combinaciones de técnicas de tratamiento y a las variables de medición elegidas por los autores de los distintos estudios, dificulta la comparación entre los mismos. También fue difícil encontrar artículos de alta calidad metodológica según la escala PEDro. Tampoco se incluyeron artículos en otros idiomas distintos al español y al inglés.

Los artículos incluidos en esta revisión teórica muestran efectos beneficiosos en cuanto a la reducción del dolor y la mejora de funcionalidad en pacientes diagnosticados con STC tras la aplicación de técnicas neurodinámicas por sí solas o combinadas con otros tratamientos fisioterápicos. Sin embargo, ningún autor incluyó en sus variables de medición si la aplicación de dichas técnicas neurodinámicas acortaría el tiempo de recuperación del paciente frente a otras modalidades de tratamiento.

6 Bibliografía

- 1. www.aefi.net
- 2. Roel-Valdés J, Arizo-Luque V, Ronda-Pérez E. Epidemiología del síndrome del túnel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante, 1996-2004. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80:395-409.
- 3. Riaño-Casallas MI, Palencia-Sánchez F. Los costos de la enfermedad laboral: revisión de literatura. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2015; 33(2): 218-227. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n2a09
- 4. Dreano T, Albert J-D, Marín F, Sauleau P. EMC-Aparato Locomotor. Vol. 44, Issue 3, 2011, Pages 1-8.
- 5. Jiménez del Barrio S, et al. Tratamiento conservador en pacientes con síndrome del túnel carpiano con intensidad leve o moderada. Revisión sistemática. *Neurología*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrt.2016.05.018>
- 6. Araya Quintanilla F, Polanco Cornejo N, Cassis Mahaluf A, Ramírez Smith V y Gutiérrez Espinosa H. Efectividad de la movilización neurodinámica en el dolor y funcionalidad en sujetos con síndrome del túnel carpiano: revisión sistemática. *Rev Soc Esp Dolor* 2018; 25(11): 26-36.
- 7. Zárate, Eduardo. *Movilización Neuromeningea. Tratamiento de los trastornos mecanosensitivos del sistema nervioso*. Madrid: Médica Panamericana, D.L. 2013.
- 8. The Use of Neurodynamic Techniques in the Conservative Treatment of

- Carpal Tunnel Syndrome - a Critical Appraisal of the Literature. Wonly T. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2017 Oct 31; 19(5): 427-440. Review
- 9. Moseley AM, Habert RD, Sherrington C, naher CG. Evidence for physiotherapy practice: a survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Aust J Physiother.* 2002; 48(1): 43-49.
 - 10. Bialosky JE, Bishop MD, Price DD, Robinson ME, Vincent KR, George SZ. A randomized sham-controlled trial of a neurodynamic technique in the treatment of carpal tunnel syndrome. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009 Oct; 39(10): 709-23. DOI: 10.2519/jospt.2009.3117
 - 11. De-la-Llave-Rincón AI, Ortega-Santiago R, Ambite-Quesada S, Gil-Crujera A, Puenteadura EJ, Valenza MC, Fernández-de-las-Peñas C. Response of pain intensity to soft tissue mobilization and neurodynamic technique: a series of 18 patients with chronic carpal tunnel syndrome. *J Manipulative Physiol Ther.* 2012 Jul; 35(6): 420-7. DOI: 10.1016/j.jmpt.2012.06.002. Epub 2012 Jul 31.
 - 12. Heebner ML, Roddey TS. The effects of neural mobilization in addition to standard care in person with carpal tunnel syndrome from a community hospital. *Journal of Hand Therapy* 2008 Jul-Sep; 21(3): 229-241.
 - 13. Wonly t, Sauliez E, linek P, Mysliwiec A, Sauliez M. Effect of manual therapy and neurodynamic techniques vs ultrasound and lase on 2PD in patients with CTS: A randomized controlled trial. *J Hand Ther.* 2016 Jul-Sep; 29(3): 235-45. DOI: 10.1016/j.jht.2016.03.006. Epub 2016 Apr 16.
 - 14. Wonly T, Saulicz E, Linck P, Shacklock M, Mysliwiec A. Efficacy of Manual Therapy including Neurodynamic Techniques for the treatment of Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2017 May; 40(4): 263-272. DOI:10.1016/j.jmpt.2017.02.004. Epub 2017 Apr 8.
 - 15. Wonly T, Linck P. Neurodynamic Techniques Versus “Sham” Therapy in the Treatment of Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018 May; 99(5): 843-854. DOI: 10.1016/j.apmr.2017.12.005. Epub 2018 Jan 4.
 - 16. Shacklock M. *Neurodinámica clínica*; Madrid; Elsevier; 2005.
 - 17. Ibrahim I, Khan WS, Goddard N, Smitham P. Carpal tunnel syndrome: a review of the recent literature. *Open Orthop J.* 2012; 6: 69-70.
 - 18. Ortega-Santiago R, de-la-Llave-Rincón AI, Ambite-Quesada S, Fernández-de-las-Peñas C. Tratamiento fisioterápico basado en la neuromodulación de la sensibilización central en el síndrome del túnel del carpo: a propósito de un caso. *Fisioterapia.* 2012; 34(3): 130-134. DOI: 10.1016/j.ft.2012.01.004
 - 19. Meneses Echavez JF, Morales-Osorio MA. Evidencia de la efectividad del deslizamiento del nervio mediano en el tratamiento del síndrome del túnel carpi-

ano: revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2013; 35(3): 126-135.

- 20. Ballester-Pérez R, Plaza-Manzano G, Urraca-Gesto A, Romo-Romo F, Atín Arratibel MA, Pecos-Martín D, Gallego-Izquierdo T, Romero-Franco N. *J Manipulative Physiol Ther* 2016; xx: 0-10.

Capítulo 589

“EFICACIA TRATAMIENTO FASCITIS PLANTAR”.

ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

1 Introducción

La fascitis plantar es la inflamación del tejido conectivo que sostiene la planta del pie. La inflamación puede producirse cuando la fascia sufre una sobrecarga, una distensión, un desgarro o una rotura.

La zona dolorosa se localiza en la parte inferomedial del talón, donde encontramos un gran número de receptores sensitivos.

La fascia plantar es una aponeurosis engrosada que conecta la tuberosidad medial del calcáneo con las articulaciones metatarsofalangicas y ligamentos plantares mediante una unión osteaponeurótica. Se organiza en cinco bandas longitudinales. La función de la fascia es principalmente mantener la integridad del arco plantar del pie mediante la tensión que produce entre sus extremo, y así se forma la curvatura longitudinal de la bóveda plantar. Desempeña varias funciones entre las que podemos destacar la contención a los músculos plantares dotándoles de capacidad para acomodar los impactos, restringe la movilidad tangencial de la piel, proporciona unión con la piel, protegen de una compresión excesiva a los vasos plantares y digitales y también facilita el retorno venoso.

El dolor de la fascitis plantar aparece principalmente en los primeros pasos del día, después de una periodo de descanso prolongado, con la bipedestación mantenida, al subir las escaleras o al hacer un ejercicio intenso. Suele disminuir con la actividad aunque también suele empeorar al final del día.

La fascitis plantar es la causa más común de dolor a nivel talonario (80%) y 1 de cada 10 personas padecerá en algún momento de su vida un episodio de fascitis plantar. El pico de incidencia en la población se establece entre los 40 y los 60 años, sin verse un predominio significativo según el género.

Existe un amplio abanico de posibles causas para la fascitis plantar. A continuación enumeraremos algunas de las más probables:

- Pies planos o arcos muy altos.
- Rigidez o tensión en el tendón de Aquiles.
- Obesidad.
- Bipedestación o deambulación mantenida durante largos periodos.
- Uso de zapatos con soporte de arco deficiente, suelas muy blandas o posiciones forzadas del pie como los tacones.
- Edad.
- Correr largas distancias, desniveles o por superficies desiguales.

Para su diagnóstico se pueden emplear pruebas diagnósticas como son radiografías, ecografía, resonancia magnética, estudio biomecánico, gammagrafía ósea o electromiograma.

Existe una amplia gama de tratamientos para la fascitis plantar. Afortunadamente el 90% de los casos remiten con un tratamiento conservador. Destacamos el tratamiento conservador fisioterapéutico, que se compone de ejercicios orientados a flexibilizar y fortalecer la musculatura de la región. Se suele combinar con termoterapia y alguna técnica de electroterapia.

Encontramos como tratamiento complementario o único el farmacológico. Se basa en fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) o corticoides. Si estos tratamientos no funcionasen se puede recurrir al uso de plantillas, a infiltraciones medicas e incluso al tratamiento quirúrgico en los casos más graves.

2 Objetivos

- Determinar la eficacia del tratamiento utilizado en Atención Primaria para la fascitis plantar.
- Identificar si existen diferencias entre pacientes tratados con un protocolo que incluye la aplicación de ultrasonidos y otros pacientes tratados con un protocolo sin la aplicación de ultrasonidos.

3 Metodología

Delimitaremos dos grupos de 15 sujetos cada uno para llevar cabo el tratamiento durante el presente año. Por lo que en total se estudiarán 30 sujetos.

Los criterios de inclusión para la elaboración de los grupos serán:

- Diagnóstico de fascitis plantar, descartado espolón calcáneo mediante prueba radiológica.
- Edad entre 20 y 70 años.
- Dolor de tipo agudo o subagudo.

Los criterios de exclusión para la elaboración de los grupos serán:

- Espolón calcáneo.
- Edad inferior a 20 y superior a 70 años.
- Dolor de tipo crónico.

Se establecerán 12 sesiones en el centro de fisioterapia en días alternos (lunes, miércoles y viernes) para ambos grupos. Ambos grupos también recibirán una hoja escrita con los ejercicios para realizar en casa diariamente (de lunes a domingo).

Se valorará el dolor el primer día de tratamiento con la escala de dolor EVA y se les entregará un cuadrante trimestral para anotar los días que realicen los ejercicios.

El tratamiento en el centro será para el grupo A el siguiente:

- Ultrasonidos continuos a 1 W/cm² durante 5 minutos en la zona de la fascia.
- Masaje transversal profundo en la fascia.

El tratamiento en el centro será para el grupo B el siguiente:

- Masaje transversal profundo en la fascia.

Los ejercicios para casa que se les explicaran el primer día a todos y se les volverán a explicar si fuese necesario, serán:

- Masajear la planta del pie con una pelota de tenis estando sentado o de pie y masajear la planta del pie de delante hacia atrás durante 5 minutos una pelota de tenis.
- Sentado en una silla enrollar con los dedos de los pies una toalla puesta en el suelo durante 3 minutos.
- Sentado en una silla estirar todo lo que se pueda los dedos de los pies durante 3 minutos.

- Finalmente con una botella, con agua previamente congelada, masajearemos de nuevo la planta del pie de delante hacia atrás durante 5 minutos al igual que con la pelota de tenis.

Al finalizar las sesiones de fisioterapia se les indicará a ambos grupos que continúen haciendo los ejercicios en casa en días alternos durante los dos meses siguientes.

Se les citará para valorar el tratamiento a los 3, 6 y 12 meses de iniciarlo. Dicha valoración, al igual que la inicial, se hará con la escala de dolor EVA. En la cita para la valoración de los 3 meses se les pedirá que traigan el registro de días que han realizado los ejercicios desde el primer día de tratamiento.

4 Bibliografía

1. Kapandji A.I. Fisiología articular. Tomo 2: Miembro inferior. Panamericana. 2012.
2. Kadakia AR. Heel pain and plantar fasciitis: hindfoot. Elsevier Saunders. 2015.
3. Cole, C. Craig, S. Plantar Fasciitis: Evidence-Based Review of diagnosis and therapy. American Family Physician. 2005.
4. Rioja, J. Tratamiento combinado de la fasciitis en el adulto en edad superior a los 50 años. Rehabilitación 2001.
5. Gill LH; Plantar fasciitis: Diagnosis and conservative treatment. Am Acad Orthop Surg 1997.
6. Alcántara Bumbiedro S, Ortega Montero E, García Pérez F. Dolor de tobillo y pie. Manual Sermeef de Rehabilitación y Medicina Física. Médica Panamericana. 2006.
7. Rodríguez D, Cerdeño JD. Fascia Plantar. Fasciitis vs Fasciosis. Revisión de la terapéutica podológica actual. Revista internacional de Ciencias podológicas. 2010.
8. Moreno JI. Podología Deportiva. Masson 2005.

Capítulo 590

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE LA MARCHA EN LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa crónica caracterizada por alteraciones del movimiento, tales como bradicinesia, hipocinesia, temblor, rigidez y alteraciones de la marcha y de la postura.

Fue descrita por primera vez en 1817 por el médico británico James Parkinson con el nombre de parálisis agitante; sin embargo, no se definiría su patología hasta las primeras décadas del siglo XX.

La EP es el segundo desorden neurodegenerativo más común. La enfermedad se observa en la segunda mitad de la vida, con un ligero predominio en el hombre. La incidencia es similar en todo el mundo, y la prevalencia global por cada 100 habitantes es de 1,8 % en personas de 65 años, aumentando hasta cerca del 4% en la población de 80-85 años. En España la cifra de EP ronda los 80.000 - 100.000 afectados.

La EP se desencadena principalmente como consecuencia de la muerte paulatina de neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia negra.

La inestabilidad postural junto con la alteración en los reflejos de enderezamiento, da lugar a alteración del equilibrio que, asociado a la rigidez y la acinesia provoca graves trastornos en la marcha, siendo estos uno de los retos más grandes en el tratamiento de los problemas motores de la enfermedad.

2 Objetivos

- Observar si con un programa de fisioterapia basado en ejercicios para la marcha, corrección postural y mejora del equilibrio se obtiene como beneficio una reeducación de los patrones de marcha, que se cuantificará en términos de mejora de resultados de las variables a estudio.
- Valorar si se logra una mejora del equilibrio tras el programa, obteniendo como beneficio una mejora de las complicaciones de la marcha.
- Observar si al trabajar la corrección postural se logra evitar deformidades y retracciones asociadas a la EP, valorándolo mediante el examen motor de la escala UPDRS.
- Observar si hay una mejora en la calidad de vida de los pacientes sometidos al programa de fisioterapia, que se medirá objetivamente mediante la escala PDQ-39.

3 Metodología

El estudio se ha desarrollado sobre 10 pacientes con EP, de los que 5 de ellos componen el grupo experimental. Se les ha aplicado durante 4 meses un programa de fisioterapia con una periodicidad de tres días por semana durante 90 minutos.

Todos los pacientes cumplen los siguientes criterios de inclusión:

- Diagnóstico de EP idiopática.
- Reacción estable a la medicación anti-parkinsoniana.
- Estadío Hoehn-Yahr I,II o III.
- Trastornos en la marcha pero que caminen sin ayuda técnica o únicamente con bastón de mano.

Criterios de exclusión:

- Presentar déficits cognitivos severos definidos por la Escala Mini-Mental, puntuación ≥ 24 (ANEXO V).
- Tener otros desórdenes severos neurológicos, cardiopulmonares u ortopédicos.
- Haber participado en un programa de fisioterapia en los últimos 2 meses.

Se ha dividido a los sujetos en dos grupos de manera aleatoria:

- Grupo control (n = 5) que recibirá el tratamiento farmacológico y un placebo consistente en 10 minutos de radiación infrarroja en la zona lumbar.
- Grupo experimental (n = 5) que recibirá el tratamiento farmacológico y el programa de fisioterapia.

El programa de fisioterapia se ha basado en tres pilares: ejercicios de corrección postural, de equilibrio y específicos para la re educación de la marcha.

VARIABLES DEL ESTUDIO:

- Calidad de vida: Escala PDQ-39
- Examen motor: escala UPDRS (sub-escala III).
- Equilibrio: Escala de Berg
- Longitud del paso: La longitud promedio del paso se medirá realizando una caminata de un número de pasos concretos, en este caso 20.
- Velocidad al caminar: calculada a partir de caminatas cronometradas de una distancia previamente establecida, 10 metros.

PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

- Ejercicios de corrección postural:

Ejercicio 1. Trabajo de cadena muscular posterior. Se harán dos series de 10 repeticiones.

Ejercicio 2. Trabajo de cadena muscular posterior + trabajo EESS. Se harán dos series de 10 repeticiones.

Ejercicio 3. Inclinación lateral de tronco + estiramiento dorsal. Se harán 3 series de 10 repeticiones alternando cada lado.

Ejercicio 4. Trabajo de la musculatura dorsal. Se realizarán 2 series de 10 repeticiones cada una.

- Ejercicios de equilibrio:

Ejercicio 1. Caminar sobre una línea recta.

Ejercicio 2. Desplazamientos laterales.

Ejercicio 3. Desplazamientos antero-posteriores.

Ejercicio 4. Apoyo unipodal.

Se realizarán 2 series de 10 repeticiones de cada uno.

- Ejercicios de marcha:

Ejercicio 1. Marcha con exagerada elevación de rodillas.

Ejercicio 2. Marcha hacia atrás.

Ejercicio 3. Marcha de puntillas.

Ejercicio 4. Marcha de talones.

Ejercicio 5. Marcha lateral.

Ejercicio 6. Marcha con exageración del balanceo de brazos (siempre debe avanzar el brazo contrario al pie que da el paso).

Se realizará cada ejercicio durante 4 minutos, lentamente y descansando entre cada uno de ellos 1 minuto.

Ejercicio 7. Movimientos de rotación de tronco.

Ejercicio 8. Alargar el paso.

Ejercicio 9. Marcha con paradas.

Ejercicio 10. Disociación de cinturas.

Ejercicio 11. Caminar sobre terreno irregular.

Ejercicio 12. Marcha con señales auditivas.

Ejercicio 13. Marcha con obstáculos.

4 Resultados

Tras la reevaluación de los pacientes, se puede afirmar que en los 5 sujetos del grupo experimental se ha logrado una mejoría clara y bastante similar con respecto a las actividades de la vida diaria y a la longitud del paso, con lo que se observa un efecto significativo y homogéneo. Sin embargo, con respecto a la velocidad de la marcha y el equilibrio (escala de Berg), se ha observado un significativo efecto en todos, pero heterogéneo, lo que quiere decir que hubo una mejoría desigual. La actuación fisioterápica no tuvo ningún efecto sobre los signos neurológicos de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Dado que no existen pruebas que justifiquen claramente la eficacia de la fisioterapia en EP, ni estudios que midan la efectividad de un tratamiento fisioterapéutico específico para el entrenamiento de la locomoción en EP, el objetivo de este proyecto ha sido diseñar un estudio sin defectos metodológicos, que evalúe los efectos de un programa de fisioterapia en la marcha de pacientes con la EP, así como elaborar un programa de fisioterapia estandarizado para el tratamiento de los desórdenes del equilibrio y la marcha en estos pacientes.

De los resultados se puede concluir que un programa de fisioterapia específico produce efectos positivos en la clínica de estos pacientes, pero es cierto que dado

que la muestra tiene un tamaño reducido, y la duración del tratamiento es únicamente de 12 semanas, sería necesario más investigación al respecto.

6 Bibliografía

1. Paula Rodríguez, José M. Cancela, Carlos Ayán, Carla do Nascimento, Manuel Seijo-Martínez. Efecto del ejercicio acuático sobre la cinemática del patrón de marcha en pacientes con enfermedad de Parkinson: un estudio piloto. *Rev Neurol* 2013; 56 (6): 315-320.
2. Cardoso suárez, T., Álvarez González, C., Díaz de la Fe, A., Méndez Alonso, C., Sabater Hernández, H., & Alvarez González, L. (2017). Trastornos de la marcha en la Enfermedad de Parkinson: aspectos clínicos, fisiopatológicos y terapéuticos. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 1(2).
3. Díaz de la Fe, A., Cardoso Suárez, T., Álvarez González, L., Álvarez, M., Martínez Aching, G., & Valle Ramos, Y. (2017). Efectos del tratamiento reabilitador con inclusión de estera de marcha en pacientes con Enfermedad de Parkinson. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 1(2).
4. Gazmuri-Cancino, Marcela, Regalado-Vásquez, Erica, Pavez-Adasme, Gustavo, & Hernández-Mosqueira, Claudio. (2019). Efectos de un programa de entrenamiento multicomponente en la marcha funcional en pacientes con Parkinson. *Revista médica de Chile*, 147(4), 465-469.
5. Seco Calvo J., Gago Fernández I. Eficacia de un programa intensivo y continuado de fisioterapia para la mejoría clínica en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Fisioterapia*. 2010; 32(5), 208 - 216.
6. Cudeiro Mazaira FJ. Reeducación funcional en la enfermedad de Parkinson. 1º ed. Barcelona. Elsevier. 2008.

Capítulo 591

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA TORTÍCOLIS CONGÉNITA

SARA BERMEJO SANDÍN

ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

1 Introducción

La tortícolis congénita es una patología frecuente en los servicios de rehabilitación infantil. Se trata de una deformidad provocada por una contractura o retracción unilateral del músculo esternocleidomastoideo (ECOM). Su diagnóstico en el nacimiento puede pasar inadvertido pero debido a sus secuelas conviene que sea establecido y tratado de una manera precoz.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es dar a conocer la fisioterapia como medida conservadora en el tratamiento de la tortícolis congénita.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La tortícolis congénita como ya se ha mencionado consiste en una deformidad provocada por el músculo esternocleidomastoideo (ECOM). El músculo ECOM está constituido por cuatro porciones, una profunda, la cleidomastoidea, que se extiende desde la clavícula hasta la apófisis mastoides, y tres porciones superficiales, la porción cleidooccipital, la esternooccipital y la esternomastoidea.

En conjunto el músculo constituye una ancha banda situada en la parte anterolateral del cuello. La función del ECOM cuando trabaja de manera unilateral es la inclinación cervical hacia el lado homolateral, rotación hacia el lado contralateral y extensión. Además el ECOM trabaja como músculo accesorio respiratorio, concretamente como inspirador, cuando toma como punto fijo la cabeza, al elevar el esternón y las costillas.

La etiología de la tortícolis congénita hoy por hoy no está bien definida existiendo multitud de hipótesis tanto musculares como no musculares. Entre las musculares se encuentra la posibilidad de un desgarro traumático durante el parto, que secundariamente provocase un hematoma originando a su vez un tejido fibroso. Otra de las hipótesis musculares está relacionada con la posición del bebé en el vientre materno.

Entre las hipótesis no musculares existen algunas relacionadas con patología ocular como el estrabismo, malformaciones cervicales óseas o patologías del sistema nervioso central entre otras.

Durante la exploración visual del paciente se observa una postura anómala de la cabeza y región cervical a consecuencia de la retracción muscular. El paciente presenta una inclinación cervical hacia el mismo lado de la lesión junto con una rotación hacia el lado contrario.

Frecuentemente se asocia a la tortícolis congénita la presencia de plagiocefalia postural. Se entiende por plagiocefalia postural a una deformidad del cráneo ocasionada como consecuencia de la aplicación constante de fuerzas de presión sobre él.

Durante la palpación es común encontrar una tumoración de consistencia fibrosa en el espesor del músculo. El rango de movimiento, tanto en rotación como en inclinación, puede encontrarse disminuido. En algunos casos el desarrollo psicomotor puede verse afectado al encontrarse disminuida la actividad de uno de los hemicuerpos.

Es frecuente que la tortícolis congénita aparezca asociada a otras patologías como son la displasia de cadera, el metatarso varo congénito, o la fractura de clavícula entre otras, por lo que tras establecer un buen diagnóstico conviene evaluarlas.

Como parte del tratamiento de la tortícolis congénita existen tanto medidas conservadoras como quirúrgicas en caso de que el procedimiento conservador fracase. En principio el tratamiento conservador suele dar buenos resultados siempre y cuando se establezca de forma precoz, la limitación de la rotación sea inferior a 30°, y en caso de existir plagiocefalia ésta sea discreta. Los objetivos inmediatos del tratamiento son la recuperación de la extensibilidad del músculo afectado y tejidos adyacentes y la prevención y corrección de actitudes asimétricas con una correcta alineación corporal.

Entre las medidas conservadoras existen medidas posturales y fisioterapia. En relación a las pautas posturales es importante explicarlas y enseñarlas a los padres y cuidadores para que las lleven a cabo de forma domiciliaria. Con ellas se pretende ayudar al músculo y región retraída a que recupere su extensibilidad, y prevenir complicaciones como asimetrías y plagiocefalias secundarias. Algunas de ellas son las siguientes:

- La cuna debe estar colocada de forma que los estímulos que reciba el bebé, como pueden ser la luz del exterior o la cama de sus padres, se encuentren en el lado de la restricción del movimiento.
- A la hora de llevarle en brazos actuar de la misma manera que en la situación anterior. Coger al bebé de modo que le lleguen todos los estímulos del lado limitado para que así activamente él mismo vaya dirigiendo la cabeza en esa dirección.

Además es conveniente explicar a los familiares que deben animar al niño a que mueva de manera activa la cabeza mientras se juega con él. Para ello se intentará captar su atención mediante estímulos auditivos, visuales, juguetes o táctiles a través de estímulos cutáneos en mejillas y zona peribucal, todo en el sentido de la corrección postural.

También conviene explicar que durante las horas que los bebés están despiertos es recomendable colocarlos en decúbito prono con el objetivo de fortalecer la musculatura posterior. Aprovecharemos esta posición para jugar con él aplicando los estímulos en el sentido de la corrección como se ha detallado anteriormente.

Además de las medidas posturales, la fisioterapia también se contempla como parte del tratamiento conservador de la tortícolis congénita. El tipo de trabajo

que se lleva a cabo es fundamentalmente de tipo manual basado en estiramientos y masoterapia de la musculatura comprometida, y trabajo de cinesiterapia para movilizar la zona en sentido de la corrección. Además se podrían emplear otro tipo de técnicas como la electroterapia con fines relajantes.

Por otra parte debido a la etapa de desarrollo psicomotor tan importante de los pacientes es conveniente integrar la rehabilitación dentro de un trabajo de estimulación del desarrollo neuromotor, en el que se trabaje el enderezamiento del bebé o los distintos cambios posturales como por ejemplo los volteos, facilitando la integración del hemicuerpo comprometido por la limitación muscular.

La fisioterapia, junto con una serie de medidas posturales que conviene enseñar a los padres y/o cuidadores, constituye un procedimiento adecuado en el tratamiento conservador de la tortícolis congénita.

5 Discusión-Conclusión

Existe evidencia científica de los buenos resultados de las medidas posturales y de la fisioterapia como parte del tratamiento conservador de la tortícolis congénita siempre y cuando el diagnóstico se establezca tempranamente y el tratamiento se lleve a cabo de una manera precoz. No obstante las técnicas de fisioterapia que se pueden emplear en el tratamiento son múltiples y la mayoría de los estudios y revisiones realcionadas con el tema no detallan cuáles son las técnicas que se emplean, por lo que se hace necesario investigaciones con mayor homogeneidad en relación a esto para concretar de esta manera cuales son los tratamientos más adecuados y que presenten mejores resultados.

6 Bibliografía

- Kapandji A. I. Fisiología Articular. Tomo III: Tronco y raquis. 5ª ed. París: Maloine; 1998.
- Peyrou P, Moulies D. Tortícolis muscular congénito. EMC – Aparato Locomotor. 2008; 41 (2): 1-11.
- Macías Merlo L, Fagoaga Mata J. Fisioterapia en pediatría. Madrid: McGrawHill / Interamericana; 2002.
- Kuo AA, Tritasavit S, Graham J. Congenital muscular torticollis and positional plagiocephaly. *Pediatr Rev.* 2014; 35 (2): 79-87.

- Espinosa J, Arroyo O, Martín P, Ruíz D, Moreno JA. Guía Esencial de Rehabilitación Infantil. Madrid: Panamericana; 2010.

Capítulo 592

EJERCICIO FÍSICO Y DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES

ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA

LAURA VEGA MORÁN

MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ

MARTA FUERTES MARTÍNEZ

1 Introducción

Aunque el envejecimiento no se puede detener, los cambios en el estilo de vida, como el manejo del estrés, los hábitos alimenticios saludables y la adopción de actividad física, pueden retardar el proceso de envejecimiento. La evidencia del impacto de los ejercicios sobre la salud de nuestras células y, por lo tanto, sobre nuestras funciones es incontestable. La investigación a lo largo de los años sobre el efecto de los ejercicios en los músculos, el corazón, los huesos y el cerebro demuestran que no existe una forma más segura y económica de mantener la salud y la independencia de una persona. El ejercicio físico debe fomentarse e incorporarse en los hábitos de la población, ya que desempeña un papel fundamental en la medicina preventiva.

Actualmente, la población española mayor de 65 años representa el 17,1% de la población total (Instituto Nacional de Estadística, 2011). Se espera que este grupo

continúe creciendo en los próximos años, por lo que la atención a las personas mayores se convierte progresivamente en un objetivo de salud pública cada vez más relevante, como lo muestra el que 2012 fuera declarado año europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional.

2 Objetivos

- Describir la situación actual acerca de la demencia en el mundo.
- Enumerar los factores de riesgo de la inactividad física.
- Determinar cómo influye en el funcionamiento cognitivo y conductual el ejercicio físico así como un estilo de vida saludable y activo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos, para ello se utilizaron las siguientes palabras clave: actividad física, demencia, adulto mayor, deterioro cognitivo y calidad de vida. Se realizó una revisión en las bases de datos: Pubmed, Cuiden Plus, Scielo, Scirus y Google Académico.

4 Resultados

En la actualidad, la demencia se ha convertido en un problema que afecta a la gran mayoría de la población, a partir de 2015 se encontraron 7,7 millones de nuevos casos de demencia por año, por lo tanto, el número de pacientes con demencia ha llegado hasta los 47,5 millones en todo el mundo y se estima que llegará a 75,6 millones en el 2030; y hasta los 115,4 millones de personas con demencia en 2050. Según la Fundación Alzheimer España cerca de 700.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer (EA) en nuestro país, y cada año esta cifra puede verse incrementada en 100.000 personas.

La mortalidad por las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares ha disminuido, pero por el contrario, la mortalidad para la enfermedad de Alzheimer se ha incrementado en 68 % entre el 2000 y el 2010, si se tiene en cuenta que el 61 % de las personas ha muerto por desarrollar demencia antes de los 80 años y solo el 30 % de las personas, sin desarrollar la enfermedad.

El perfil demográfico de España ha experimentado un cambio espectacular a lo largo del pasado siglo; la población general española se duplicó, la de mayores de

65 años se multiplicó por 7 y la de octogenarios por 13. Así, hemos pasado de tener un 11,24% de personas mayores de 65 años en 1981 al 16,86% en el año 2000. En dicho año, había 6.842.143 de personas mayores de 65 años y 1.545.994 mayores de 80 censadas en España. Las previsiones para la primera mitad del siglo no sólo no modifican la tendencia, sino que la confirman, situando el porcentaje de mayores de 65 años en un 20% en el año 2021. Esto nos convertiría en el país con mayor porcentaje de personas mayores a nivel mundial en la primera mitad del siglo XXI. Estos datos justifican la necesidad de examinar el impacto del envejecimiento y el ejercicio físico sobre la salud, con el fin de prevenir sus consecuencias indeseables, mejorar el bienestar de los ancianos y facilitar su adaptación a la sociedad en que viven.

Factores de riesgo: la inactividad física es un importante factor de riesgo para muchas condiciones y problemas crónicos de salud, tales como las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, la obesidad, la osteoporosis, la diabetes mellitus y de salud mental.

En los Estados Unidos, el 60 % de las personas consideradas mayores no participan regularmente en actividades físicas, y en otros países desarrollados, entre el 30-80 % de las personas son físicamente inactivas. Cabe resaltar que los aspectos no saludables, pueden afectar de forma negativa a la cognición, como la ingesta de alcohol y el consumo de tabaco, entre otros aspectos, que establecieron una relación significativa en diferentes estudios. El deterioro cognitivo comparte con la demencia factores de riesgo como la edad, el sexo, el nivel educativo, la carga genética y la presencia de trastornos depresivos. Se sabe que sobre los 60 años, aumenta el riesgo de padecer deterioro cognitivo leve (DCL) y que las mujeres tienen un riesgo mayor de padecer demencia de tipo Alzheimer.

- Por otra parte cabe señalar que las quejas de memoria no sólo responden al DCL, sino también suelen ser explicadas por la ansiedad y la depresión. En esta misma línea, se encontró que los síntomas psicológicos y conductuales que tienen mayor asociación con el DCL son: depresión, irritabilidad, ansiedad, apatía y agitación. Diferentes investigaciones han detectado asociaciones positivas entre el envejecimiento cognitivo y el nivel educativo, concluyendo que la calidad y la duración de la escolarización influyen de manera directa en el funcionamiento cognitivo global y en la reserva cognitiva.

Caídas en pacientes con demencia: las caídas son causantes de lesiones, discapacidad, complicaciones e incluso fallecimiento, lo que repercute negativamente en la esfera biopsicosocial de las personas, empeorando su calidad de vida y consti-

tuyendo, además, una carga para la sociedad, en tanto en cuanto conllevan un gran coste económico para el sistema sanitario, por las mayores tasas de hospitalización e institucionalización de las personas que sufren caídas. Asimismo, el temor a caer, a menudo consecuencia de haber sufrido caídas previas, puede provocar tanta o incluso más incapacidad que las verdaderas caídas, lo que da lugar de igual modo a repercusiones físicas, psicológicas y sociales que pueden provocar igualmente una merma de la calidad de vida de los ancianos.

Las caídas (consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al anciano al suelo) pueden determinar una reducción en la actividad social y física, y como proceso secundario una pérdida de auto-confianza en la independencia funcional. Los déficits sensoriales (auditivo o visual) conllevan una pérdida de la seguridad en el anciano que los padece, siendo fuente de disminución en la independencia. La presencia de incontinencia urinaria puede marcar una situación de potencial fragilidad, ya que provocan una disminución en la percepción de la calidad de vida del anciano.

Mecanismo de acción del ejercicio físico en el deterioro cognitivo: investigaciones con modelos animales y en humanos proveen un acercamiento a los posibles mecanismos que serían la base de los efectos de la actividad física en la cognición. La hipótesis principal es que el ejercicio afecta directamente a las estructuras y funciones del cerebro. El incremento de la capacidad aeróbica aumenta el flujo sanguíneo cerebral, mejorando la utilización del oxígeno y la glucosa del cerebro, así como el incremento de la insulina, estimulando la neurogénesis y aumentando las interconexiones sinápticas.

Asimismo, la actividad física favorece la regulación de neurotransmisores y la estimulación de liberación de calcio. Todos ellos son necesarios para mantener el funcionamiento neuronal, promover un estado de ánimo positivo y mejorar la función cognitiva. Además, el ejercicio puede incrementar la capacidad de reserva cognitiva del cerebro, reducir la tasa de envejecimiento y disminuir el riesgo de desarrollo de enfermedades neurológicas, así como cualquier tipo de demencia. De hecho, las personas que permanecen activas durante toda la vida, especialmente durante la mediana edad, tienen un mejor desarrollo de las funciones cognitivas durante más tiempo.

La hipótesis de la reserva cognitiva asociada sugiere que la práctica de actividad física y el ejercicio físico mejoran los componente no-neuronales del cerebro, conduciendo a una mayor perfusión de este mismo, resultando una progresiva reserva cognitiva, la cual se puede emplear en caso de enfermedades neurodegen-

erativas, como el Alzheimer. Otra hipótesis, es el estrés, éste supone los beneficios del ejercicio por la cognición, disminuyéndolo, debido que los sujetos susceptibles al estrés, poseen un doble riesgo de padecer demencia. La reserva cognitiva ha sido descrita por algunos autores como la capacidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia, es decir para soportar mayor cantidad de neuropatología antes de llegar al umbral donde la sintomatología clínica comienza a manifestarse.

Beneficios de la actividad física sobre la calidad de vida: en un estudio se identifica que la actividad física tiene resultados positivos en las personas con demencia o en deterioro cognitivo causado por la vejez, pero estas mejoras no solo están relacionadas con las capacidades físicas (como el mejoramiento de fuerza y de velocidad para caminar), que hacen mejor su desempeño, sino que también se encontraron beneficios en la estabilidad emocional del paciente y por ende mejora en sus actividades de la vida diaria y su percepción.

En un programa que se realizó con terapia ocupacional combinado con ejercicio aeróbico, se encontraron resultados significativos en algunas pruebas, que causan una significación positiva de todas las habilidades cognitivas. Algunos de los beneficios de la actividad física en pacientes con deterioro cognitivo son:

- Mejoras en la condición física y el estado de ánimo de los pacientes.
- Mejoras a nivel cognitivo y reducción de los riesgos de caída y los problemas de comportamiento.
- Mejoras en las habilidades verbales y no verbales.
- Implicar a pacientes con edad avanzada en rutinas de actividades diarias que incluyan actividad física mejora su fuerza muscular, resistencia cardiorrespiratoria, equilibrio, flexibilidad, densidad ósea, calidad del sueño, funcionalidad e interacción social.

Es importante destacar que las enfermedades de carácter crónico a menudo se asocian, tienden a ser expresivas en la vejez y pueden generar discapacidad, afectar a la funcionalidad y a la calidad de vida. Alrededor del 60% de los ancianos con deterioro cognitivo sufren el doble de caídas que los que no tienen ningún deterioro cognitivo, lo que revela que los pequeños déficits cognitivos pueden estar asociados a mayores riesgos de caídas.

5 Discusión-Conclusión

Se ha observado como el deterioro cognitivo y la fuerza mantienen un relación directamente proporcional. La demencia comparte parcialmente los síntomas que forman parte del fenotipo de fragilidad como es la disminución de la velocidad de la marcha y la disminución de la actividad.

Algunos autores consideran que incluso ambos síndromes se pueden englobar dentro de una misma entidad clínica. En este sentido tiene lógica que aquellas intervenciones que resultaran eficaces en el paciente frágil pudiesen ser beneficiosas en el anciano con deterioro cognitivo y viceversa. Estudios recientes han demostrado cómo programas de ejercicio de resistencia semanales durante 12 semanas, en una cohorte de ancianas, no solo provocan aumentos de la velocidad de la marcha, sino que resultan beneficiosos en la mejoría de funciones cognitivas ejecutivas, que están interesantemente relacionadas con el riesgo de caída.

De tal forma que, un posible mecanismo que explique la disminución del riesgo de caída en pacientes frágiles con deterioro cognitivo, puede radicar en la mejoría de las funciones ejecutivas mediada por el ejercicio físico, mostrando cómo mejorías en la función ejecutiva se asocian con incrementos en la velocidad de la marcha y en la fuerza muscular del cuádriceps. La gran diferencia entre los instrumentos de valoración y la medida de resultados empleados dificulta definir claramente las funciones más beneficiadas, aunque parece que la atención selectiva auditiva y visual, la memoria de trabajo, y la velocidad y flexibilidad en el procesamiento son las más sensibles al ejercicio físico.

Se observa así la relevancia que ha tomado en los últimos años la promoción de la actividad física como una estrategia de prevención e intervención prometedora para la mejoría de las funciones cognitivas de la creciente población de personas mayores. El fin último es siempre intentar lograr una mayor autonomía y calidad de vida.

Además de sus beneficios para tratar los trastornos del estado de ánimo, el ejercicio está indicado como una intervención estratégica para la prevención y el tratamiento no farmacológico de las enfermedades neurodegenerativas. En este sentido, el riesgo de desarrollar demencia es un 32% menor entre los adultos mayores activos si se compara con sus compañeros sedentarios. Además, el nivel de actividad física de los pacientes está directamente asociado con la independencia en las actividades de la vida diaria, sin importar cuánto tiempo hayan estado sufriendo la enfermedad.

6 Bibliografía

- Deslandes Andrea. The biological clock keeps ticking, but exercise may turn it back. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2013 Feb; 71(2): 113-118.
- Franco-Martín M, Parra-Vidales E, González-Palau F, Bernate-Navarro M, Solís A. Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. *Rev Neurol* 2013; 56: 545-54.
- Enguita Flórez MP, Hernández Torres A. Programa de actividad física y deporte en trastorno mental grave. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel; 2014.
- Nascimento C, Varela S, Ayan C, Cancela J. Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Andaluza Med Deport.* 2016;9(1):32-40
- Sampedro-Piquero Patricia, Begega Azucena. ¿Previene la actividad física y mental el deterioro cognitivo?: evidencia de la investigación animal. *Escritos de Psicología* [Internet]. 2013 Dic; 6(3): 5-13.
- Castro-Jiménez Laura Elizabet, Galvis-Fajardo Carlos Arturo. Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2018 Sep ; 44(3): e979.
- Salazar, María Clara Rodríguez, Báez, Alba Lucía Meneses, Gallego, Eliana Alexey Quintero, & Granada, Lina María Rodríguez. (2017). Efecto de un programa de Hatha Yoga en pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA). *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 139- 153.
- Cancino, Margarita, & Rehbein, Lucio. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia psicológica*, 34(3), 183-189
- Casas Herrero A., Izquierdo M.. Ejercicio físico como intervención eficaz en el anciano frágil. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2012 Abr; 35(1): 69-85.
- Vasques Paulo Eduardo, Moraes Helena, Silveira Heitor, Deslandes Andrea Camaz, Laks Jerson. Acute exercise improves cognition in the depressed elderly: the effect of dual-tasks. *Clinics* [Internet]. 2011 ; 66(9): 1553-1557.
- Poblete, F.; Matus, C.; Díaz, E.; Vidal, P. & Ayala, M. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Revista de Ciencias de la Actividad Física UCM*. N° 16 (2), 71-77
- León, J.; Ureña, A.; Bonnemaïson, V.; Bilbao, A.; Oña, A. (2015). Diseño de un programa de ejercicio físico-cognitivo para personas mayores. *Journal of Sport and Health Research*.7 (1):65-72
- Petronila Gómez Laura, Aragón Chicharro Sara, Calvo Morcuende Belén. Caídas

en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos [Internet]. 2017 ; 28(1): 2-8

Capítulo 593

FISIOTERAPIA EN EL CÓLICO DEL LACTANTE

LAURA VEGA MORÁN

MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ

MARTA FUERTES MARTÍNEZ

ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La palabra cólico procede del griego Kólikos, relativo al colon o intestino grueso. Sin embargo, podemos considerar que ésta definición no se ajusta a lo que realmente es el cólico del lactante, en el cual se ha comprobado que se implican otras estructuras del sistema digestivo del bebé como el intestino delgado, el estómago y el esófago.

Por otro lado, el término “lactante” también nos sugiere que está vinculado a amamantar y se ha visto que esta patología no sólo ocurre en bebés alimentados mediante lactancia materna, sino que también lo padecen bebés con lactancia artificial y lactancia mixta.

Desde 1954 se ha aplicado la definición de Wesel y colaboradores que lo definen como “paroxismos de irritabilidad, incomodidad o llanto con duración mayor a 3

horas por día, durante más de 3 días a la semana y por más de 3 semanas, en un lactante sano y bien alimentado”.

En 2006 se establecieron los criterios de Roma III para el diagnóstico del cólico del lactante desde el nacimiento hasta los cuatro meses de vida, cumpliéndose los siguientes aspectos:

- Paroxismos de irritabilidad, incomodidad o llanto que se inician y se detienen sin causa evidente.
- Episodios con duración de 3 o más horas al día, que ocurren al menos 3 días a la semana y como mínimo durante una semana.
- Sin fallo en el crecimiento.

Otros autores lo definen como un cuadro normal de inmadurez que se manifiesta entre un 20-40% de los recién nacidos con llanto intenso y excesivo que suele debutar a los 15 días y tiende a mejorar tras la cuarentena remitiendo a los 3-4 meses.

Es importante añadir al respecto que si hay síntomas como diarrea, vómito o fiebre, éstos no son propios del cólico del lactante, pueden considerarse signos de alarma que podrían derivarse de otro tipo de patología.

Los signos y síntomas clínicos del cólico del lactante son:

- Llantos inconsolables de inicio repentino más frecuentes durante la tarde y la noche que pueden durar desde unos minutos hasta varias horas y que se definen como inconsolables tras implementar procedimientos de calma para responder a las necesidades fisiológicas (no responde a estos procedimientos).
- El bebé suele presentar un patrón de movimiento extensor con o sin llanto (aunque se agudiza con éste) flexión palmar, enrojecimiento facial, distensión y timpanismo abdominal, meteorismo, tendencia al estreñimiento, cacas verdosas o alteración del patrón de excretas habitual, reflujo o vómitos, sueño irregular, irritabilidad habitual y percepción de falta de descanso.
- Los síntomas principales son: llanto paroxístico en la tarde-noche (más de 3 horas diarias y más de 3 días a la semana), bebé inquieto, irritable, hipersensible, agitado, mantiene patrón postural y no se calma con necesidades fisiológicas satisfechas, estreñimiento habitual, meteorismo, timpanismo abdominal y rubefacción facial.

2 Objetivos

- Analizar cuáles pueden ser las posibles causas del cólico del lactante para ayudar a su prevención y establecer en qué medida la fisioterapia puede ayudar a su solución.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en bases de datos: Clinical Key, Scielo, Dialnet, Medline, Cochrane, y google académico. Se emplearon como descriptores: cólico, lactante, fisioterapia, síntomas y causas. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre y de relevancia para nuestro estudio.

4 Resultados

Los resultados obtenidos sugieren que el cólico del lactante tiene un origen multifactorial que podríamos agrupar de la siguiente manera:

Hipótesis orgánicas o fisiológicas:

- Inmadurez del sistema digestivo del bebé:
- Boca: Puede haber múltiples causas de origen bucal que favorezcan el mal agarre del bebe en el momento de la succión, las cuales será muy importante revisar junto con la posición que adopten el bebé y la madre en el momento de la lactancia. Las anomalías más frecuentes que podemos encontrarnos son: anguloglosia, reborde o cresta alveolar ancho o aplanad, frenillo labial superior, burletes palatinos, falta de tono en la musculatura orofacial, paladar inmaduro, rodetes succionales, déficit de tono en la lengua e irregularidad en la succión tanto en el ritmo como en el tipo
- Esófago: es proporcionalmente más largo en bebés que en el adulto. Hasta los dos meses no tiene apenas peristaltismo pasando la leche casi directamente al estómago por su escaso tono y falta de maduración del tejido estriado. En ocasiones, en su tercio distal puede existir una dilatación o déficit de contracción tisular que favorece la acumulación de leche o gases, favorecido también por la inmadurez del cardias.
- Inmadurez del cardias: hasta los 12 meses no se produce su maduración completa por lo que nos encontramos con una falta de automatismo regulado hasta mínimo

los 4 meses de vida. El síntoma principal en el 70% de los casos es el reflujo siendo el gastroesofágico el más estudiado en estos casos.

- Inmadurez de la mucosa intestinal: existe una alteración de la permeabilidad intestinal que se ve incrementada en lactantes y neonatos prematuros. También se habla de un posible paso de antígenos/macromoléculas al intestino que generan una respuesta inmunológica a su llegada a los ganglios linfáticos locales. Algunos estudios muestran que la introducción de probióticos (bacterias vivas que refuerzan el sistema inmunológico, pueden sobrevivir a una digestión llegando vivas al colon y ayudando a restituir la flora intestinal que pueda estar alterada) mejora el cuadro del cólico. Otros autores muestran una composición anormal microbiana con niveles inadecuados de lactobacilos afectando al perfil intestinal de ácidos grasos. En conclusión, sugieren que hay un desequilibrio/afectación de la microflora intestinal.
- Desequilibrio hormonal: hormonas encargadas de la regulación de la motilidad intestinal como la gastrina, la motilina y la grelina están elevadas en caso de cólico del lactante, lo que favorece un hiperperistaltismo, una disminución del tiempo de vaciado gástrico y podría justificar la ansiedad y el hambre constante percibido en los bebés con cólicos.
- Otras consecuencias de la inmadurez del sistema digestivo del bebé son el estreñimiento y el pseudoestreñimiento. Es importante ver si son consecuencia de la absorción completa de los nutrientes o si podrían ser por no relajar el ano. En este punto es muy importante hacer una descripción de los patrones de excreción del bebé en función del tipo de lactancia recibida ya que serán distintos en función de la ingesta de leche materna, de fórmula o mixta.
- Desequilibrio en el sistema nervioso vegetativo: hasta los 3-4 meses de vida este sistema es inmaduro, por lo que el cólico podría ser un mecanismo de defensa en el que se contrae bruscamente la musculatura lisa intestinal de las zonas adyacentes a aquellas donde el peristaltismo falla.
- La acción del sistema nervioso parasimpático en general está disminuída, principalmente el nervio vago (X), el glosofaríngeo (IX) y el espinal (XI) dando como síntomas problemas a la hora de tomar el pecho, dificultad en la deglución, regurgitación o tortícolis congénita.
- El sistema nervioso ortosimpático presenta tensión dural desarrollando cadenas.
- Intolerancia a la lactosa/sobreexposición a la lactosa: hay estudios que afirman que la mayoría de los neonatos son incapaces de absorber por completo la lactosa en los cuatro primeros meses de vida llegando ésta al colon y provocando la consiguiente distensión abdominal y dolor.
- Intolerancia o alergias a las proteínas de la leche de vaca/sobreexposición: El

cólico podría ser la primera manifestación de esta intolerancia aunque también podría ser por intolerancia a huevos, pescado, soja, frutos secos y otros.

- Bebés que comen con ansiedad: son bebés que se pelean con el pecho o el biberón, no inician la toma de forma relajada ni la terminan adecuadamente. Al realizar la toma de forma discontinua, llorando frecuentemente da la impresión de que les cuesta tragar.

Hipótesis conductuales:

- Modelo de crianza: en algunos estudios se señala que el modelo de crianza occidental, en el que hay menor contacto físico con el bebé conlleva mayor proporción de bebés con criterios del cólico.

- Relación materno-infantil: la falta de apego y pasar poco tiempo con el bebé podrían dar como consecuencia episodios de llanto inconsolables que podrían diagnosticarse como cólicos. Hay estudios también que relacionan la depresión posparto con el cólico.

- Interferencias en la conducta alimentaria:

- Lactancia materna en exclusiva: es la más recomendada hasta los 6 meses aunque no siempre puede llevarse a cabo. Relacionan su abandono precoz con desinformación y con mal uso de dispositivos de lactancia que conducen a tomas insuficientes.

- Lactancia artificial: se recomienda usar tetinas semejantes al pezón o biberones anticólicos, usar leches de fórmula básicas sin suplementos y evitar demasiados cambios en ella y dar las tomas a demanda.

- Lactancia mixta: está mal entendida habitualmente, no es recomendable aplicarla en los primeros 15 días porque al introducir tan tempranamente el biberón produciría confusión en el bebé con el mecanismo de succión.

- Factores perinatales: hay estudios que relacionan el cólico con el tabaquismo perinatal, con déficit en la educación maternal, con consumo de lácteos, con violencia doméstica y con alteraciones del patrón del sueño.

El tratamiento de fisioterapia del cólico del lactante se inicia tras un buen diagnóstico del mismo para lo cual podremos ayudarnos del Cuestionario IDSQ validado por la Universidad de Sevilla.

En la anamnesis inicial deberemos obtener todos los datos posibles acerca del bebé. Haremos una inspección y observación global del mismo valorando su abdomen, sus reflejos primarios, su postura predominante... lo haremos lo más exhaustivo posible. Será muy importante hacer una valoración funcional de la boca para lo cual podremos ayudarnos del cuestionario de Martinelli y nos será muy

útil para nuestro diagnóstico de posibles falsos cólicos ver el momento de la toma del bebé, momento que aprovecharemos también para corregir posibles errores que favorezcan su aparición y dar pautas al respecto.

Antes de la toma, observaremos las señales que emite el bebé. Cuando comienza a tener hambre inicialmente se agita, abre la boca y mueve la cabeza buscando el pecho. Posteriormente se estira, aumenta el movimiento físico y se lleva la mano a la boca. Al final, si el bebé no ha cumplido su objetivo de alimentarse comenzará a llorar, realizará movimientos mucho más agitados poniéndose mucho más colorado. Llegado a este punto habrá que calmar al bebé antes de iniciar la toma porque en este estado no la realizará adecuadamente aumentando por tanto el riesgo de sufrir cólicos.

El patrón de una correcta lactancia materna será:

- En el momento del enganche es muy importante mantener unas pautas como son esperar el reflejo de búsqueda para lo que podemos ayudarnos acercándolo al pecho tras sacar alguna gota de leche. Es importante esperar a que la boca del bebé se abra bien con la lengua en el suelo y el labio inferior evertido. En una buena toma el bebé toma el pezón y una buena parte de la areola y comienza a succionar con un ritmo adecuado. Las mejillas no se hundan, se observa movimiento mandibular y se oye la deglución.
- La madre debe adoptar una buena posición ergonómica, que le resulte cómoda y relajada para lo cual puede ayudarse de elementos como el cojín de lactancia que se lo facilite. Cogerá al bebé pegado a su cuerpo, horizontal y con la nariz a la altura del pezón. Debe ser una posición confortable para la madre y para el bebé.
- En el momento de transferencia de la leche, el bebé traga de forma audible además de ser visible y palpable por el movimiento del hioides. Mantiene un ritmo de succión nutritiva. En un segundo, succiona, deglute y respira coordinadamente.
- En el final de la toma el bebé se suelta espontáneamente con aspecto saciado. Estará relajado y puede estar dormido.

Si la lactancia se efectuase con biberón:

- Deben adoptar una postura semejante a la lactancia materna
- No se aconseja utilizar hamacas para dar el biberón
- Usar biberones anticólicos y tetinas de regulación de flujo, pero sobretodo favorecer un adecuado posicionamiento de la mandíbula.

Si la lactancia se realiza de forma adecuada y tras corregir las pequeñas anoma-

lías que nos encontremos en el momento de la toma comenzaremos con la exploración palpatoria y de movilización de estructuras del bebé.

Tras un correcto diagnóstico fisioterapéutico de las posibles disfunciones que nos encontremos en el bebé, procederemos a tratarlas específicamente. Para ello, dispondremos de numerosas técnicas como son: protocolos de masaje abdominal, técnicas viscerales, técnicas fasciales, técnicas craneales, técnicas de Jones y técnicas de aplicación de vendaje neuromuscular. Todo ello junto con una buena colocación del bebé, adaptándonos al patrón postural en el que nos permita trabajar mejor.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, podemos considerar según lo analizado que el cólico del lactante es un síndrome bastante frecuente de origen multifactorial resultante de varias posibles hipótesis. El llanto del bebé es el signo más preocupante para los padres, el cual les produce ansiedad y falta de confianza en su capacidad del cuidado infantil.

La intervención del fisioterapeuta puede resultar muy útil en este síndrome. Podemos ayudarles a entender la etiopatogenia del mismo y darles pautas para minimizar las posibles causas lo cual les permitirá una gestión más eficaz del niño afectado.

Además el tratamiento fisioterapéutico del cólico del lactante ha demostrado dar muy buenos resultados en diferentes estudios realizados.

6 Bibliografía

1. Castillo Ramírez M, Vargas Durán K. Efectividad del masaje en el área abdominal para la reducción de los cólicos del lactante. *Revenf [Internet]*. 31 de diciembre de 2016 [citado 1 de enero de 2020];(32).
2. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2012 [citado 1 de enero de 2020];(12).
3. García Marqués S, Chillón Martínez R, González Zapata S, Rebollo Salas M, Jiménez Rejano JJ. Tools assessment and diagnosis to infant colic: a systematic review: Systematic review on tools assessment for colic. *Child: Care, Health and Development*. julio de 2017;43(4):481-8.

4. Gordon M, Gohil J, Banks SS. Parent training programmes for managing infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 [citado 1 de enero de 2020];(12).
5. Mansouri S, Kazemi I, Baghestani AR, Zayeri F, Nahidi F, Gazerani N. A placebo-controlled clinical trial to evaluate the effectiveness of massaging on infantile colic using a random-effects joint model. *Pediatric Health Med Ther*. 2018;9:157-63.
6. Ong TG, Gordon M, Banks SS, Thomas MR, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
7. *colicoDelLactante.pdf* [Internet]. [citado 1 de enero de 2020].
8. Cólicos- *ClinicalKey* [Internet]. [citado 1 de enero de 2020].
9. Opciones de tratamiento del cólico del lactante- *ClinicalKey*
10. Tesis Doctoral Sara Garcia Marques.pdf
11. TFG-O 699.pdf [Internet]. [citado 1 de enero de 2020].

Capítulo 594

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE ICTUS CON HOMBRO DOLOROSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

JESSICA BUENO FERNANDEZ

CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS

1 Introducción

El ictus, también llamado accidente cerebrovascular (ACV), es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. Supone la tercera causa de mortalidad y la primera de discapacidad en el mundo desarrollado. La afectación de dichos vasos puede ser de dos tipos, dando lugar a la siguiente clasificación:

- Ictus isquémico: se produce una obstrucción del vaso sanguíneo, normalmente por depósitos de grasa en las paredes. Es el tipo más frecuente (80% del total).
- Ictus hemorrágico: el vaso sanguíneo se rompe, provocando una irrupción de sangre en el cerebro. Esta rotura suele producirse por una malformación arteriovenosa o por un aneurisma.

La consecuencia de esta afectación vascular en el cerebro es la muerte neuronal de las células nerviosas del área afectada, por la falta de sangre, oxígeno y glucosa. Generalmente, los ictus se inician súbitamente y de forma rápida, provocando en minutos daños motores, sensoriales, visuales, trastornos del lenguaje, trastornos de la memoria, etc. Citamos a continuación algunos de ellos:

- Debilidad muscular repentina en la cara, miembro superior y/o miembro inferior de un lado del cuerpo.
- Dificultad para expresarse oralmente, desorientación, confusión, falta de capacidad de entendimiento, etc.
- Mareo, falta de equilibrio y coordinación, imposibilidad o dificultad para la marcha.
- Dolor intenso de cabeza.
- Problemas visuales unilaterales o bilaterales.

Si el ictus ocurre en el hemisferio cerebral derecho, las consecuencias físicas se mostrarán en el hemicuerpo izquierdo. Por el contrario, si la lesión afecta al hemisferio izquierdo, será el hemicuerpo derecho el dañado.

Las complicaciones post ictus pueden empeorar notablemente las consecuencias motoras. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra el hombro doloroso, estimando su aparición en un 70% de los casos. El hombro doloroso hemipléjico provoca además de dolor, una limitación en las actividades cotidianas y un bloqueo en algunos programas de rehabilitación neurológica. Dentro de las causas que pueden dar lugar a un hombro doloroso no podemos olvidar las siguientes:

- Subluxación glenohumeral provocada por la flacidez e hipotonía del miembro pléjico características de la fase inicial. El propio peso del miembro superior puede ser suficiente para hacer que la cabeza humeral abandone la cavidad glenoidea.
- Espasticidad y contracturas. Los grupos musculares hipertónicos desequilibran el balance normal entre agonistas y antagonistas, provocando retracciones en flexión y alteraciones de la posición escapular, entre otras.
- Alteraciones en los músculos del manguito rotador. La incidencia de desgarro de manguito (sobre todo de supraespinoso) en hemiplejias se encuentra entre el 30 y el 40%, porcentaje más elevado que en la población general.

2 Objetivos

- Demostrar la eficacia de un programa de fisioterapia en el tratamiento de una complicación post ictus tan frecuente y tan limitante como es el hombro doloroso con el fin de mejorar la calidad de vida de pacientes que sufren dolor de hombro tras haber padecido un ACV.

3 Caso clínico

El caso que presentamos es el de un varón de 71 años de edad que sufre un Ictus Isquémico Bulbar derecho de etiología lacunar. No tiene alergias conocidas y como antecedentes médicos previos destacamos hipertensión arterial y diabetes mellitus.

En el momento que llega a nosotros, procedente de la Unidad de Ictus donde ha realizado fisioterapia y terapia ocupacional y 8 semanas después de haberse producido el episodio isquémico, realizamos la siguiente valoración:

- Colaborador y orientado en tiempo y espacio.
- No alteración del lenguaje.
- Hemiparesia izquierda espástica con actividad braquial 2/5 (abducción de hombro en el plano de la cama, flexión de codo, no extensión de codo, inicia aleteo segundo dedo), actividad crural 2-3/5 (no consigue extensión completa de rodilla, no movimiento distal).
- Hemihipoestesia izquierda.
- Transferencia a sedestación con ayuda y mantenimiento de equilibrio en sedestación a pesar de mareo.
- Tendencia a inclinación lateral derecha y ligera rotación cervical derecha.
- Dolor considerable en hombro izquierdo y prácticamente continuo.

Tras esta valoración, planificamos sesiones diarias de fisioterapia de Lunes a Viernes y con una duración de 60 minutos aproximadamente. Las técnicas aplicadas son las siguientes:

- TENS analgésico en hombro izquierdo 20 minutos
- Infrarrojos en hombro izquierdo 15 minutos
- Cinesiterapia activo asistida miembro superior e inferior izquierdos con control de espasticidad (mucha precaución en trabajo de hombro izquierdo)
- Trabajo de transferencias de decúbito a sedestación y de sedestación a bipedestación.
- Ejercicios de control de tronco en sedestación.
- Ejercicios de equilibrio en bipedestación.
- Marcha con bastón inglés en miembro superior derecho y ayuda de tercera persona.

A las 14 semanas de evolución la valoración del paciente es esta:

- Subjetivamente refiere mejoría.
- Actividad braquial hasta la horizontal, signo de puño, inicio de extensión de dedos con flexión de muñeca, actividad clara de primer dedo con pinza termino-

terminal con segundo dedo.

- Actividad crural 4/5 con leve actividad distal en extensión de rodilla y ligero clonus.
- Espasticidad que relaja fácilmente en reposo.
- Dolor en hombro izquierdo por encima de los 100°. No dolor nocturno ni en reposo.
- Incorporación a bipedestación con supervisión y exacerbación del patrón flexor de miembro superior izquierdo.
- Marcha con bastón inglés y supervisión.

4 Resultados

A las 20 semanas de evolución, y tras seguir con el tratamiento de fisioterapia descrito anteriormente durante todo este tiempo, se le da el alta en el Servicio de Rehabilitación. La situación del paciente en este momento es la siguiente:

- Refiere mejoría del dolor de hombro izquierdo, que cuantifica en un 40%. Continúa con molestia en los últimos grados de movilidad.
- Actividad braquial 3/5, consigue puño y extensión de dedos aún con flexión de muñeca, consigue con dificultad pinza con cuarto dedo.
- Actividad crural 4/5, con leve actividad distal en extensión de rodilla.
- Persiste marcha pareto-espástica.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber aplicado el programa de fisioterapia explicado y teniendo en gran consideración el problema que supone el hombro doloroso en muchos de los pacientes que han sufrido un ictus, podemos afirmar que en este caso ha dado buenos resultados la utilización de corrientes analgésicas y de termoterapia previas a la cinesiterapia de hombro.

El paciente valora mucho la mejoría en todos los sentidos que ha supuesto la disminución del dolor de hombro, pues relata que le incapacitaba mucho en su día a día y le producía incluso cambios de humor y empeoramiento en la espasticidad.

Esperamos, con este caso, dejar claro que el hombro doloroso es una complicación que no debemos ignorar por las grandes consecuencias que puede acarrear para el paciente.

6 Bibliografía

- M. Murie-Fernández, M. Carmona Iragui, V. Gnanakumar, M. Meyer, N. Foley y R. Teasell. Hombro doloroso hemipléjico en pacientes con ictus: causas y manejo. *Neurología*. 2012; 27 (4):234-244.
- Álvarez Sabín J, Alonso de Lecinana M, Gallego J, Gil-Peralta A, Casado I, Castillo J, et al. Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Plan de atención sanitaria al ictus. *Neurología*. 2006; 21: 717-26.
- Masjuan J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Plan de asistencia sanitaria al ICTUS II. 2010. *Neurología*. 2010, doi:10.1016/j.nrl.2010.05.008.
- Lombillo Laferté Luz Marina, Martínez Segón Susana, Serra Valdés Yusimí, Rodríguez Mutuberría Liván. Complicaciones en pacientes hemipléjicos por ictus. *Rev cubana med [Internet]*. 2014 Jun [citado 2020 Ene 04]; 53(2): 134-143.
- Hennerici MG, Shinohara Y. Comparison of Stroke Guidelines: Similarities and Differences between Japanese and European Recommendations for the Management and Prevention of Acute Ischemic and Hemorrhagic Strokes. *Cerebrovasc Dis*. 2013; 35(5):399-401.
- Laurent K, De Sèze MP, Delleci C, Koleck M, Dehail P, Orgogozo JM, et al. Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. *Ann Phys Rehabil Med*. 2011 Sep.;54(6):376-90.
- Verheyden GS, Weerdesteyn V, Pickering RM, Kunkel D, Lennon S, Geurts Ach, et al. Interventions for preventing falls in people after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May.; 31(5).

Capítulo 595

EFICACIA DE LA TERAPIA MANUAL EN LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES

ALMUDENA ROSA RODRÍGUEZ

MARÍA INMACULADA SANTANA REYES

EVA RAMOS MEZCUA

1 Introducción

El trabajo de la articulación temporomandibular (ATM) dentro de la fisioterapia es una de las propuestas más recientes que se han introducido dentro de nuestro ámbito de estudio, y eso viene dado por el trabajo multidisciplinar de las diferentes especialidades (médicos, cirujanos maxilofaciales, odontólogos y logopedas). Es aquí donde entra la Fisioterapia como especialidad condicionante para la readaptación completa del paciente. Así, colaboramos en despertar el interés y la importancia de estas lesiones dentro del abordaje integral fisioterapéutico.

Con más frecuencia, nos encontramos en consulta disfunciones y alteraciones de la articulación temporomandibular, y esto es debido a las derivaciones por parte de otros profesionales quienes tienen en cuenta que este tipo de patologías pueden suponer una amenaza para el paciente (1).

En la actualidad existen multitud de problemas de la articulación temporomandibular, siendo cada vez más frecuentes. Esto conlleva la coactivación de

diferentes estructuras que están relacionadas entre sí, apareciendo dolor, impotencia funcional y limitaciones articulares. Los trastornos temporomandibulares (TTM) se han convertido en la tercera causa de dolor crónico (le antecede el dolor de cabeza primario y el dolor de espalda, según la evidencia disponible) (2).

De forma general, el dolor asociado con los TTM se suele expresar como dolor de la musculatura masticatoria, dolor a la aparición de chasquido articular o asociado a una disfunción de la columna cervical.

Las causas directas de estos trastornos pueden ser microtraumatismos, bruxismo y alteración del estrés, anormalidades morfológicas y anatómicas que causan espasmos, dolor o inflamación (2). También se ha estudiado que la postura tiene un punto importante en la causa primaria de estas disfunciones, aunque curiosamente, en la mayoría de los casos, la causa es desconocida (3). En este aspecto, se han desarrollado diversos estudios, donde se demuestra que el posicionamiento de la cabeza y de la posición corporal general provoca directamente cambios posturales de la mandíbula basado en mecanismos biomecánicos y neuromusculares. Se puede afirmar que las alteraciones posturales son un factor de riesgo importante en el desarrollo de los TTM. (4,5)

En la actualidad, la aparición de los TTM asciende al 60% de la población en algún momento de su vida, sin distinción ni de edad ni de género (6), por lo tanto, se podría concluir que este tipo de problema condiciona, tanto al paciente en su calidad de vida como la respuesta del sistema sanitario en resolverlo.

Los TTM necesitan de la intervención conjunta de los diferentes profesionales, haciendo que el tratamiento sea óptimo para el paciente. Entre las diferentes opciones nos encontramos con:

- Tratamiento psicológico, donde se enfoca, principalmente en la intervención del catastrofismo, depresión y kinesiofobia, debiendo evitar, principalmente la cronicidad del dolor (7).
- Tratamiento con ejercicio físico o autocuidados: en la práctica clínica sí que se consideran relevantes para el manejo del dolor, aunque existe poca evidencia cuando se aplica de forma individual. Sí resulta significativo cuando se aplica con otro tratamiento conservador (8,9). El principal problema de estas opciones radica en la falta de continuidad del paciente (10).
- Tratamiento con terapia manual: enfocado, principalmente, al aumento del rango de movilidad normal, mejorar la propiocepción, disminuir la inflamación local, disminuir el dolor músculoesquelético y deshacer adherencias (11). Dentro

de las técnicas de terapia manual, se podrían incluir técnicas de stretching, técnicas fasciales, técnicas de musculoenenergía, técnicas neuromusculares, masoterapia...)

2 Objetivos

- Comprobar cómo la terapia manual y las técnicas fisioterapéuticas resultan eficaces en las disfunciones de la ATM mediante un caso clínico.
- Determinar el uso de la terapia manual en los trastornos de la ATM dentro de las consultas de fisioterapia basándonos en su efectividad.

3 Caso clínico

Para este estudio contamos con la colaboración de un paciente, varón de 29 años, que acude a consulta derivado por su médico de familia por dolor en oído derecho y periarticular a la ATM derecha. Comienza hace un año con la sintomatología, acudiendo al otorrino, el cual le realiza una prueba acústica con resultado normal y descartando patología asociada. Acude también a ortodoncista, quien le realiza valoración y ortopantomografía, de resultado normal.

Llega a nuestra consulta con la misma sintomatología, por lo que se procede a realizar una valoración exhaustiva de la ATM y estructuras colindantes.

Sintomatología y parámetros a estudiar:

- Dolor en oído derecho (Escala Visual Analógica (EVA)): 8
- Dolor en zona periarticular ATM derecha (EVA): 7
- Dolor a la palpación de transversa de atlas derecha (EVA): 9
- Dolor a la palpación en puntos gatillo (PG) activos (EVA) de ECOM (6), masetero (7) y temporal derecho (7).
- Dolor a la palpación de musculatura suboccipital (EVA): 8
- Chasquido articular a la apertura de la boca.
- Laterodesviación izquierda a la apertura de la boca.

1. Escalas de valoración:

- Dolor, cuantificado mediante Escala Visual Analógica graduada, siendo 0 no dolor y 10 máximo dolor. Los valores intermedios son marcados con números para su mejor comprensión.

- Balance muscular (BM) (musculatura ATM): maseteros bilateral (BM 3), temporales bilateral (BM 3), digástricos bilateral (BM 4), ECOM derecho (BM 4), pterigoideos externos bilateral (BM 4).
- Balance articular (BA): o Apertura y cierre: la apertura medida desde los incisivos del maxilar superior hasta los de la mandíbula debería ser 35-45mm. Al cerrar la boca debería quedar un espacio entre los dientes de 2-4 mm. Al examen nos encontramos con 28mm de apertura y 2mm de cierre. o Desplazamiento lateral de la mandíbula: se pide al paciente que mueva la mandíbula de un lado a otro, se mide desde un punto fijo entre los maxilares superiores (línea media interdentaria) hasta un punto móvil entre los incisivos mandibulares. Laterodesviación derecha: 1,2 cm. Laterodesviación izda: 1,5 o Protusión de la mandíbula: se pide al paciente que desplace hacia delante la mandíbula, debe ser realizado con facilidad y debería ser de 5mm midiendo desde los incisivos maxilares como punto fijo, hasta los incisivos mandibulares como punto móvil. Al examen nos encontramos con una medida de 4mm.

2.Pruebas específicas:

- Test valoración ATM: Alineación de los dientes: bien alineados, dentadura completa. Valoración de la oclusión dental: con papel de carbón, sin contacto prematuro. Estudio de la dinámica de la boca (apertura con dolor/cierre, propulsión con dolor/retropulsión, diducción derecha con dolor). Existencia de chasquido mandibular; positivo en articulación derecha. Deglución atípica: negativa. Examen de la respiración: nasal. Estudio de los frenos labiales: simétricos y bien alineados.
- Test valoración cervical.
- Test compresivo: negativo
- Test distractivo: negativo
- Test del esclerotoma: positivo
- Test de Mitchell de movilidad analítica: restricción de la movilidad entre atlas y axis.
- Test de seguridad: negativo
- Balance articular: flexión 60°, extensión 45°, rotación dcha 45°, rotación izda 55°, lateroflexión dcha 40°, lateroflexión izda 30°.
- Balance muscular: trapecio superior dcho e izdo 4, angular de la escápula dcho e izdo 3, musculatura flexora del cuello 4.

Con los resultados de la valoración y la exploración, nos encontramos ante una disfunción de la ATM, con un diagnóstico de subluxación anterior de cóndilo derecho. Ante la sintomatología, se opta por realizar un tratamiento con terapia

manual y técnicas específicas, que son las siguientes:

- Stretching de musculatura espasmada: ECOM, temporal, masetero, pterigoideo externo, músculos suprahioideos e infrahioideos, pterigoideo interno.
- Técnica de músculo-energía de la musculatura espasmada.
- Técnicas neuromusculares en puntos gatillo activos.
- Técnicas articulatorias en decoaptación de la articulación temporomandibular.
- Técnica funcional de la articulación temporomandibular.
- Técnicas del tejido fascial, donde se incluyen compresión y descompresión de la ATM y técnica para la fascia máxilo-faríngea.

4 Resultados

Tras el tratamiento de 4 sesiones con una frecuencia de una vez a la semana, valorando y testando los síntomas y signos primarios en cada una de ellas, se llega a los siguientes resultados, estudiando los siguientes parámetros:

- Dolor en oído derecho (EVA): 4
- Dolor en zona periarticular ATM derecha (EVA): 3
- Dolor a la palpación de transversa de atlas derecha (EVA): 3
- Dolor a la palpación en puntos gatillo activos (EVA) de ECOM (3), masetero (2) y temporal derecho (4).
- Dolor a la palpación de musculatura suboccipital: (EVA): 4
- No chasquido articular a la apertura de la boca.
- No laterodesviación a la apertura de la boca.
- Balance muscular (BM) (musculatura ATM): maseteros bilateral (BM 5), temporales bilateral (BM 5), digástricos bilateral (BM 5), ECOM derecho (BM 5), pterigoideos externos bilateral (BM 5).
- Estudio de la dinámica de la boca (apertura sin dolor/cierre, propulsión sin dolor/retropulsión, diducción derecha sin dolor).
- Examen articular: o Apertura y cierre: la apertura medida desde los incisivos del maxilar superior hasta los de la mandíbula debería ser 35-45mm. Al cerrar la boca debería quedar un espacio entre los dientes de 2-4 mm. Al examen nos encontramos con 38mm de apertura y 2mm de cierre.
Desplazamiento lateral de la mandíbula: se pide al paciente que mueva la mandíbula de un lado a otro, se mide desde un punto fijo entre los maxilares superiores (línea media interdientaria) hasta un punto móvil entre los incisivos mandibulares. Laterodesviación derecha: 1,3 cm. Laterodesviación izda: 1,3

Protusión de la mandíbula: se pide al paciente que desplace hacia delante la mandíbula, debe ser realizado con facilidad y debería ser de 5mm midiendo desde los incisivos maxilares como punto fijo, hasta los incisivos mandibulares como punto móvil. Al examen nos encontramos con una medida de 5mm.

- Test valoración cervical.

Test compresivo: negativo

Test distractivo: negativo

Test del esclerotoma: positivo

Test de Mitchell de movilidad analítica: sin restricción de la movilidad entre atlas y axis.

Test de seguridad: negativo

Balance articular: flexión 65°, extensión 50°, rotación dcha 55°, rotación izda 55°, lateroflexión dcha 40°, lateroflexión izda 40°.

Balance muscular: trapecio superior dcho e izdo 5, angular de la escápula dcho e izdo 4, musculatura flexora del cuello 5.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio, el objetivo es comprobar, mediante un caso práctico, la eficacia de la terapia manual ante una disfunción de la ATM.

Se han evaluado parámetros, tanto objetivos como subjetivos, revaluando en cada sesión cada uno de ellos.

En el caso práctico los síntomas y parámetros mejoraron después de un tratamiento con terapia manual, tras de 4 sesiones de tratamiento, sin vuelta a los síntomas al pasar 3 meses después del tratamiento.

Se pueden observar en las tablas comparativas (tabla 1, 2, 3 y 4) los resultados de la valoración antes y después del tratamiento con terapia manual. Se observa significativamente una mejoría tanto de los síntomas como del examen objetivo.

Las conclusiones que se sacan de este caso práctico son que los síntomas y parámetros mejoraron después de un tratamiento con terapia manual, tras 4 sesiones de tratamiento, sin vuelta a los síntomas cuando pasaron 3 meses después del tratamiento. Obtenemos buenos resultados en cuanto a mejora del dolor y en cuanto al balance articular, resultando, pues, efectivo el uso de las técnicas específicas de la terapia manual.

Según la evidencia científica de las técnicas manuales, podemos resumir que, este conjunto de técnicas, presentan una buena efectividad por sí solas en este tipo de patologías dentro del tratamiento fisioterapéutico (11,12,13,14).

Basándonos también en la literatura científica, concluimos que la terapia manual mejora significativamente los signos y síntomas de los TTM, especialmente técnicas musculares y articulares. Es relevante la relación entre ATM y columna cervical, observando que el tratamiento del raquis mejora la apertura de la boca y los síntomas de la ATM, pasando de manera recíproca (3).

Así pues, el papel de la fisioterapia toma gran importancia en el tratamiento conservador de los TTM, (15,16) sin que sea necesaria una intervención invasiva o quirúrgica para la solución de estos trastornos. La bibliografía respalda que la fisioterapia ha demostrado ser efectiva en el control del dolor de la ATM, sin generar efectos adversos, sin ser invasiva, y juega un papel importante en la educación del paciente para que los resultados sean mantenidos en el tiempo (17,18).

| Dolor (EVA) | Valoración | Examen inicial | Examen final |
|-------------|--------------------------------|----------------|--------------|
| | Oído dcho. | 8 | 4 |
| | Zona periarticular ATM dcha. | 7 | 3 |
| | Atlas dcho. | 9 | 3 |
| | PG ECOM dcho. | 6 | 3 |
| | PG masetero dcho. | 7 | 2 |
| | PG temporal dcho. | 7 | 4 |
| | Suboccipitales | 8 | 4 |
| | Chasquido ATM apertura boca | Sí | No |
| | Laterodesviación apertura boca | Izquierda | No |

TABLA 1. Dolor

| Balance muscular | Valoración | Examen inicial | Examen final |
|------------------|---------------------------------|----------------|--------------|
| | Maseteros (bilateral) | 3 | 5 |
| | Temporales (bilateral) | 3 | 5 |
| | Digástricos (bilateral) | 4 | 5 |
| | ECOM dcho. | 4 | 5 |
| | Pterigoideos externos bilateral | 4 | 5 |
| Examen articular | Apertura boca | 28mm | 38mm |
| | Cierre boca | 2mm | 2mm |
| | Laterodesviación dcha. | 1.2mm | 1.3mm |
| | Laterodesviación izda. | 1.5mm | 1.3mm |
| | Protrusión | 4mm | 5mm |

Tabla 2. Balance muscular y articular

| Pruebas específicas | Valoración | Examen inicial | Examen final |
|---------------------|--------------------|------------------------|------------------------|
| | Alineación dientes | Buena | Buena |
| | Oclusión dental | Sin contacto prematuro | Sin contacto prematuro |
| | Apertura | Dolor | No dolor |
| | Cierre | No dolor | No dolor |
| | Propulsión | Dolor | No dolor |
| | Retropulsión | No dolor | No dolor |
| | Diducción dcha. | Dolor | No dolor |
| | Diducción izda. | No dolor | No dolor |
| | Chasquido | ATM dcha. | No |
| | Deglución atípica | No | No |
| | Respiración | Nasal | Nasal |
| | Frenos labiales | Simétricos y alineados | Simétricos y alineados |

Tabla 3. Pruebas específicas

| Valoración cervical | Valoración | Examen inicial | Examen final |
|---------------------|------------------------------------|--|----------------|
| | Test compresivo | Negativo | Negativo |
| | Test distractivo | Negativo | Negativo |
| | Test esclerotoma | Positivo | Positivo |
| | Test Mitchell | Restricción movilidad entre atlas y axis | No restricción |
| | Test seguridad | Negativo | Negativo |
| | BA flexión | 60° | 65° |
| | BA extensión | 40° | 50° |
| | BA rotación dcha. | 45° | 55° |
| | BA rotación izda. | 55° | 55° |
| | BA lateroflexión dcha. | 40° | 40° |
| | BA lateroflexión izda. | 30° | 40° |
| | BM trapecio superior dcho. e izdo. | 4 | 5 |
| | BM angular dcho. e izdo. | 3 | 4 |
| | BM flexores | 4 | 5 |

Tabla 4. Valoración cervical

6 Bibliografía

1. Garrigós-Pedron M, Elizagaray-García, Domínguez-Gordillo, Del Castillo Pardo de Vera JL, Gil-Martínez A. Temporomandibular disorders: improving outcomes using a multidisciplinary approach. *J Multidiscip Healthc*. 2019 Sep 3;12:733-747.
2. Willeman-Bastos-Tesch LV, Souza-Tesch R, Pereira FJ. Temporomandibular disorders and chronic orofacial pain: finally, which area they belong? *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21(2):70-4.
3. Rodríguez Jiménez A,V Espí-López G, Langa Revert Y. Efectividad de la terapia manual en los trastornos temporomandibulares: revisión bibliográfica. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2014; 26 (3-4): 82-93.
4. Simons DG. Myofascial Trigger Points. In: Gebhart GF, Schmidt RF, editors. *Encyclopedia of Pain*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2013. 2009-16 p.
5. Wanderley Garcia de Paula e Silva F, Mussolino de Queiroz A, Victoria Díaz-Serrano K. Alteraciones posturales y su repercusión en el sistema estomatognático. *Acta odontológica venezolana*; 2008; 46 (4): 517-522.
6. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(1):6-27.
7. Velly AM, Look JO, Carlson C, Lenton PA, Kang W, Holcroft CA, et al. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain—a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. *Pain*. 2011;152(10):2377-83.
8. List T, Axelsson S. Management of TMD: evidence from systematic reviews and metaanalyses. *J Oral Rehabil*. 2010;37(6):430-51
9. Moraes A da R, Sanches ML, Ribeiro EC, Guimarães AS. Therapeutic exercises for the control of temporomandibular disorders. *Dental Press J Orthod*. 2013;18(5):1349.
10. Riley JL 3rd, Myers CD, Currie TP, Mayoral O, Harris RG, Fisher JA, et al. Self-care behaviors associated with myofascial temporomandibular disorder pain. *J Orofac Pain*. 2007;21(3):194-202.
11. Armijo-Olivo S, Pitance L, Singh V, Neto F, Thie N, Michelotti A. Efectividad de la terapia manual y el ejercicio terapéutico para los trastornos temporomandibulares: revisión sistemática y metaanálisis . *Phys Ther* . 2016; 96 (1): 9-25.
12. Paço M, Peleteiro B, Duarte J, Pinho T. La efectividad de la fisioterapia en el

tratamiento de los trastornos temporomandibulares: una revisión sistemática y un metanálisis . *J Oral Facial Dolor de cabeza* . 2016; 30 (3): 210–220.

13. Dickerson SM, Weaver JM, Boyson AN, et al. La efectividad de la terapia con ejercicios para la disfunción temporomandibular: una revisión sistemática y un metanálisis . *Clin Rehabil* . 2017; 31 (8): 1039-1048.

14. González-Iglesias J, Cleland JA, Neto F, Hall T, Fernández-de-las-Peñas C. Movilización con movimiento, manipulación de la columna torácica y punción seca para el tratamiento del trastorno temporomandibular: una serie de casos prospectivos. *Fisioterapia Teoría Pract*. 2013; 29 (8): 586–595.

15. Vélez Uribe JD, Vélez LC, Pérez Mejía M, Alejandra Barragán K. Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular y el papel de la educación en su tratamiento. *CES Movimiento y Salud*. 2015; 3(1): 44-52.

16. Garrigós-Pedron M, Elizagaray-García I, Domínguez-Gordillo A, Del-Castillo-Pardo-de-Vera JL, Gil-Martínez A. Temporomandibular disorders: improving outcomes using a multidisciplinary approach. *J Multidiscip Healthc*. 2019; 12: 733–747.

17. Tuncer AB, Ergun N, Tuncer AH, Karahan S. Effectiveness of manual therapy and home physical therapy in patients with temporomandibular disorders: A randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther*. Julio 2013; 17 (3): 302-8.

18. Youngsook B, Yongnam P. The Effect of Relaxation Exercises for the Masticator Muscles on Temporomandibular Joint Dysfunction (TMD). *J. Phys. Ther. Sci*. 25: 583–586, 2013.

Capítulo 596

PREVENCIÓN DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN EL LACTANTE.

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Se entiende como plagiocefalia posicional o postural una deformidad craneal producida como consecuencia de la aplicación constante de fuerzas de presión sobre la parte posterior del cráneo, que es muy maleable en los niños pequeños.

Esta patología se deriva de la campaña realizada por la Academia Americana de Pediatría en el año 1992, aconsejando que el bebé debe dormir en decúbito supino para prevenir el síndrome de la muerte súbita del lactante, el cual se redujo pero que como consecuencia aumento el número de casos de plagiocefalia posiciones occipital o posterior, debido al apoyo continuado de la parte posterior de la cabeza, lo cual puede acentuarse ya en el primer mes, y volverse muy relevante.

La plagiocefalia posicional puede ocurrir de manera simétrica o asimétrica. El aplanamiento asimétrico asocia un avance del pabellón auricular y de la hemifacies ipsilateral y tiende a corregirse en parte de modo espontáneo cuando el niño es capaz de rotar la cabeza alternativamente durante las horas de sueño.

Las causas, tanto intrauterinas como extrauterinas, son muy numerosas. Podemos destacar entre todas: posiciones fetales prolongadas, deformidades uterinas, la existencia de tortícolis debido a numerosas causas, macrocefalias, posición escogida por el lactante, lesiones en la musculatura ocular y por último abundantes

lesiones cerebrales. Por ello al reducir la motilidad espontánea del niño y en conjunto con las numerosas causas citadas anteriormente, favorece la aparición de la plagiocefalia postural.

2 Objetivos

- Conocer las medidas preventivas para evitar la plagiocefalia posicional en lactantes.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de artículos publicados en len Pubmed, Science Direct, Google Scholar, empleando palabras clave como “placiocefalia posicional” “prevención” “medidas posturales” “rehabilitación”.

4 Resultados

Para una buena prevención, es clave instaurar desde un inicio unas buenas medidas posturales:

- Colocar al niño en posición de boca abajo, mientras permanece despierto y bajo vigilancia, aprovechar para jugar con él al menos 1 hora al día, media por la mañana y media por la tarde.
- Durmiendo boca arriba, cambiar de lado el apoyo de la cabeza, alternativamente.
- Realizar cambios en la posición de la cuna en la habitación (el niño coloca su cabeza hacia el lado en que oye ruido).
- Precaución con las sillas con cabezal muy ajustado, evitar todo lo posible las presiones constantes mantenidas sobre la parte de atrás de la cabeza.
- Tener con frecuencia al niño en los brazos para reducir el tiempo de apoyo occipital. También se recomiendan las mochilas o pañuelos de porteo con el lactante mirando hacia el porteador.
- El uso de un cojín con un orificio central es útil tanto como método de prevención desde el nacimiento, como de ayuda a la corrección hasta los 18 meses de edad; puesto que el cojín ayuda a reducir la presión bajo la cabeza del bebé, y facilita llevar a cabo las medidas de reposicionamiento en el caso de que el lactante esté afectado de plagiocefalia.

Una vez instaurada la patología, el diagnóstico se realiza a partir de la clínica por parte del pediatra, médico rehabilitador o en su caso por el fisioterapeuta o

enfermera. Para valorar y controlar la evolución se medirá el grado de deformidad a través de un craneómetro, para medir la distancia biparietal y anteroposterior del cráneo, para así obtener el índice craneal, así como la medición del perímetro craneal a través de una cinta métrica.

El tratamiento consistirá en:

1. Medidas higiénicas, ya anteriormente nombradas.
2. Tratamiento rehabilitador a través del estímulo de la movilidad cervical con movilizaciones y estiramientos, además de fomentar su desarrollo psicomotor.
3. Técnicas de órtesis craneal, en aquellos casos en los que no progresan a través de la fisioterapia y las medidas de educación postural.
4. Reconstrucción quirúrgica en último lugar. En 2- 3 meses se debería de corregir sino ya podría ser evaluado por el neurocirujano.

5 Discusión-Conclusión

La plagiocefalia posicional es una patología muy frecuente en las últimas décadas, debido a la instauración del decúbito supino a la hora de dormir a los bebés. A pesar de conocerse y tratarse habitualmente, falta información sobre los padres tras dar a luz a sus bebés, ya que si se llegasen a adoptar las medidas de educación postural desde un inicio, serían mucho menor los casos de plagiocefalia posicional tras el primer mes de vida, donde la posición habitual del recién nacido es el decúbito supino y la movilidad cervical es reducida.

Ante la mínima sospecha se debe iniciar el tratamiento conservador, siempre que no se sospeche de un cierre prematuro de las suturas craneales. La prevención y el tratamiento de la plagiocefalia posicional requiere un aumento del esfuerzo de los pediatras orientado a realizar diagnósticos precoces e informar y educar a los padres para realizar las medidas posturales necesarias para evitar la evolución del aplanamiento craneal.

6 Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Task force on Positioning and Sudden Infant Death Syndrome. Positionings and SIDS. Pediatrics.1992; 89: 1120-1126.
2. Esparza, J., Hinojosa, J., Muñoz, M.J., Romance, A., García-Recuero, I., y Muñoz, A. Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo para un Sistema Público de Salud. Neurocirugía. 2007; 18: 457-467.

3. Esparza, J., Hinojosa, J., Muñoz-Casado, A., García, I., y Muñoz, A. Enigmas y confusiones en el diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo asistencia. *Anales de Pediatría*. 2007; 67(3): 243-52.
4. Alañón Atienza M. Análisis de la eficacia de la inclusión de la osteopatía craneal en el tratamiento de la plagiocefalia posicional. Universidad Pontificia Comillas, Escuela Universitaria de Enfermería Y Fisioterapia. 2019.
5. Ballardini E., Sisti M., Basaglia N. et al. Prevalence and characteristics of positional plagiocephaly in healthy full-term infants at 8-12 weeks of life. *Eur J Pediatr*. 2018; 177: 15- 47.
6. Mawji A., Robinson Vollman A., Hatfield J. The incidence of positional plagiocephaly: a cohort study. *Pediatrics* August. 2013; 132 (2) 298-304.
7. Di Chiara A., La Rosa E., Ramieri V. Treatment of Deformational Plagiocephaly With Physiotherapy. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2019; 30(7):2008–2013.
8. Carceller Benito F., Leal de la Rosa J. Plagiocefalia posicional: nuevas recomendaciones para el diagnóstico precoz y registro en la cartilla sanitaria del niño. Libro blanco de la muerte súbita. 3ª edición. Madrid. 2013.

Capítulo 597

FISIOTERAPIA EN TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA

ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA

LAURA VEGA MORÁN

MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ

MARTA FUERTES MARTÍNEZ

1 Introducción

La Tortícolis Muscular Congénita (TMC) es una patología que se caracteriza por la lateralización y rotación del cuello debido a una retracción unilateral del músculo esternocleidomastoideo, producida bien por factores mecánicos intraútero o bien por factores postnatales. Se trata de una afectación del músculo esternocleidomastoideo debido a una fibrosis y un acortamiento del mismo. Al producirse una contractura unilateral del músculo, el niño afectado tendrá la cabeza desviada hacia el lado del músculo acortado y el mentón girado hacia el lado contralateral.

La TMC es la tercera causa más frecuente de deformación músculo-esquelética en recién nacidos, después de la displasia de cadera y del pie equino varo. Su incidencia se estima entre el 0,3 % y el 2 %. En el 75 % de los casos se suele ver afectado el músculo del lado derecho y en el 2-3 % suele haber una afectación bilateral. Afecta con ligera predominancia al género masculino en proporción

de 3:2. La TMC tiene causas inespecíficas pero se determinan tres teorías fundamentales, la traumática, la vascular y la isquémica, siendo esta última la más aceptada.

A medida que avanza la edad, sin la corrección adecuada, la columna cervical puede sufrir deformaciones definitivas con efectos compensatorios en las vértebras, como rotaciones y escoliosis dorsal y lumbar. La clavícula puede sufrir una angulación con vértice en la inserción del esternocleidomastoideo. También pueden aparecer deformidades acompañantes como elevación del hombro del lado afectado y acortamiento, por falta de desarrollo del resto de la musculatura del cuello y de la nuca.

2 Objetivos

Conocer la eficacia del tratamiento desde el abordaje de la fisioterapia en la tortícolis muscular congénita en el recién nacido.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, PEDro, Cochrane Library Plus, Cuiden Plus y Scielo.

En la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes palabras clave: fisioterapia, tortícolis congénito, recién nacido.

4 Resultados

El hecho de realizar un diagnóstico temprano garantiza comenzar el tratamiento lo antes posible, lo que es fundamental para que no empeoren las características clínicas de esta patología, como el engrosamiento del ECOM, el mantenimiento de la postura adoptada por la cabeza, o el aumento de la deformación facial y craneal.

La evaluación fisioterapéutica debe realizarse antes y después del inicio del tratamiento y el fisioterapeuta debe considerar derivar al niño nuevamente a su médico especialista en casos de:

- Persistir las asimetrías de la cabeza, el cuello y el tronco después de 4 a 6 semanas de tratamiento inicial intenso.
- Si después de 6 meses de tratamiento no se logra la resolución total de la tortícolis muscular congénita.

- Si el bebé tiene más de 12 meses, presenta asimetría facial y/o diferencias aún incluso de 10° a 15° de movimiento entre los músculos esternocleidomastoideos.
- Si el bebé tiene más de 7 meses en la primera evaluación inicial y se observa una banda estrecha o masa en el músculo esternocleidomastoideo y a pesar del tratamiento recibido el lado de la tortícolis muscular congénita cambia de posición.

El tratamiento por control postural es el que más toleran los niños, al ser el menos molesto, por lo que no ponen mucha resistencia. El objetivo de este tratamiento es fortalecer el ECOM del lado contralateral y aumentar la elasticidad de las fibras musculares del músculo afecto a través de diversos juegos o actividades funcionales en posición de decúbito prono, para lograr esa activación. A través de estas técnicas, los niños regulan el control motor de la cabeza y estabilizan el rango de movimiento.

El estiramiento pasivo manual es la técnica de fisioterapia más utilizada, siendo bastante efectiva y pudiendo dar resultado siempre y cuando el músculo esté afectado en 2/3 de su longitud. Esta técnica combinada con electroterapia y ultrasonidos es más eficaz en cuanto a la mejora de la elasticidad muscular y, por tanto, de la amplitud de movimiento.

Es muy importante el entrenamiento de los padres o tutores para que realicen estas técnicas de forma correcta, siendo conscientes y comprendiendo la finalidad de los ejercicios propuestos. Se les enseñarán una serie de medidas posturales para corregir las posiciones anómalas (al darle el pecho, colocación del bebé en la cuna, posicionamiento cuando este despierto...) así como enseñarles a realizar estímulos sensoriales (sonoros, visuales..).

Kaplan plantea un mínimo de 5 objetivos para su tratamiento, enfocados en disminuir la asimetría postural presente y mejorar el movimiento restringido:

- Recuperar los rangos de movimiento pasivo de la región cervical.
- Recuperar los rangos de movimiento activos de cuello y tronco.
- Desarrollar el movimiento simétrico.
- Realizar adaptaciones ambientales.
- Pautas para el apoyo del tratamiento en casa dirigido a los padres y cuidadores de los niños.

Carenzio et al., 2015 demostraron que la limitación de la flexión lateral se resolvía antes que la limitación de la rotación, esto se debe a una mejor tolerancia de los ejercicios pasivos para la flexión lateral.

El tratamiento conservador combinando diferentes técnicas de fisioterapia ha demostrado resultados exitosos en el 90% de los casos. Después de realizar el tratamiento y obtener buenos resultados, es importante el seguimiento ya que se

pueden producir recaídas que necesitarán volver al tratamiento.

El tratamiento quirúrgico está indicado en:

- Casos resistentes al tratamiento conservador durante al menos 1 año.
- Restricción rotacional mayor de 150 en pacientes menores de 1 año.
- Banda fibrosa visible e inextensible.
- Diagnóstico tardío en niños mayores de 1 año.
- También se beneficiarán los adolescentes y adultos con deformidad y secuelas establecidos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el tratamiento fisioterapéutico produce resultados positivos en los pacientes que presentan tortícolis muscular congénita, en función de las diferentes técnicas usadas estos resultados pueden ser más o menos favorables sin presentar en ninguna de las técnicas efectos adversos o retroceso en el tratamiento.

El diagnóstico y el inicio precoz del tratamiento son el factor más influyente en los resultados del tratamiento. También son factores determinantes el ROM cervical y la inclinación de la cabeza previas al inicio del tratamiento. Así mismo es de vital importancia la implicación de los cuidadores para que puedan realizar un adecuado manejo en el domicilio.

6 Bibliografía

- González Maza, M., & Rodríguez Reyes, M. (2017). Protocolo de rehabilitación en el paciente con tortícolis muscular congénita. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 5(2).
- Kaplan SL, Coulter C, Feters L. Physical therapy management of congenital muscular torticollis: an evidence-based clinical practice guideline: from the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association. *Pediatr Phys Ther Off Publ Sect Pediatr Am Phys Ther Assoc*. 2013;25(4): 348-94
- Huerta-Mezones, M.F., Gamero-Salas, S., Quevedo, V. Nuevos estándares en el tratamiento de una antigua patología: tortícolis miogénica. *Jornal of the Faculty of Medicine*. 2018; 18 (2); 15-20
- Lee I. The effect of postural control intervention for congenital muscular torticollis: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2015 Aug;29(8): 795-802.
- Kuo AA, Tritsavit S, Graham JM. Congenital muscular torticollis and positional plagiocephaly. *Pediatr Rev*. 2014 Feb;35(2): 79-87.

- Carenzio G, Carlisi E, Morani I, Tinelli C, Barak M, Bejor M, et al. Early rehabilitation treatment in newborns with congenital muscular torticollis. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015 Oct;51(5): 539-545.
- Kang Y, Lu S, Li J, Meng F, Chang H. Primary Massage Using One-Finger Twinning Manipulation for Treatment of Infantile Muscular Torticollis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2011;17(3): 231-237.
- Öhman A, Nilsson S, Beckung E. Stretching Treatment for Infants With Congenital Muscular Torticollis: Physiotherapist or Parents? A Randomized Pilot Study. *PM&R.* 2010;2(12): 1073-1079.

Capítulo 598

TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN POST-CIRUGÍA EN ENFERMEDAD DE DUPUYTREN. A PROPÓSITO DE UN CASO

LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO

PATRICIA FERVIENZA FUEYO

1 Introducción

La enfermedad de Dupuytren, también denominada contractura de Dupuytren, es una afectación de etiología desconocida que provoca el cierre progresivo de la mano por retracción de la aponeurosis palmar superficial. Guillaume Dupuytren, en 1831, describió con precisión la anatomía de la región palmar en pacientes que presentaban una retracción progresiva de los dedos de la mano. Desde entonces, se han hecho grandes avances en el descubrimiento de esta enfermedad, aunque todavía no se ha llegado a comprender bien cuál es la causa exacta de esta proliferación de tejido fibroso y, por consiguiente, la etiología de la contractura.

Esta afectación se determina por una fibrodisplasia proliferativa del tejido conectivo (aumento colágeno tipo III) que afecta a la fascia palmar y digital y que se caracteriza por la formación de nódulos y de cuerdas fibrosas que fijan en posición de flexión algunas articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas.

La contractura de Dupuytren tiende a afectar con mayor frecuencia el lado ulnar de la aponeurosis palmar, que cualquier otra porción de la mano, siendo el

dedo anular y el meñique los más afectados. Es más común observar la contractura en ambas manos, aunque la derecha suele afectarse con más frecuencia que la izquierda, cuando la afección es unilateral. La enfermedad está condicionada por la interacción de factores ambientales y la predisposición genética. Es más frecuente en el sexo masculino (5:1) y se dice que es una enfermedad de la raza blanca, con ascendencia del noreste europeo (Escocia, Noruega e Islandia), rara en individuos asiáticos y mucho más extraña en afroamericanos.

La contractura de Dupuytren está asociada a determinadas enfermedades como el alcoholismo, la epilepsia, la o la diabetes mellitus.

Existen enfermedades relacionadas como la enfermedad de Ledderhose, fibrosis por afectación de la aponeurosis plantar y la enfermedad de Peyronie, induración plástica del pene.

La enfermedad pasa por las siguientes fases:

- Fase temprana o precoz: cambios en la piel con pérdida de su arquitectura normal. Engrosamiento y modularidad de la fascia.
- Fase activa o proliferativa: palpación de una cuerda proximal al nódulo. Se adhiere la piel a la fascia.
- Fase avanzada o involución: desaparición de los nódulos y aparición de contractura a nivel de la articulación metacarpofalángica e interfalángica proximal con extensión de la interfalángica distal.
- Fase residual: bandas fibrosas retraídas.

2 Objetivos

- Valorar la eficacia clínica de los tratamientos de fisioterapia aplicados en la rehabilitación post-cirugía de los pacientes con Dupuytren.

3 Caso clínico

Paciente de 52 años, carpintero en activo, con antecedentes de hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo II acude al Servicio de rehabilitación por presentar, desde hace 5 meses, una cuerda fibrosa en la región palmar desde la zona del pliegue palmar proximal hasta la articulación interfalángica proximal del quinto dedo de la mano izquierda, causando la contractura en flexión del dedo. Refiere rigidez y dificultad permanente en el desarrollo de su profesión.

A la palpación de la palma de la mano se detectó un engrosamiento de la piel, de la fascia palmar con la presencia de cuerdas fibrosas. Nódulo en la región palmar izquierda, a nivel de la articulación metacarpofalángica del quinto dedo, el cual era indoloro, redondo, no desplazable y fijo a la piel y los tejidos profundos. La extensión pasiva y activa del quinto dedo estaba limitada presentado un patrón flexor de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. La contractura en flexión de los dedos impedía la aposición palmar completa.

A pesar de haber determinado el diagnóstico de enfermedad de Dupuytren y no precisar de pruebas complementarias se realizó radiografía de la mano izquierda donde se observó subluxación metacarpofalángica proximal y medial del quinto dedo. El resto de las estructuras no presentaron ningún hallazgo de interés. No había presencia de calcificaciones. El tratamiento elegido fue la fasciestomía. En el período posoperatorio se indicó la inmovilización dorsal para mantener la extensión, curar la herida y favorecer la cicatrización de la piel.

4 Resultados

El paciente evolucionó favorablemente tras la cirugía. A las dos semanas de la intervención se le retiraron los puntos y se le indicó fisioterapia, cuyos objetivos fueron encaminados a minimizar el edema, tratamiento de la cicatriz, mantener la extensión lograda y recuperar la flexión y fuerza, así como la destreza de la mano y dedos. En cuanto a la electroterapia se utilizó el láser bioestimulante en cicatriz con el fin de evitar adherencias y reducir el proceso inflamatorio posterior a la operación.

5 Discusión-Conclusión

Las recientes investigaciones sobre esta enfermedad han permitido conocimiento más profundo de los procesos biológicos de la contractura de Dupuytren, y por tanto, mayores éxitos en el abordaje de esta entidad clínica. La terapia elegida dependerá de la gravedad de la enfermedad y tiene por objetivo restaurar la función de los dedos afectados y corregir la deformidad producida por la contractura, así como disminuir la recurrencia y complicaciones, sobre todo en el caso de que no se extirpe la totalidad del tejido afectado. Hasta ahora la cirugía ha sido el tratamiento de elección para la mayoría de los casos, pero es importante destacar el papel de la rehabilitación precoz tras la operación, lo cual ha demostrado un mayor éxito en la recuperación del paciente. En casos leves se sigue optando por

los esteroides, las inyecciones de colagenasa o el uso de férulas de extensión, así como la vitamina E con el fin de reblandecer de manera temporal la contractura, aunque sin un objetivo de curación de la enfermedad.

6 Bibliografía

- McFarlane RM. Enfermedad de Dupuytren. Recogido en: Cirugía plástica. (1992) La mano. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 819-51
- Mármol-Soler S., Espejo-Ortega L., Gutiérrez-Ortega C., García-Rosado M., Valera-Núñez A., Ramos-Lozada C., Martínez-Murillo A. y De Juan-Pérez F. (2013) Tratamiento no quirúrgico de la contractura de Dupuytren con colagenasa de *Clostridium hystoliticum*. Cir. Plást. iberolatinoam., 39 (3)
- McFarlane RM., Dupuytren´s contracture. Recogido en: Wolfe S. (2005) Green´s Operative Hand Surgery. 5ª edición. Churchill Livingstone, 563-91.
- Wagner P., Román JA. y Vergara J. (2012) Enfermedad de Dupuytren: revisión. Rev Med Chile, 140, 1185-1190
- Puig Rosado A., Puertes Corella I., Torres Hurtado JI. (1986) Contractura de Dupuytren. Resultados con la fasciectomía selectiva de Skoog. Rev. Esp de Cir. Ost, 21 (59-69)
- Pérez Manzanero MA., Pavón de Paz M. y Roldán Laguarda P. (2003) Tratamiento rehabilitador de la enfermedad de Dupuytren. Rehabilitación, 37 (5), 272-7

Capítulo 599

CASO CLÍNICO DE FASCITIS PLANTAR BILATERAL

SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ

DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ

1 Introducción

La fascitis plantar es una patología caracterizada por inflamación de la musculatura a nivel de la zona inferior del pie y es una de las causas más frecuentes de consulta por dolor en traumatología. El dolor empeora tras el ejercicio y tiene múltiples causas entre las que destacan los saltos en algunos deportes, carreras de larga distancia tipo maratón, la obesidad y las alteraciones en la anatomía del pie.

2 Objetivos

- Conseguir la disminución del dolor y la sintomatología en general.
- Normalizar la deambulación.
- Recuperar la movilidad articular.
- Recuperar la actividad deportiva habitual.

3 Caso clínico

Mujer 33 años, corredora habitual (3- 4 días/ semana) acude a consulta con estudio de pisada realizado y diagnóstico de fascitis plantar bilateral, más acentuado

en pie izquierdo y con incipiente espolón calcáneo en pie derecho. Refiere notar molestias en fases de mayor o menor intensidad desde hace aproximadamente 2 años. Este dolor la tiene sin poder correr desde hace más de 3 semanas, ya que al poco de comenzar a correr, el dolor la limita y al parar el dolor es incapacitante. La sintomatología que refiere es dolor en ambos talones (más acentuado el izquierdo) que le sube hacia los gemelos. Además asocia hinchazón de pies desde hace un mes. La sensación de malestar y dolor es mayor por las mañanas, llegando a notar bloqueados los tobillos y teniendo dolor punzante al andar. Usa plantillas con las cuales no mejora y no toma medicación oral.

La paciente tiene pies cavos y usa habitualmente tacones de más de 4 cm, aunque refiere que desde que empezó con estas molestias se siente más cómoda con cuñas y el dolor le empeora significativamente al caminar descalza o con zapato bajo y chanclas.

A la palpación podemos apreciar el aumento de tono muscular y tensión tendinosa de la planta de ambos pies. Test windlass positivo en ambos pies. Test de túnel tarsiano negativo. Acortamiento de gastrocnemios y tendón aquileo en varo. Observamos muy poca movilidad de calcáneo sobre astrágalo y refiere dolor al realizar las movilizaciones del mismo.

Se realiza descarga de la musculatura intrínseca de la planta del pie y gastrocnemios, pudiendo liberar la tensión generada en el calcáneo. Aplicación de ventosas en zona base de la fascia con la finalidad de despegar estructuras y separación de espacios intersticiales mejorando la oxigenación de las estructuras y la movilidad del tendón por la fascia, disminuyendo las zonas de adherencia del mismo. Colocaremos vendajes de descarga entre sesiones, realizando vendaje funcional en planta del pie y vendaje de kinesiotaping en gemelos y tendón aquileo hasta que mejore la sintomatología y descanso deportivo. Según mejora sintomatología incluimos tabla de ejercicios y trabajo activo por parte del paciente como hábito en su rutina deportiva.

4 Resultados

A la paciente se le realiza ecografía tras 3 meses de tratamiento con 1 sesión/semana siguiendo las pautas marcadas. Se puede apreciar como en el pie derecho la fascia está desinflamada y queda una pequeña inflamación en el pie izquierdo significativamente menor a la previa al tratamiento.

A la palpación observamos la disminución del tono muscular dando un windlass de pie derecho negativo. En el pie izquierdo aún encontramos tensión tendinosa de la planta del pie. Test windlass positivo en pie izquierdo. Test de túnel tar-

siano negativo en ambos pies. Normalización de tono de gastrocnemios y tendón Aquileo tendente a varo, aunque con menor angulación. No presenta dolor a la palpación de estructuras de los pies.

5 Discusión-Conclusión

La normalización del tono muscular, junto con una buena movilidad de las estructuras óseas del pie mejoran la sintomatología de la fascitis plantar, llegando a conseguir una disminución de la inflamación de esta fascia.

6 Bibliografía

- Urse, G. N. (2012). Plantar fasciitis: A review. *Osteopathic Family Physician*, 4(3), 68-71.
- Greer BJ. Disorders of tendons and fascia and adolescent and adult pes planus. In: Azar FM, Beaty JH, Canale ST, eds. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 82.
- Kadakia AR. Heel pain and plantar fasciitis: hindfoot conditions. In: Miller MD, Thompson SR, eds. *DeLee and Drez's Orthopaedic Sports Medicine: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 119.

Capítulo 600

CASO CLÍNICO DE TORTÍCOLIS CONGÉNITA

DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ

SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

Se presenta el caso de una paciente de 12 meses de edad diagnosticada de tortícolis congénita con tendencia a lateralizar la cabeza hacia el lado izquierdo.

2 Objetivos

- Conseguir un adecuado rango de movimientos con un tratamiento fácil de tolerar para una niña tan pequeña.

3 Caso clínico

La paciente, de 12 meses de edad lateraliza la cabeza hacia el hombro izquierdo con limitación en las rotaciones activas. Muestra un bulto a la palpación a nivel del ECOM afectado, un ligero aplanamiento en zona occipitotemporal del lado izquierdo y una marcada limitación a la inclinación activa al lado derecho.

4 Resultados

- Actualmente muestra evolución favorable, con 0,5 cms de oreja a hombro.

- Puede realizar movimientos cervicales de forma activa y pasiva de forma libre.
- Realiza juegos y se desliza de forma simétrica en ambos lados.

5 Discusión-Conclusión

Queda claro que el trabajo temprano en casos de afecciones congénitas facilita en gran medida una recuperación satisfactoria de la funcionalidad y el movimiento. Es necesario desarrollar técnicas que diviertan y no cansen a niños tan pequeños, y a su vez trabajar en sesiones cortas y frecuentes.

6 Bibliografía

1. Tortícolis congénita: incidencia y actuación fisioterápica en neonatos con contractura en el esternocleidomastoideo SG Gallego, MCH González, BD Pulido, MDA Arenas - Fisioterapia, 2003 - Elsevier.
2. Eficacia de los estiramientos como tratamiento de la tortícolis muscular congénita. E García Domínguez - 2016 - uvadoc.uva.es.
3. Enfoque fisioterapéutico en el tortícolis muscular congénito CN Robles Gálvez - 2018 - repositorio.uigv.edu.pe.
4. Eficacia de la fisioterapia en la tortícolis muscular congénita C Carregal Aller - 2016 - ruc.udc.es.
5. Estudio comparativo de la eficacia del tratamiento de fisioterapia y del tratamiento de fisioterapia combinado con una guía para padres en el manejo de la tortícolis. MA Salcedo Wägenbaur - 2013 - repositorio.comillas.edu.
6. Tratamiento fisioterápico en pacientes con tortícolis muscular congénita (TMC). Revisión bibliográfica narrativa P Sáez Martín - 2018 - uvadoc.uva.es.
7. Intervención fisioterápica en una niña con síndrome de Wolf-Hirschhorn. V Martínez Forniés, F Herranz Bercedo - zaguan.unizar.es.

Capítulo 601

ABORDAJE DEL SÍNDROME DE LATIGAZO CERVICAL

LAURA FERNANDEZ LOPEZ

SARA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El síndrome de latigazo cervical, también conocido como «whiplash», es una lesión provocada por la movilización forzada del cuello, este movimiento brusco hacia delante y atrás puede afectar a músculos, tendones, ligamentos, discos intervertebrales, vértebras y al tejido mielo-radicular de la región cervical. Considerando que la mandíbula es el único elemento móvil en nuestra cabeza y por tanto vulnerable a traumatismos directos o indirectos, es frecuente que en el mecanismo de latigazo cervical se afecte la articulación temporomandibular (ATM), alteración descrita como síndrome temporomandibular (1).

Tras sufrir un latigazo cervical es común que aparezcan síntomas relacionados con un déficit del control motor, que se refleja en un error de reposicionamiento de las articulaciones del cuello y un aumento del tono de la musculatura superficial como trapecios, esplenio, angular o esternocleidomastoideo (2).

A continuación os exponemos un caso de una paciente diagnosticada con síndrome de latigazo cervical valorada y tratada desde un enfoque multidisciplinar de un equipo de odontología y yo misma como fisioterapeuta que hemos trabajado conjuntamente en el seguimiento de este caso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el cuadro clínico de una paciente diagnosticada con síndrome de latigazo cervical y explicar el abordaje multidisciplinar del equipo de odontología y fisioterapia a la hora de elegir los tratamientos de elección.

Objetivos secundarios:

- Analizar en qué forma resulta afectada la articulación temporomandibular en las lesiones cervicales o en su tratamiento.
- Evaluar la efectividad de los tratamientos de fisioterapia sobre este cuadro clínico.
- Exponer la importancia del trabajo multidisciplinar con un enfoque holístico en este tipo de casos complejos.
- Eliminar la sobreactividad de la musculatura superficial, potenciando flexores profundos, y extensores cervicodorsales profundos, y permitiendo que la sincronización de la contracción muscular sea la correcta.
- Corregir error de reposicionamiento articular.
- Trabajar el reflejo óculo-cervical.

3 Caso clínico

Mujer de 30 años de edad acude a consulta tras un accidente de tráfico en agosto 2019. Al mes acude a nuestro servicio de rehabilitación y relata que presenta cefaleas de tipo punzante, mareos ocasionales y un dolor intermitente que se le irradia hacia el miembro superior izquierdo. Aporta un informe de traumatología del 2018 como antecedentes personal que informa de una hernia discal L4-L5.

En la exploración se observa una elevación de hombro derecho, rectificación dorsal y cervical y retroversión pélvica moderada. En la palpación observo bandas tensionales y puntos gatillos musculares en escalenos, angular y suboccipitales.

El balance articular es limitado en rotación izquierda, flexión y extensión. Se observa una limitación articular importante de la apertura bucal y una desviación hacia la derecha a la apertura y protusión. Se deriva a la paciente al servicio de odontología para completar la valoración y posterior diagnóstico.

El tratamiento de fisioterapia de elección para este caso consiste en:

- Una parte de tratamiento manual con técnicas miofasciales para angular, escalenos y pectoral menor, y movilizaciones de baja velocidad, empujes postero-

anteriores en cervicales bajas y D1-D2.

- Trabajo de control motor , movilizaciones activas y pasivas de la zona cervico-dorsal.
- Postura de reeducación postural Global rana al aire, insistiendo en tiempo 1 -2 respiratorio.
- Terapia manual combinada con radiofrecuencia para disminuir el tono de maseteros y pterigoideos y combinado con movilizaciones activo-asistidas de la articulación temporomandibular.
- Realización de los ejercicios isométricos en su domicilio, y la correcta sedestación en posición neutra de toda la espalda.

El abordaje odontológico tras hallazgos. Indicaciones al paciente en las siguientes semanas:

- Dieta totalmente blanda.
- No forzar apertura bucal, tener cuidado con bostezos.
- Reposo mandibular, nada como comer chicles, morder las uñas.
- No realizar deportes de riesgo en las siguientes semanas.
- Tomar un relajante muscular antes de dormir 10 días.
- Realización y uso de una férula de descarga por las noches y durante el día estando en casa.

4 Resultados

La paciente acude a su última sesión 3 semanas después tras valoración inicial, tras realizarle diferentes técnicas de relajación miofascial, movilizaciones de baja y alta velocidad, estiramientos y movilidad de la articulación temporomandibular y reeducación postural global la paciente relata una mejoría considerable en cuanto a disminución del dolor y una mejor movilidad cervico-dorsal. La apertura bucal también ha aumentado la amplitud de movilidad. Se le recomienda continuar con los ejercicios domiciliarios aprendidos en consulta de forma regular y seguir trabajando la reeducación postural tanto en casa como en su situación laboral.

5 Discusión-Conclusión

- Ante este tipo de casos post-traumáticos tras un accidente de tráfico el médico tratante debería incluir en el protocolo de valoración del latigazo cervical una valoración del daño a la articulación temporomandibular.

- Destacar la importancia de incluir en el tratamiento de fisioterapia la reeducación con ejercicios propioceptivos, denominados control motor, que evitarán que el paciente experimente crisis de dolor y limitación articular a los meses del accidente.
- Remarcar la importancia de realizar estudios científicos sobre el abordaje multidisciplinar en este tipo de casos complejos.

6 Bibliografía

- (1) Robaina PFJ. Cervical whiplash. General features and medicolegal aspects. Rev Soc Esp Dolor 1998; 5: 214-223.
- (2) Riojas MT, López I, Lozano B. Anatomía dental. Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V. México, 2006: 119-122.

Capítulo 602

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

SARA GONZÁLEZ HENARES

1 Introducción

La enfermedad de Dupuytren consiste en una proliferación de tejido fibroso a nivel de la fascia palmar. Esta enfermedad de etiología desconocida, comienza con la aparición de unos nódulos en la palma de la mano que con el paso del tiempo van extendiéndose formando cuerdas de tejido fibroso que afectan a la movilidad de los dedos llegando a ser muy incapacitante. Las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas pasan a estar flexionadas incluso llegando a subluxarse.

A pesar de que se desconoce la etiología de la enfermedad, se ha comprobado que ciertos factores como son el tabaquismo, alcoholismo, diabetes o la vasculopatía periférica están muy presentes en las personas que la padecen. Del mismo modo, los individuos que desarrollan trabajos con impactos repetitivos sobre la fascia palmar pueden desarrollar esta enfermedad. En cuanto a su incidencia poblacional, se ha comprobado que es más frecuente entre los varones de edades entre los 50 y 70 años.

2 Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad de Dupuytren para poder detectarla.
- Hacer un diagnóstico precoz partiendo del caso clínico que describimos a continuación.

3 Caso clínico

Hombre de 52 años, dentista y fumador social, acude a consulta ambulatoria por dolor en la palma de la mano y en 4º y 5º dedos de la mano derecha sobre todo a la extensión de los mismos. A la exploración se observan pequeñas depresiones en la palma de la mano y cierto engrosamiento de la piel. Se deriva al paciente al servicio de rehabilitación para ser atendido con distintas terapias de fisioterapia. El tratamiento empleado utilizaba electroterapia (US y láser), estiramientos de la fascia palmar y trabajo a nivel de los flexores de la mano.

Tras notar escasos progresos, el paciente decide abandonar la terapia. Al cabo de 7 meses el paciente regresa a consulta con un cuadro más agudo. Presenta incapacidad para extender el 4º y 5º dedos y parestesias en el territorio del cubital. En la exploración se aprecian unas cuerdas fibrosas a nivel de los dos últimos dedos de la mano.

4 Resultados

El paciente es diagnosticado de enfermedad de Dupuytren y la opción quirúrgica mediante fasciotomía es la elegida para tratarla.

5 Discusión-Conclusión

En este caso, la falta de diagnóstico precoz y de seguimiento de un profesional sanitario a llevado a un agravamiento de la enfermedad cuya única opción de tratamiento es la quirúrgica. La aparición de las parestesias en el territorio cubital nos hace pensar en una posible proliferación de tejido fibroso hacia la muñeca que afecte al canal de Guyón.

Existen opciones de tratamiento conservador como son la extensión pasiva mantenida de los dedos, el uso de corticoides, vitamina A, E; pero no dan unos resultados positivos concluyentes. Las inyecciones de colagenasas en casos no muy severos sí han dado resultados favorables, tanto que en el 2010 se aprueba un compuesto llamado Xiapex (colagenasas) que se inyecta directamente en la cuerda fibrosa. No obstante, el tratamiento por excelencia sigue siendo la fasciotomía.

Cuando el abordaje es quirúrgico, es imprescindible la buena rehabilitación posterior, para conseguir un buen rango articular y mantener la funcionalidad de

la mano, evitar adherencias de las cicatrices y disminuir el dolor. En esta fase la figura del fisioterapeuta es muy importante.

6 Bibliografía

1. Badilla-Mora Jorge, Pastor-Pacheco Luis, Zayas-Bazán Mora Jorge. Enfermedad de Dupuytren. Acta méd. costarric [Internet]. 2004 Oct [consultado el 05 de enero del 2020]; 46 (4): 179-183.
2. Salas-Cansado Marina De, Ruiz Antorán María Belén, Ramírez Elena, Dudley Antonio. Utilización de recursos sanitarios y costes asociados a la fasciectomía en la enfermedad de Dupuytren en España. Farm Hosp. [Internet]. 2013 Feb [citado 2020 Ene 05] ; 37(1): 41-49.
3. Wagner Pablo, Román Javier A, Vergara Jorge. Enfermedad de Dupuytren: revisión. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 Sep [citado 2020 Ene 05] ; 140(9): 1185-1190.
4. Couto González I, Máiz Bescansa J., Taboada Suárez A., Brea García B., González Álvarez E.. Enfermedad de Dupuytren en una población del noroeste de España: hallazgos clínicos en 184 pacientes. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2010 Jun [citado 2020 Ene 05] ; 36(2): 145-154.

Capítulo 603

EL PROVECHO DE LA FISIOTERAPIA EN LAS BRONQUIECTASIAS

XABIER AMEZTOY ECHENIQUE

SABELA PARDO DÍAZ

LEYRE REMÍREZ SIMÓN

1 Introducción

Las Bronquiectasias (Bq) son la dilatación permanente de los bronquios causada por la destrucción de los componentes elásticos y musculares de las paredes bronquiales. Pueden ser localizadas o difusas y se caracterizan por ocasionar abundante expectoración, generalmente purulenta y en ocasiones hemoptisis. Dentro de ellas se distinguen diferentes tipos: cilíndricas, varicosas y quísticas o saculares. En las siguientes líneas se va a presentar un caso clínico y se darán a conocer algunos de los múltiples beneficios que pueden llegar a obtener este tipo de pacientes gracias a la Fisioterapia.

2 Objetivos

- Conocer y estudiar dicha patología, las Bronquiectasias.
- Averiguar la utilidad de algunas técnicas de Fisioterapia Respiratoria en este tipo de pacientes.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios afectados.

3 Caso clínico

Datos personales:

- Sexo: mujer.
- Edad: 51 años.

Datos clínicos:

- Diagnóstico: Bronquiectasias.
- Otros diagnósticos: Pseudomonas aeruginosa.
- Antecedentes médicos de interés: o Infecciones respiratorias frecuentes. o Fibromialgia.
- Tratamiento farmacológico actual: o Nebulizaciones con Promixin. o Atrovent 3 inhalaciones cada 8-12h. o Flixotide 250, 2 inhalaciones. o Ventolin 2-4 inhalaciones (si precisa).
- Funciones pulmonares: o Espirometría:
Capacidad vital forzada (CVF): 114%. Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1): 89%. FEV1/CVF: 60%. Obstrucción.
- Diagnóstico por la imagen: o Tomografía axial computarizada (TAC): Bq LLLI, LSD, línula y LM. Bq quística LID.

Exploración Física

- Estática: o Peso: 62kg. o Talla: 159cm. o Índice de masa corporal (IMC): 24,52. Normopeso.
- Dinámica: o Inspiración: bucal. o Ventilación torácica: correcta. o Movilidad torácica:
Axilar: 3cm. Xifoidea: 5´5cm. o Auscultación: crepitantes. Crujidos MF en bases I>D.
- Síntomas: Tos: productiva. Expectoración: abundante y en ocasiones en forma de broncorrea. Espudo purulento. Hemoptisis. Disnea: no presenta.
- Parámetros funcionales: Frecuencia Respiratoria (FR): 19 respiraciones por minuto (rpm). Frecuencia Cardíaca (FC): 72 latidos por minuto (lpm). Saturación de Oxígeno (SpO2): 97%. Tensión Arterial (T/A): 116/68.

4 Resultados

Tratamiento de Fisioterapia:

- Drenaje postural: al menos dos veces al día, excepto durante los episodios de hemoptisis en los que estará contraindicado.

Debe de colocarse al paciente en una posición en la que las secreciones drenen por gravedad.

- El clapping y las vibraciones del tórax son maniobras útiles crean ondas vibratorias que desenganchan las mucosidades de las paredes de las vías aéreas para facilitar su expulsión.
- Ventilación abdominodiafrágica: es una técnica que consiste en realizar respiraciones utilizando el músculo diafragma en todo su recorrido. La inspiración se realizará por la nariz, descendiendo el diafragma, y se verá una salida del abdomen hacia anterior, después se expulsa el aire por la boca a la vez que se introduce el abdomen. El ritmo debe ser lento y la respiración profunda. Se practica en varias posiciones de manera que tenga influencia en varias zonas del pulmón.
- Técnicas de drenaje de secreciones: aumento del flujo espiratorio, lento y a bajo volumen; el aire sale lento, y moviliza las mucosidades de las vías más distales. Consiste en realizar una inspiración por la nariz seguida de una espiración por la boca con la glotis abierta de tal forma que eliminamos el aire de manera lenta y relajada. Se puede realizar en varias posiciones. ELTGOL: con esta técnica se trabaja el volumen de reserva espiratorio, con el objetivo de movilizar las secreciones más distales. Cuando vaya a espirar, se le pide que saque el aire con la boca en forma de "O". Se le ayudará a realizar la máxima espiración siguiendo el ritmo del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La Fisioterapia Respiratoria es uno de los tratamientos fundamentales y obligados en este tipo de pacientes ya que pueden obtenerse múltiples ganancias. Lo ideal es aplicar una terapia individualizada teniendo en cuenta, entre otros factores, la edad y el grado de afectación. Es imprescindible que la práctica se realice de forma regular y en la mayoría de los casos, varias veces al día.

Así pues, son innumerables los beneficios de esta disciplina en el diagnóstico que acabamos de ver. Entre ellos, se pueden destacar los siguientes:

- Mejora el drenaje de secreciones para minimizar las infecciones respiratorias, ayudando a evitar la aparición de complicaciones y la disminución de la capacidad pulmonar.
- Incrementa la ventilación pulmonar, evitando la acumulación de secreciones en ciertas zonas pulmonares.

- Aumenta la tolerancia al ejercicio físico del paciente, evitando la pérdida de masa muscular y la aparición de disnea.
- Mejora la calidad de vida del paciente y disminuye las complicaciones y los ingresos.

Ofrece al paciente la posibilidad de participar activamente en el tratamiento de su enfermedad, ayudando a controlar y estabilizar los síntomas.

6 Bibliografía

1. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU.
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
3. Seco Calvo J. Sistema Respiratorio: métodos, fisioterapia clínica y afecciones para fisioterapeutas. Editorial médica panamericana. 2018.
4. Benítez Pérez RE, Torre Bouscoulet L, Villca Alá N, Del Río Hidalgo RF, Pérez Padilla R, Vázquez García JC et al. Espirometría: recomendaciones y procedimiento. Neumol Cir Torax Vol. 75 - Núm. 2:173-190. Abril-junio 2016.
5. Los tres pilares del tratamiento en la fibrosis quística. Federación Española de Fibrosis Quística.

Capítulo 604

EL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO BASADO EN LAS TECNOLOGÍAS DE JUEGO Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS MAYORES

CRISTINA GARCÍA ALAS

1 Introducción

Debido a los patrones de envejecimiento, la atención centrada en la vejez saludable y activa se ha ido extendiendo como medio de prevención sobre el deterioro funcional de la persona mayor, convirtiéndose en un desafío social común. Este envejecimiento saludable, se caracteriza por la prevención de la enfermedad y discapacidad así como, por el mantenimiento de la función física, cognitiva y la participación en actividades sociales. Por tanto, una acción específica como forma de abordar este hecho, vienen siendo el desarrollo de la tecnología de la información y comunicación como manera de mantener activa y con movilidad independiente por un mayor tiempo a las personas mayores.

No debemos olvidar que, al añadir el componente de fragilidad en los adultos mayores, estos se vuelven de manera particular más susceptibles a la pérdida de aquellos componentes que se encuentran relacionados con la salud en general como son, el tamaño muscular y en mayor medida la potencia en la musculatura así como, la aptitud física en cuanto al equilibrio y el tiempo de reacción y todo

ello, responde a una gran relevancia socioeconómica por tanto, el ejercicio es altamente recomendable aunque el mantenimiento de la motivación hacia el mismo y por tanto su adherencia se convierte en una tarea difícil (McCaskey MA, Schättin A, Martin-Niedecken AL, de Bruin ED, 2018). Es por ello que, la baja adherencia al tratamiento convencional fisioterapéutico por parte de las personas mayores, está dando paso al estudio de las tecnologías como forma de intervención.

No solamente el estudio de la comparación entre los beneficios que podrían ser reportados por la introducción de las tecnologías frente al tratamiento convencional sino también, las intervenciones basadas en las tecnologías y sus efectos sobre la prevención de las caídas en las personas mayores están siendo analizadas en comparación a la fisioterapia convencional (Choi SD, Guo L, kang D, Xiong S, 2017) y esto es así ya que, el 45 % de la población mayor de 75 años sufre de caídas y su estilo de vida inactivo y los cambios fisiológicos relacionados con la edad, pueden conducir a un rendimiento físico reducido y por tanto al riesgo de caídas, convirtiéndose estas en un problema social importante que da lugar a problemas en la salud física, social y psicológica del mayor y consecuentemente a mayores costes en la atención (Junhyuck Park, JongEun Yim, 2016).

Hipótesis

- ¿De qué modo las tecnologías de la información y comunicación repercuten sobre la funcionalidad, movilidad y prevención de caídas en las personas mayores, logrando un envejecimiento saludable y activo?
- ¿Podrían generar mayor adherencia al tratamiento fisioterapéutico de las personas mayores la utilización de dichas tecnologías frente al tratamiento convencional?

2 Objetivos

- Recuperar la evidencia científica que, permita conocer la repercusión que las tecnologías de la información y comunicación generan sobre las personas mayores y de forma concreta sobre la funcionalidad, movilidad y prevención de caídas permitiendo un envejecimiento saludable y activo.
- Determinar si, el tratamiento fisioterapéutico basado en la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación y de manera más concreta la realidad virtual, podrían generar una mayor adherencia al tratamiento de las personas mayores.

3 Metodología

Bases de datos utilizadas Pubmed: términos: technology AND physical exercise AND aging. Artículos: 73.

Términos: game technology AND physical exercise AND aging. Artículos: 3. Totales: 76.

SciELO: términos: technology AND physical exercise AND aging. Artículos: 4. Totales 4.

Términos: El tratamiento fisioterapéutico basado en las tecnologías de juego y su repercusión sobre la calidad de vida en los mayores Artículos: 7. Totales: 14

- Criterios de inclusión y exclusión:

Participantes: personas de 65 ó más años.

Estudios en inglés o español.

Tipos: ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Excluidos los que no cumplan criterios de calidad científica.

Texto completo.

Humanos.

Hombres y mujeres.

Año de publicación: desde el 2009 hasta la fecha.

4 Resultados

Todas aquellas actividades que se llevan a cabo de manera diaria, comprenden la interacción entre la función motora-cognitiva y esto desde un punto de vista evolutivo ya que, las tareas cotidianas siempre han sido una interconexión entre ambas funciones sin embargo, las intervenciones dirigidas a las personas mayores, han estado basadas por lo general en un entrenamiento físico y por otro lado, en entrenamiento cognitivo habiéndose demostrado que, la combinación de ambos tipos de entreno podría dar lugar a más cambios beneficiosos sinérgicos y así mismo, a efectos positivos si la combinación se realiza de manera simultánea (McCaskey MA, Schättin A, Martin-Niedecken AL, de Bruin ED, 2018).

Entendiéndose que, el ejercicio convencional puede no ser todo lo atractivo que se quisiera, existe la necesidad de desarrollar ideas innovadoras de tratamiento basadas en las nuevas tecnologías con enfoques holísticos en los que se integre la parte física, cognitiva y social, apoyando de esta manera el funcionamiento global

del individuo y facilitando la participación de éste (McCaskey MA, Schättin A, Martin-Niedecken AL, de Bruin ED, 2018).

En la actualidad, las tecnologías de la información y la comunicación dirigidas a las personas mayores se desplaza hacia nuevos servicios, aplicaciones y dispositivos con objetivo de prevenir, compensar, y/o mejorar el funcionamiento de estas personas en su vida diaria.

Teniendo en cuenta todo ello, la tecnología basada en juegos refieren ser prometedores como un tipo de intervención que pueda mejorar la función física de las personas mayores y con pocos eventos adversos sobre los mismos. En la actualidad, algunos estudios han evaluado su eficacia aunque no existe una descripción y discusión objetiva a cerca de las diferentes tecnologías, las funciones físicas dirigidas y los problemas de seguridad que pudiesen estar relacionados con las personas mayores que los utilicen (Skjæret N, Nawaz A, Morat T, Schoene D, Helbostad JL, Vereijken B, 2016).

Un tipo de tecnología como es la realidad virtual, puede aportar la capacidad de evaluar así como de aumentar la rehabilitación tanto cognitiva como motora en una gran variedad de condiciones de estímulo que llegan a ser de muy difícil control y cuantificación en el mundo real. Por tanto, existe la posibilidad de utilizar dicha realidad virtual con el objetivo de rehabilitar, mantener y mejorar los procesos que se van viendo mermados por el propio proceso de envejecimiento logrando así, el equilibrio en la interacción entre la función sensorio-motriz y las demandas cognitivas y a su vez, beneficios de un entrenamiento específico de tarea y actividad física regular (Lange BS, Requejo P, Flynn SM, Rizzo AA, Valero-Cuevas FJ, Baker L, Winstein C, 2010).

Para lograr que las personas mayores mantengan la independencia en lo relativo a sus actividades cotidianas, es necesario que en estos se mantengan condiciones como fuerza y potencia muscular, equilibrio, resistencia aeróbica, flexibilidad entre otros por ello, los ejercicios de tipo funcional son beneficiosos en su mantenimiento. Estos ejercicios dentro una tecnología, deben considerar frecuencia, intensidad, número de repeticiones, progresión para su ejecución así como, las condiciones anteriormente mencionadas como son fuerza y potencia muscular, equilibrio, resistencia aeróbica y flexibilidad entre otros con objetivo del rendimiento físico y funcional de la persona mayor.

Por su parte, un profesional cualificado como un fisioterapeuta, seguirá la capacitación de la persona mayor teniendo en cuenta tanto las necesidades de la per-

sona como las posibles complicaciones que pudiesen darse para que la ejecución de dichos ejercicios sea llevada a cabo de una forma segura (Santos, Cláudia Márcia Ventura Teixeira; Andrade, Janaína Alves de; Amorim, Alyne do Carmo; Garcia, Patricia Azevedo; Carvalho, Gustavo Azevedo; Vilaça, Karla Helena Coelho, 2010).

Al margen de lograr un mayor rendimiento físico y funcional existe una conciencia creciente en la investigación de que la tecnología basada en juego y en especial aquellos que requieren del movimiento global del cuerpo suponen ser un potencial reductor de las caídas en las personas mayores aumentando la salud general y calidad de vida de los mismos. La principal ventaja que muestran este tipo de juegos, es la combinación del ejercicio junto al entretenimiento que supone en las personas mayores aunque, la motivación que estos generan a largo plazo y el uso sostenible de ejercicio y juego por parte de estas personas sigue sin estar clarificado es por ello que, en el diseño de estos juegos es crucial comprender los valores, comportamientos, actitudes, prácticas y experiencias de las personas mayores con respecto a las tecnologías en tanto que, la usabilidad, la experiencia y aceptación juegan un importante papel. Es importante que, el diseño del juego debe considerar las diferencias de género para que dicho sistema sea agradable tanto para aquellos usuarios masculinos como femeninos (Daryoush D. Vaziri, Konstantin Aal, Corinna Ogonowski, Thomas Von Rekowski, Michael Kroll, et al, 2016).

La marcha, era considerada como una actividad motora automatizada que requería de un aporte cognitivo mínimo de nivel superior así, parecería lógico que la prevención de caídas en las personas mayores estuviese centrada de manera principal en ejercicios basados en aspectos físicos como son entrenamiento de fuerza y equilibrio pero, las deficiencias motoras y sensoriales en las caídas están moderadas en parte por las funciones ejecutivas por ello, algunas de las causas de los trastornos de la deambulación también pueden ser atribuidas a cambios en las funciones ejecutivas o superiores. Es por ello que, las intervenciones cognitivas también muestran efectos de transferencia al funcionamiento físico.

Por tanto, el objetivo del uso de las tecnologías como medio de entrenamiento es poder manipular los aspectos del entrenamiento a voluntad a través de intervenciones computarizadas como pueden ser a parte de la realidad virtual, aquellos sistemas basados en biofeedback así, en este último el equilibrio dinámico puede ser controlado sobre una plataforma de fuerza donde la retroalimentación visual proporciona información sobre el centro de los movimientos de presión, y en la realidad virtual por su parte, la creación de entornos que permiten a los usuarios

interactuar con imágenes y objetos virtuales que aparecen en dicho entorno en tiempo real a través de múltiples modalidades sensoriales. Estos juegos por tanto, inducen beneficios cognitivos en las personas mayores y pueden ser una estrategia de entrenamiento transfiriéndose a tareas relacionadas con la actividad física.

Las intervenciones cognitivo motoras utilizadas a través de estos medios, afectan positivamente sobre el funcionamiento físico es decir, sobre el control postural, habilidades para caminar y sobre las funciones generales de las extremidades superiores e inferiores y en definitiva sobre la funcionalidad de la persona mayor (Giuseppe Pichierri, Peter Wolf, Kurt Murer, Eling D de Bruin, 2011).

Es importante destacar que, este tipo de intervenciones innovadoras requieren que la persona se oriente, asista, comprenda, recuerde, planifique y ejecute respuestas apropiadas a las señales visuales de la pantalla.

Por su parte la repetición, es importante tanto para el aprendizaje motor como para los cambios corticales que lo inician así, la práctica repetida ha de estar vinculada al éxito incremental en alguna tarea y objetivo por ello, las intervenciones basadas en la computarización son una herramienta muy poderosa que proporciona la práctica repetitiva, retroalimentación sobre el desempeño y motivación para soportar dicha práctica mostrando a su vez el beneficio de poder ser adaptada en función al rendimiento motor del individuo y aumentar de forma progresiva la dificultad de la tarea.

Cabe señalar que, la realidad virtual frente a la terapia convencional provoca movimientos en un entorno más seguro pudiéndose moldear y clasificar de acuerdo al individuo así como, brinda a los usuarios la oportunidad de explorar de forma independiente aumentando así su sentimiento de autonomía al dirigir su propia experiencia terapéutica. De igual modo, la capacidad de control del entorno virtual permite la coherencia en la forma en que se entregan los protocolos terapéuticos y se registra el rendimiento del usuario permitiendo la comparación más precisa del rendimiento a lo largo del tiempo y tratamiento.

Otro aspecto destacable es que, el uso de estas tecnologías puede desviar la atención del usuario en cuanto al dolor que pudiese estar presente, ocurriendo cuanto más involucrado se sienta en la actividad (Giuseppe Pichierri, Peter Wolf, Kurt Murer, Eling D de Bruin, 2011).

Un ejemplo de realidad virtual que reporta ser efectivo sobre la mejora de la fuerza muscular en extremidades superiores y fuerza de agarre así como, el equilibrio en sedestación y bipedestación es el entrenamiento en kayak. Este tipo

de juego, produce mejoras en las funciones cognitivas gracias al mecanismo de afrontamiento que las personas mayores tienen que emplear frente a diversas situaciones que no se pueden predecir en la realidad virtual y la demanda de cambios direccionales en el frente, atrás, izquierda y derecha por lo que, los cursos correctos de respuesta física influyen de forma positiva en las funciones cognitivas (Junhyuck Park, JongEun Yim, 2016).

Por su parte el ejercicio terapéutico como parte de tratamiento convencional fisioterapéutico, puede conllevar riesgos para la persona mayor dado el deterioro fisiológico relacionado con la edad como es la osteoporosis y la sarcopenia por lo que, el ejercicio terapéutico puede ser una opción inapropiada para muchas personas mayores (Thwe Zar Chi Htut, Vimonwan Hiengkaew, Chutima Jalayondeja, Mantana Vongsirinavarat, 2018).

Las aplicaciones tecnológicas por tanto, se representan como nuevas cuando se asocian a la propuesta de ejercicios funcionales y con destino la persona mayor siendo cada vez más importante desarrollar proyectos que promuevan una relación entre el uso de estas tecnologías y la actividad física cuando se habla de proceso de envejecimiento. Por tanto, las tecnologías se muestran como un recurso innovador y aliado a la promoción de la salud de las personas mayores (Santos, Cláudia Márcia Ventura Teixeira; Andrade, Janaína Alves de; Amorim, Alyne do Carmo; Garcia, Patricia Azevedo; Carvalho, Gustavo Azevedo; Vilaça, Karla Helena Coelho, 2010).

5 Discusión-Conclusión

La combinación simultánea del entrenamiento físico y cognitivo dentro de la tecnología como medio prometedor sobre la mejora en la función y con escasos eventos adversos, podría dar lugar a más cambios beneficiosos en la persona mayor. Dentro de esta, la realidad virtual puede aportar la capacidad de aumento de la rehabilitación físico-cognitiva con gran variedad de condiciones de estímulo. Los juegos que incluyan ejercicios funcionales deben considerar frecuencia, intensidad, número de repeticiones, trabajo de fuerza y potencia muscular, equilibrio, resistencia aeróbica y flexibilidad entre otros, para mantener y/o mejorar el rendimiento físico y funcional y en definitiva la independencia en las actividades diarias, siendo el fisioterapeuta quien seguirá la capacitación, ejecución y utilización de la tecnología con objetivo de llevarse a cabo de forma correcta y segura. En concreto, aquellos juegos que requieren del movimiento global del cuerpo, suponen ser un potencial reductor de las caídas en estas personas.

En definitiva, las intervenciones cognitivo motoras utilizadas en estos medios, afectan positivamente al funcionamiento físico (control postural, habilidades para caminar y funciones generales de las extremidades superiores e inferiores) y funcionalidad del mayor. También, proporcionan con la práctica repetitiva retroalimentación sobre el desempeño y motivación y adaptación al rendimiento motor así como, aumento progresivo del nivel de dificultad de la tarea. Así, la realidad virtual frente a la terapia convencional provoca movimientos en un entorno más seguro y brinda la posibilidad de dirigir su propia experiencia terapéutica dotando de mayor autonomía. También, permite la comparación más precisa del rendimiento a lo largo del tiempo y tratamiento.

Por su parte el ejercicio terapéutico por sí solo como parte de tratamiento convencional fisioterapéutico, puede conllevar riesgos para la persona mayor dado el deterioro fisiológico relacionado con la edad como es la osteoporosis y sarcopenia. Por tanto, las tecnologías se muestran como un recurso innovador y aliado a la promoción de la salud de las personas mayores así, pueden ser utilizadas de forma efectiva en entornos clínicos hospitalarios teniendo en cuenta que, las personas mayores se motivan más y cumplen con el entorno computarizado en comparación con programas convencionales de entrenamiento físico. Así, este tipo de intervención puede involucrar a las personas mayores que de otro modo no mostrarán interés aunque, sería necesario realizar estudios que determinasen aquellos eventos adversos derivados del uso de tecnologías basadas en el juego así como, y teniendo en cuenta que estos juegos requieren que la persona se oriente, asista, comprenda, recuerde, planifique y ejecute respuestas apropiadas a las señales visuales de la pantalla, desarrollar estudios que innoven en la posibilidad de adaptación del juego para que personas mayores con niveles cognitivos menores pueden verse beneficiadas.

Por último, sería interesante que se estudiase a cerca de la motivación a largo plazo de las personas mayores y los juegos así como, sobre el uso sostenible de estas tecnologías.

6 Bibliografía

1. Choi SD, Guo L, Kang D, Xiong S. Exergame technology and interactive interventions for elderly fall prevention.
2. Cláudia Márcia Ventura Teixeira Santos, Janaína Alves de Andrade, Alyne do Carmo Amorim, Patricia Azevedo Garcia, , Gustavo Azevedo Carvalho, , Karla Helena Coelho Vilaça. Application on mobile platform “Idoso Ativo” (Active Ag-

ing): exercises for lower limbs combining technology and health . *Fisioterapia em Movimento*. 2018;31.

3. Daryoush D. Vaziri, Konstantin Aal, Corinna Ogonowski, Thomas Von Rekowski, Michael Kroll, Hannah R. Marston, Rakel Poveda, et al. Exploring user experience and technology acceptance for a fall prevention system: results from a randomized clinical trial and a living lab. *Eur Rev Aging Phys Act*. 2016;13: 6.

4. Giuseppe Pichierri, Peter Wolf, Kurt Murer, Eling D de Bruin. Cognitive and cognitive-motor interventions affecting physical functioning: A systematic review. *BMC Geriatr*. 2011;11:29.

5. Junhyuck Park, JongEun Yim. A New Approach to Improve Cognition, Muscle Strength, and Postural Balance in Community-Dwelling Elderly with a 3-D Virtual Reality Kayak Program. *Tohoku J Exp Med*. 2016;238(1):1-8.

6. Lange BS, Requejo P, Flynn SM, Rizzo AA, Valero-Cuevas FJ, Baker L, Winstein C. The potential of virtual reality and gaming to assist successful aging with disability. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2010; 21 (2): 339-56.

7. McCaskey MA, Schättin A, Martin-Niedecken AL, de Bruin ED. Making More of IT: Enabling Intensive Motor Cognitive Rehabilitation Exercises in Geriatrics Using Information Technology Solutions. *Biomed Res Int*. 2018: 4856146.

8. Skjæret N, Nawaz A, Morat T, Schoene D, Helbostad JL, Vereijken B. Exercise and rehabilitation delivered through exergames in older adults: An integrative review of technologies, safety and efficacy. *Int J Med Inform*. 2016;85(1):1-16.

9. Thwe Zar Chi Htut, Vimonwan Hiengkaew, Chutima Jalayondeja, Mantana Vongsirinavarat. Effects of physical, virtual reality-based, and brain exercise on physical, cognition, and preference in older persons: a randomized controlled trial. *Eur Rev Aging Phys Act*. 2018; 238: 15:1-8.

Capítulo 605

DISMINUCIÓN DE DIMENSIÓN VERTICAL BRUSCA Y DOLOR MUSCULAR.

SARA GARCÍA FERNÁNDEZ

LAURA FERNANDEZ LOPEZ

1 Introducción

La dimensión vertical en oclusión (DVO), es la posición vertical del maxilar y la mandíbula cuando los dientes superiores están contacto con los inferiores en la posición más cerrada, lo que determina también la altura vertical facial (1).

La DVO está determinada por la contracción repetitiva de los músculos elevadores y un cambio en ella puede desencadenar en algunos pacientes una alteración neuromuscular (2). Una disminución de la dimensión vertical también puede dar lugar a una compresión en el espacio retrodiscal donde hay muchas terminaciones nerviosas causando dolor (1). En este caso veremos una paciente que acude a la consulta odontológica por sensación de presión en una zona de la boca desde hace unos meses y su abordaje desde el punto de vista de la odontología y la fisioterapia.

2 Objetivos

Tras la historia clínica y exploración de la paciente tenemos como objetivo desde el punto de vista odontológico el aumento de dimensión vertical y desde el punto

de vista fisioterapéutico reducir cargas adversas para disminuir el dolor y devolver la funcionalidad a la articulación.

3 Caso clínico

Paciente de 62 años acude a la consulta odontológica por sensación de presión en el cuarto cuadrante que le agrava por las tardes desde hace unos meses. Ha acudido a varios especialistas y no parece haber causa aparente. Lo primero se realiza una exhaustiva historia clínica. La paciente no tenía ninguna enfermedad importante ni nada reseñable a no ser que nos comenta que es desdentada total desde hace poco tiempo. Anteriormente le quedaban varias piezas dentales las cuales se le extrajeron todas a la vez.

Se descarta con pruebas radiológicas que pueda ser un problema óseo o de un posible resto radicular remanente. A la palpación tiene dolor muscular en el pterigoideo interno e inserción del digástrico por lo que se decide derivar al fisioterapeuta.

La fisioterapeuta adjunta el siguiente informe: tras una valoración exhaustiva por parte del equipo de odontología la paciente acude a la consulta de fisioterapia, relata dolor y presión en la zona de la ATM, tras exploración observo dolor a la palpación del pterigoideo derecho y dolor en zona insercional del digástrico derecho.

El objetivo de este tratamiento será reducir cargas adversas para disminuir el dolor y devolver la funcionalidad a la articulación. En este tipo de patologías musculoesqueléticas los síntomas suelen remitir completamente sin efectos adversos pero en ocasiones los síntomas y signos causantes de estos desequilibrios pueden dar lugar a situaciones de dolor crónico. Con el fin de evitar esta situación es importante recalcar la importancia de la intervención de un equipo profesional multidisciplinar (3).

El tratamiento de elección para esta paciente consiste en realizar movilizaciones específicas de la atm ya que se observan restricciones en la movilidad articular de la atm en este caso debido a limitaciones musculares del movimiento del cóndilo por aumento del tono muscular.

También hemos realizado un tratamiento de puntos gatillos miofasciales (PG) que son zonas musculares hipersensibles a la palpación, estos puntos gatillos activos o latentes le estaban ocasionando a la paciente dolor local y dolor referido que

se le reproducía con estímulos mecánicos. Tras el tratamiento fisioterapéutico la paciente nota mejoría pero aún tiene molestias. Decidimos entonces rehabilitar con prótesis completas superior e inferior para recuperar la dimensión vertical perdida.

4 Resultados

Tras el tratamiento fisioterapéutico y el aumento de dimensión vertical con la colocación de dos prótesis completas removibles la paciente refiere estar muy contenta y sin dolor, hemos conseguido solucionar su problema.

5 Discusión-Conclusión

Un cambio en la dimensión vertical, especialmente de forma brusca, ocasiona problemas articulares y musculares que deben ser tratados lo más tempranamente posible para no agravarse. Es muy importante explicarles a los pacientes lo importante que es mantener las piezas dentarias y en caso de perderlas, reponerlas ya que no solo se necesitan para poder masticar sino para que todo esté en armonía. Resulta fundamental como hemos visto un tratamiento multidisciplinar.

6 Bibliografía

- (1) García Fajardo Palacios C. Dimensión vertical y dolor craneomandibular.GD. 2008; 191:150-168.
- (2) E.Dawson P,C. Cranham J. Manual del dentista completo. 202-212.
- (3) Parra González A*, Medina Ramos M** y De La Hoz Aizpúrua JL***. Papel de la fisioterapia en disfunción craneomandibular. RCOE .2013;18(3):195-199.

Capítulo 606

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA

YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN

1 Introducción

Con el paso de los años nuestro cuerpo sufre una serie de cambios fisiológicos, entre ellos se encuentra la disminución de la capacidad de respuesta ante diversas situaciones. Las incontinencias no sólo afectan a la salud física sino que también afectan al estado psicológico y a las relaciones sociales.

2 Objetivos

Identificar los síntomas con el fin de obtener un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado que permita mejorar la calidad de vida del paciente.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintos libros y revistas médicas y varias páginas de Internet.

4 Resultados

Para un buen diagnóstico se debe hacer un registro de al menos 24h., anotando cantidad de líquido ingerido y número y volumen de las micción es voluntarias y número y volumen de las pérdidas involuntarias. También se hará un estudio

de enfermedades latentes, fármacos que se toman, estado mental y funcional y una exploración física donde se comprobará el tono o estado del esfínter, vagina o próstata.

Existen varios tipos de incidencia urinaria entre los que distinguimos:

- Aguda o transitoria: es la que se inicia ante una enfermedad o tratamiento y no dura más de cuatro semanas.

- Crónica: es la que persiste más de cuatro semanas. Entre ellas distinguimos:

Incontinencia urinaria de esfuerzo : normalmente es la población femenina quien más la padece. Se debe a una debilitación de la musculatura pélvica originado normalmente por los partos. Suele producirse por un aumento repentino de la presión abdominal (reír o toser).

Incontinencia urinaria de urgencia : es la más frecuente en la ancianidad, se debe a una hiperactividad del músculo detrusor de la vejiga. Cuando se sienten ganas de orinar no se puede retrasar la micción. Estas pérdidas son tanto diurnas como nocturnas.

- Incontinencia urinaria por rebosamiento: se debe a una sobredistensión de la vejiga. No evacua bien, normalmente por una obstrucción mecánica (alteraciones de próstata, estenosis uretral...), por una contracción de la vejiga o por una disnergia vesicoesfínteriana.

- Incontinencia urinaria funcional: entre las causas más frecuentes se encuentran las barreras arquitectónicas, pérdida de la capacidad funcional o el deterioro cognitivo.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento siempre irá en función del tipo de incontinencia y pacientes. La prevención es la mejor forma de evitar, retrasar y disminuir la incontinencia, por lo que se debe tener en cuenta una serie de pautas :

- Ejercicios para fortalecer la musculatura pélvica.
- Controlar y limitar el consumo de alcohol y cafeína ya que son irritantes.
- Redistribuir la ingesta de líquidos durante todo el día.
- Facilitar la evacuación cada 2 o 4 horas.
- Facilitar y adaptar el acceso al baño.

6 Bibliografía

- ANDRADE M.T.,GOMEZ M., FERNANDEZ P., Educación para la salud en el ámbito gerontológico. MADRID. ESCUELA DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD. 2012.
- VILA M.A.,GALLARDO M.J., Incontinencia urinaria, una visión desde atención primaria.
- WWW.Observatorio de la incontinencia.es/incontinencia urinaria php.
- WWW.MEDLINEPLUS.GOV.
- WWW.MAYOCLINIC.ORG.

Capítulo 607

CÁNCER DE RECTO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

LUCÍA MERA MARTÍNEZ

BELEN BLANCO GUTIERREZ

REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA

DESIREE FERNANDEZ CUESTA

1 Introducción

El cáncer de recto está englobado dentro del adenocarcinoma colorrectal. Éste se encuentra entre las primeras causas de muerte por cáncer en la mayoría de países desarrollados. Surge del revestimiento del recto y es altamente curable si se detecta en etapas tempranas.

Se desconoce la causa exacta, pero hay factores que pueden aumentar el riesgo como: mayor de 50 años, antecedentes familiares de cáncer de colon especialmente en padres o hermanos, pólipos rectales, antecedentes personales de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn...

2 Objetivos

Conocer mediante la explicación de un caso clínico cómo ayudan las técnicas de imagen tanto en el diagnóstico como en la estadificación de la enfermedad.

3 Caso clínico

Paciente varón de 63 años acude a su centro de salud con los siguientes síntomas:

- pérdida de peso inexplicable
- estreñimiento
- sangre roja y negra en heces
- dolor abdominal continuo
- hinchazón abdominal
- cansancio continuo

Se llevan a cabo varias pruebas en el mismo centro: examen físico, pruebas de heces y analíticas. Se deriva al urólogo y se practican un tacto rectal digital y una proctoscopia. Se decide también realizar una colonoscopia con biopsia. Finalmente se realiza una resonancia magnética de pelvis.

4 Resultados

Tras confirmarse el diagnóstico los especialistas decidirán el tratamiento. Las imágenes de Resonancia Magnética ayudarán mucho en la localización exacta del tumor y facilitarán la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Resaltar el papel relevante de la Resonancia Magnética en la estadificación local de cáncer de recto, superior a la ecografía endoanal en la afectación del peritoneo y más precisa en la determinación de la proximidad del tumor a la fascia mesorrectal.

6 Bibliografía

- www.cancer.org
- www.scielo.conicyt.cl
- www.fascrs.org
- www.aecc.es

Capítulo 608

MAMOGRAFIAS: DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

PABLO LOZA ROMERO

1 Introducción

El cáncer de mama constituye un importante problema de Salud por su elevada incidencia y mortalidad. En los últimos veinte años la probabilidad de desarrollar un cáncer de mama en una mujer occidental ha pasado de 1 sobre 20 a 1 sobre 11. De ahí la importancia de establecer programas de detección para disminuir esos casos.

La supervivencia de las mujeres que desarrollan este tumor está en relación con el estadio diagnóstico y con el tratamiento adecuado.

2 Objetivos

- Detección precoz del tumor.
- Reducir la mortalidad por esta causa ,iniciando lo antes posible los tratamientos adecuados

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre un estudio realizado en la comunidad autónoma de Canarias. El estudio se realizó durante 3 años (2014_2017). Se analizó el programa de detección precoz realizando mamografías a la población diana elegida (mujeres entre 50_64 años), que aproximadamente eran unas 130000. El

programa incluía mamografías bilaterales cada 2 años. Se derivó a los hospitales de referencia, todos aquellos hallazgos en los que el radiólogo consideraba preciso completar estudios. Una vez confirmado el diagnóstico se darían de baja en el programa y seguirían su tratamiento hospitalario.

Los recursos utilizados para realizar el programa eran: un radiólogo, un TER y un. Aux administrativo, aparte de los recursos materiales como un mamógrafo de alta calidad, chasis adecuados etc.

4 Resultados

De las 130000 mujeres elegidas para el programa, 120000 acudieron a realizar la mamografía. Entre ellas se derivaron al hospital a 3000 casos en los que el radiólogo decidió completar estudios.

Fueron detectados 2100 casos de tumores que con el diagnóstico precoz iniciaron tratamiento de inmediato en los hospitales de referencia. El número de fallecimientos fue de 410 casos.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los programas de detección precoz de cáncer de mama, mediante la realización de una mamografía bilateral, se pueden detectar a tiempo tumores que con un tío de inmediato reducirá la mortalidad por esta causa.

6 Bibliografía

- Adjuvant radiotherapy for breast cancer significantly improves overall survival: the missing link. J Van de Steene, G Soete and G Storme. *Radiotherapy and Oncology* 55, 263-272. 2000.
- Adjuvant Therapy of Primary Breast Cancer. 7 th Internacional Conference. 21-24 de Febrero de 2001, St. Gallen, Suiza.
- Adjuvant Therapy for Breast Cancer. NIH Consensus of Development Conference. *J. Natl Cancer Inst. Mongr* 2001; 30:1-152.
- Adjuvant radiotherapy and chemotherapy in node-positive premenopausal women with breast cancer. *N Engl J Med* 1997;337:956-962.
- ASCO special Article. Postmastectomy radiotherapy: guidelines of the American society of clinical oncology. A Recht et al. *J clinical oncology*, vol 19, no 5,

2001:1539-1569.

Capítulo 609

CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA EN LA SALUD DENTAL

MARÍA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ

1 Introducción

La sobrevaloración del aspecto físico, promovida por la publicidad y los medios de comunicación, puede generar una gran ansiedad, especialmente en las mujeres, apareciendo los denominados trastornos de la alimentación. Tanto la anorexia como la bulimia nerviosa son enfermedades con repercusiones muy graves, crónicas en muchos casos, cuyo tratamiento es largo y complicado, que conllevan un gran sufrimiento personal, familiar y que pueden provocar incluso la muerte.

La anorexia se da por la gran influencia de los medios que muestran el estereotipo de una mujer “hermosa” (también en hombres) demasiado esbelta y superficial, por lo que la juventud ha tratado de imitar, aunque ha llegado a extremos. Por lo mismo, se crean la idea de que la esbeltez es sinónimo de belleza, aunque no tomen en cuenta otros rasgos.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es ayudar a los odontólogos, estomatólogos e higienistas dentales en el reconocimiento y diagnóstico de un paciente que sufra algún trastorno alimenticio que pueda afectar a su salud dental. La relevancia de nuestro papel para su diagnóstico radica en que estas lesiones en la cavidad bucal pueden ser irreversibles.

3 Metodología

Se ha utilizado Scielo/Medline/Pubmed como motor de búsqueda para la pesquisa bibliográfica. También se ha hecho una búsqueda manual basada en referencias bibliográficas del artículo de revisión recientes . Además se han consultado algunos libros de texto para documentación adicional.

Palabras clave: anorexia, bulimia, trastorno alimenticio, dientes.

Desde el punto de vista psiquiátrico se duda una causa exclusivamente biológica, dado que los datos de prevalencia ubican a estos pacientes dentro de un estrato socioeconómico medio-alto. Se ha propuesto la siguiente secuencia de eventos:

- La causa principal en la mayoría de los casos es psicogénica.
- La reacción psicogénica influye sobre los centros hipotalámicos del apetito, aboliendo la sensación del hambre y sobre núcleos encargados de la liberación de gonadotrofinas produciendo amenorrea.
- La anorexia conduce a hipofagia, disminución del aporte calórico, desnutrición, desaparición de tejido adiposo y acentuación del catabolismo proteico.

En la bulimia no se conoce causa determinante, la naturaleza episódica e incontrolada de la conducta alimentaria ha hecho que muchos investigadores infieran en que la bulimia pueda ser debida a razones psicológicas de represión en aspectos referentes a aprensividad, conducta sexual, desaprobación personal, control o manipulación del ambiente externo, baja autoestima y amor propio, etc., aunque tanto como en la anorexia, los factores culturales y la depresión influyen de manera determinante. Fisiológicamente también se han encontrado participación de algunos neuroquímicos de los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico, se sabe que las manipulaciones y estados naturales que aumentan su síntesis, reducen el apetito especialmente para carbohidratos y trastornan los mecanismos de la saciedad.

4 Resultados

La naturaleza de estos trastornos, comúnmente ensombrece los problemas dentales. Debido a la naturaleza psicológica de estos pacientes, pueden mostrar poco o nulo interés en su cuidado de salud general y bucal, sin embargo, aunque las manifestaciones dentales de este tipo de padecimientos no atentan contra la vida, son las únicas manifestaciones que no pueden ser revertidas, por lo que requieren de reconocimiento y un tratamiento preventivo oportuno. Dentro de las prin-

cipales manifestaciones bucodentales, en los pacientes anoréxicos y bulímicos se encuentran: descalcificación y erosión del esmalte, caries extensa, sensibilidad dental a estímulos térmicos, alteraciones en la mucosa bucal y tejidos periodontales, sialoadenosis y xerostomía, pérdida de la integridad de las arcadas, disminución de la capacidad masticatoria y antiestética, así como queilosis, mordida abierta anterior y restauraciones que sobresalen por encima de los dientes erosionados (pseudo-sobreobtusión). Las manifestaciones bucales y complicaciones dentales principales, se describen a detalle a continuación:

- Erosión del esmalte: Es la lesión dental típica de estos pacientes. Existe ausencia de pigmentos exógenos sobre las superficies erosionadas, lo cual además marca un indicio activo de la enfermedad. La erosión no se presenta hasta que la regurgitación ha estado presente en forma continua por lo menos durante dos años consecutivos.
- Queilitis: En los pacientes bulímicos se presentan queilitis provocadas por diferentes causas: los vómitos autoinducidos, las variaciones del equilibrio electrolítico producen deshidrataciones, que hacen que la epidermis de los labios se encuentre más sensibilizada a las agresiones externas como pueden ser los ácidos de los vómitos. Por pérdida de la dimensión vertical. La más característica de estos pacientes, es la queilitis aguda, que se caracteriza por la presencia de escamas, vesículas y costras.
- Caries: Una excesiva ingestión de carbohidratos y una pobre higiene bucal puede resultar en un aumento en prevalencia a caries dental. Medicamentos prescritos ocasionalmente en estos pacientes pueden contribuir de igual manera, tales como tabletas de dextrosa, vitamina C, bebidas ricas en sacarosa... Tal vez existan adicionalmente cambios en la flora bacteriana de los microorganismos cariogénicos como *S. mutans* y lactobacilos. En estos pacientes puede existir grados variables de xerostomía asociada a deshidratación, estados permanentes de ansiedad y secundario a medicación depresora del SNC.
- Sialodenois: Se asocia con los vómitos continuos, su causa real se desconoce. Aunque por muchos años se ha reconocido la asociación entre la mala nutrición y crecimiento de las glándulas salivales. La sialodenois de parótidas y ocasionalmente submaxilar, puede ser notable en pacientes con bulimia, a menudo en compañía de xerostomía que se complica con ansiedad y depresión común en estos pacientes, la sialodenois puede persistir después de un tiempo en que la bulimia y anorexia hayan sido revertidas o puede desaparecer espontáneamente.
- Periodonto: Los trastornos periodontales son comunes en los pacientes con padecimientos alimentarios, siendo el más prevalente la gingivitis. El índice de placa es más favorable en los pacientes bulímicos que en los anoréxicos, siendo la

salud gingival, medida por el índice gingival mejor en los pacientes con anorexia.

- Mucosa: Se ve afectada entre otras cosas por xerostomía, la falta de hidratación y lubricación aumenta la tendencia a la ulceración e infección, además de eritema a consecuencia de irritación crónica por el contenido gástrico, afectando a la mucosa de revestimiento esofágica, faríngea, palatina y gingival manifestándose con eritema y dolor (disfagia), aunado a las posibles laceraciones, por la autoinducción del reflejo nauseoso.

5 Discusión-Conclusión

El primer paso en el tratamiento dental es la instrucción y educación de aspectos como causas de erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y tejidos bucales. El cuidado correctivo y preventivo exhaustivo puede comenzar al tener certeza del manejo médico y control del problema de fondo, a menos de tratarse de casos de emergencia donde se recomienda sólo el manejo estabilizador del dolor y ambiente bucal sin intentar cubrir etapas completas del plan de tratamiento dental, para evitar fracasos y tratamientos restaurativos.

Aspectos importantes en los que se encuentran en etapas activas del padecimiento o en etapas de remisión-exacerbación incluyen aquellos preventivos, como revisiones continuas, protección del esmalte con fluoruro y específicamente en aspectos de higiene, si el paciente vomita, es recomendable el enjuague vigoroso después del episodio idealmente adicionando un poco de bicarbonato de sodio o hidróxido de magnesio, evitando el cepillado vigoroso para no acelerar la erosión. Al ser un padecimiento difícil de confesar por el paciente dadas las prácticas en las que incurrir y el sentimiento de culpa, es importante un escrupuloso interrogatorio resaltando aspectos de actitud mental y emotiva, hábitos dietéticos, ejercicio, uso de medicamentos (laxantes, diuréticos, anoréxicos, etc.) y control de peso, así como observar meticulosamente signos físicos de la enfermedad como sialoadenosis, erosión dental y cambios en piel del dorso de mano.

El carácter odontológico tiene relevancia, no porque sus manifestaciones bucodentales sean graves o pudieran poner en peligro la vida, sino por ser las únicas que no pueden ser revertidas, razón por la cual deben ser debidamente reconocidas preventivamente y tratadas oportunamente.

Es necesario vincular las distintas áreas de la salud para entender más sobre el tema y abordarlo integralmente, no solo como un síntoma aislado de otras en-

fermedades, o como una mera curiosidad médica, sino como un síndrome bien definido, dado que es usual que este tipo de trastornos alimentarios tengan solamente interés de carácter investigativo en áreas exclusivas de la salud como la nutrición, cuando se demuestra que tienen aristas iguales o más importantes para la salud integral, como el estado anímico y psicológico de los pacientes por mencionar algunos.

6 Bibliografía

- HAZELTON, LR; FAINE, MP Diagnóstico y manejo dental de pacientes con trastornos alimentarios. *Int J Prosthodont* , v. 9, no. 1, p. 65-73, enero de 1996.
- TRAEBERT Jefferson, MOREIRA Emília Addison Machado. Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui. Odontol. Bras.*
- Gay ZÓ, Ramírez RGE. Anorexia y bulimia nerviosa. Aspectos odontológicos. *Rev ADM* 2000; 57 (1). Páginas: 23-32.
- Nachón GMG, Hernández PTG, Félix LGA, Flores GC. Manifestaciones Bucales en Pacientes Anoréxicos y Bulímicos de Tipo Compulsivo Purgativo. *Rev Med UV* 2003; 3 (2). Páginas: 17-28.
- Mendoza J. y Nistal O. Impacto de los trastornos de la conducta alimentaria en el aparato masticatorio (Contribución del odontólogo a un diagnóstico precoz). *REVISTA AETCA Volumen 1 No. 3 diciembre 1998.*

Capítulo 610

PROYECCIÓN DE MANDÍBULA DESENFILADA EN RADIOLOGIA

OLAYA NAVES MUÑIZ

MARTA PEDREGAL QUINTANAL

1 Introducción

En Radiología existen diferentes estudios para la visualización correcta de la mandíbula. Dependiendo de lo que se quiera visualizar en dicha radiografía, utilizaremos diferentes técnicas o proyecciones para ver con claridad la zona deseada.

2 Objetivos

- Analizar la proyección axiolateral de mandíbula. Esta proyección tal utilizada en muchos servicios de radiología es el estudio unilateral del maxilar inferior sin superposición del maxilar opuesto.
- Evaluar los beneficios de dicha proyección como la visualización de la apofisis cigomática, apofisis coronoides, condilo, el canal dentario inferior y el inicio de la columna cervical. Para que todos estos objetivos se cumplan el paciente no puede moverse ni respirar durante la realización de la radiografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se establecen los siguientes pasos:

Preparación: quitar cualquier objeto radiopaco de la zona a radiografiar.

Posición: hay dos formas de realizarlo:

-Paciente con la cabeza de lateral. El cuerpo estará en PA. La placa se centra a la altura de la oreja del lado afectado. Se obtiene la mandíbula opuesta a la que se incide.

-Paciente en lateral estricto. A partir de aquí, inclinación lateral de la cabeza hacia el lado afectado formando un ángulo de 25° respecto al RC.

Referencias de centrado:

Posición 1.

- Los ejes. el PSM será paralelo al chasis, la L IP será perpendicular y la LOM será paralela al eje transversal del chasis.

- Incidencia: Por debajo del ángulo de la mandíbula (debajo de gonion).

- Angulación. el rayo central será 25° craneal.

Posición 2.

- Los ejes. la L o M será paralela al eje transversal del chasis.

- Incidencia. por debajo del ángulo de la mandíbula debajo de gorrión.

- Angulación. el rayo central será perpendicular al plano de examen.

Por último, se deben evaluar los factores de exposición:

- DFP. 1 metro.

- Bucky. Si.

- Chasis. 18x24 cm , transversal.

- Colimación. Desde la mandíbula hasta la oreja.

5 Discusión-Conclusión

Según la patología que se sospeche se tendrá que elegir la proyección más adecuada que permita el diagnóstico más preciso.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 611

DIAGNOSTICO DE LUXACIÓN DE HOMBRO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

DESIREE FERNANDEZ CUESTA

LUCÍA MERA MARTÍNEZ

BELEN BLANCO GUTIERREZ

REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA

1 Introducción

Una luxación es la pérdida de contacto completa y permanente entre las superficies articulares, que provoca una alteración claramente visible e irreductible del miembro superior, por lo que requiere una posterior reducción y tratamiento para evitar recidivas. La luxación de hombro es una de las más frecuentes por ser la articulación con mayor movilidad del organismo formada por varias estructuras óseas, musculares, tendinosas y ligamentosas del miembro superior.

La etiología es diversa siendo en un gran porcentaje de veces producida por traumatismos o caídas aunque en ocasiones podría ser espontánea debido a hiperlaxitud o por la contracción muscular tras sufrir una crisis epiléptica.

2 Objetivos

- Visualizar y valorar la articulación glenohumeral a través de rayos x en radiografía simple, TAC (tomografía axial computarizada) o RM (resonancia mag-

nética), permitiendo establecer un diagnóstico radiológico e identificar la posible luxación. En caso de luxación confirmar el grado (luxación o subluxación), la cronología (habitual, aguda, crónica, congénita) o dirección (multidireccional, unidireccional, posterior anterior superior e inferior). Observar geometría y estabilidad articular, capsula glenoidea, fibrocartílagos, tendón del bíceps, músculos rotadores.

- Evaluar lesiones óseas (fracturas, afectaciones en la capsula o cabeza humeral, en troquíter), lesiones en el manguito rotador o lesiones capsuloligamentosas (como el desgaste o afectación del rodete glenoideo o labrum) y su tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente varón de corta edad (7 años), asmático, sin antecedentes destacables, acude a urgencias hospitalarias tras sufrir una caída en una competición hípica. Es trasladado hasta el hospital por su madre, expresa dolor en el hombro derecho con limitación del movimiento y alteración en el relieve además de alargamiento del miembro referido.

Tras una anamnesis con la correspondiente exploración física se procede a administrar un analgésico por vía intravenosa con el fin de paliar el dolor para poder realizar otro tipo de intervenciones complementarias, como radiografías simples de hombro. Previo a la realización de la radiografía debemos explicar al paciente con terminología adecuada la prueba a realizar, con la intención de reducir el miedo o ansiedad que pueda experimentar. Realizaremos radiografías en diversas proyecciones (AP , AXIAL O ROTACIONES) utilizando el mandil plomado para proteger zonas especialmente radiosensibles.

4 Resultados

- Análisis exhaustivo de la imagen radiológica obtenida, se confirma la luxación posterior del hombro, se procede a realizar medidas terapéuticas clave para facilitar la reducción del mismo.
- Tratamiento: posterior a la reducción es posible la necesidad de una 2ª radiografía de control, que verifique que la cabeza humeral se encuentra dentro de la cavidad glenoidea permitiendo de nuevo la máxima funcionalidad de la articulación. El paciente es dado de alta, con medidas de inmovilización (un sling) para mantener la correcta posición del brazo durante unos 10 días acompañado

si precisa de analgesia habitual.

5 Discusión-Conclusión

La proyección de RX simple de hombro permite el diagnóstico y tratamiento de numerosas afecciones del tipo luxación, facilitando su reducción con el menor riesgo posible y la mayor rapidez y eficacia.

6 Bibliografía

- García Pérez Eduardo, Ferrer Lozano Yovanny, Morejón Trofimova Yanett. Luxación de hombro en el niño. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2015

Capítulo 612

DOSIMETRIA

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

La dosimetría hace referencia a la medición, análisis y control de las dosis de radiaciones ionizantes en diversas áreas en las que se utilizan diferentes equipos de imagen diagnóstica. La creciente utilización de radiación ionizante en los distintos campos ha hecho que se incrementen las medidas de protección radiológicas.

Los estudios radiológicos producen una exposición parcial del organismo que se consigue mediante la colimación del haz y la utilización de blindajes sobre determinadas zonas corporales. El blindaje se utiliza cuando existen tejidos u órganos muy sensibles a la radiación.

La protección radiológica del paciente es un aspecto muy importante del trabajo del técnico especialista.

2 Objetivos

- Establecer la dosimetría, como objetivo principal para asegurar la protección de los individuos, su descendencia así como de la población actual y futura en su conjunto contra los factores adversos de las radiaciones ionizantes, sin impedir aquellas actividades que utilizando radiaciones ionizantes sean beneficiosas para la sociedad.
- Establecer los métodos de protección en tres factores, siendo el primero el de mayor importancia y el tercero el de menor y no por ello menos importante:

La distancia entre el haz de radiación y la persona este quiere decir que la dosis recibida de un haz de rayos x es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia a dicha fuente con una distancia mínima de dos metros.

El tiempo de permanencia en el lugar expuesto tiene que ser siempre el mínimo posible .

El blindaje del material absorbente entre el haz de rayos x y la persona , con un espesor suficiente para que la reducción de la dosis alcance los valores apropiados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, en cuanto a la delimitación de zonas de seguridad radiológica en el ámbito sanitario. Estableciéndose este proyecto de investigación:

Para realizar una clasificación de las zonas de radiación dividimos las zonas en dos : la zona controlada y la zona vigilada, siendo cada una identificada con un símbolo (trébol de tres hojas de color).

La zona controlada: es aquella en la que se puede recibir dosis efectivas superiores a 6 mSv por año o una dosis equivalente para la piel , las extremidades y el cristalino. El símbolo sera el trébol de color verde sobre un fondo blanco.

Dentro de la zona controlada hacemos una subdivisión:

- Zona de permanencia limitada , aquí el trébol será de color amarillo sobre fondo blanco y nos indica que existe riesgo de recibir una dosis superior a los limites fijados en el Real Decreto .
- Zona de permanencia limitada , será señalada con trébol de color naranja sobre fondo blanco y nos indicará que hay riesgo de recibir una dosis superior a los limites fijados en cortos periodos de tiempo y que requiere tener unas prescripciones especiales.
- Zona de acceso prohibido, aquí el trébol será de color rojo sobre fondo blanco y

en estas zonas existe el riesgo de recibir en una única exposición , dosis superiores a los limites de dosis establecidos.

Zona vigilada: en esta zona encontraremos un trébol de color azul grisáceo sobre fondo blanco .

En esta zona al no ser controlada cabe la posibilidad de recibir radiaciones con dosis efectivas mayores a 1 mSv por año oficial o una dosis equivalente superior a 1/10 de los limites de dosis equivalentes para piel , extremidades y cristalino .

4 Bibliografía

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes paginas web, así como en varios libros de protección radiológica y experiencia en el servicio de radiodiagnostico .

Capítulo 613

PRUEBAS RADIOLÓGICAS UTILIZADAS PARA ESTUDIAR EL SISTEMA URINARIO

BEATRIZ SUÁREZ VELASCO

1 Introducción

El sistema urinario es un conjunto de órganos encargados de la producción, almacenamiento y expulsión de la orina. A través de la orina se eliminan del organismo los desechos nitrogenados del metabolismo y otras sustancias tóxicas.

Partes del sistema urinario:

- Dos riñones.
- Dos uréteres.
- La vejiga urinaria.
- La uretra.

Unidad básica del sistema excretar humano:

La nefrona o nefrón es la unidad estructural y funcional básica del riñón, responsable de la purificación de la sangre.

2 Objetivos

- Identificar y describir las diferentes pruebas empleadas podemos diagnosticar las diferentes patologías del riñón, destacamos:
- Urografía Excretora

- Ecografía o Ultrasonido
- PAAF
- TAC
- RM
- Arteriografía

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Se identifican las siguientes pruebas diagnósticas:

I. UROGRAFÍA EXCRETORA:

Es un tipo de examen que se usa para evaluar los riñones, los uréteres y la vejiga. También conocida como pielograma intravenoso. Se realiza utilizando RX convencionales, luego de la administración intravenosa de agentes de contraste radiográficos.

Técnica mínimamente agresiva y contraindicada especialmente en pacientes sensibles a la acción farmacológica del contraste.

II. ECOGRAFÍA O ULTRASONIDO

Examen seguro e indoloro en el cual se utilizan ondas sonoras para obtener imágenes de los riñones, los uréteres y la vejiga.

La ecografía urológica(renal, vesical y prostática) es una prueba utilizada por los urólogos de forma rutinaria en casi todos los pacientes que acuden a consulta con algún síntoma.

Se usa habitualmente para la valoración de riñón, vejiga, próstata, testículo y pene. No implica ningún riesgo ya que no emplea radiación. Con esta prueba podemos demostrar:

- El tamaño de los riñones
- Señales de lesiones en los riñones
- Anomalías presentes desde el nacimiento
- Presencia de obstrucciones o piedras en los riñones
- Complicaciones de una infección del tracto urinario

III. PAAF:

Prueba diagnóstica que consiste en la extracción de una muestra total o parcial de tejido para ser examinada al microscopio por el patólogo. Antes de su realización hay que agotar todos los procedimientos no invasivos.

Técnica invasiva, en la mayoría de los casos no hay complicaciones, pero siempre existe un riesgo.

El Síndrome Nefrótico es la primera indicación en nuestro país y la menos discutida en general.

IV. TAC RENAL o URO-TAC:

Se usan radiografías y tecnología informática para producir imágenes transversales del cuerpo, llamadas cortes y genera imágenes detalladas de la parte del cuerpo a estudio(huesos, músculos, grasa, órganos y vasos sanguíneos). Suele realizarse con y sin contraste (oral e intravenoso).

Podemos realizarlo en busca de :

- Tumores u otras lesiones
- Obstrucciones tales como cálculos renales
- Abscesos
- Enfermedad del riñón poliquístico
- Defectos de nacimiento

V. RM RENAL:

Es muy importante en este estudio obtener imágenes en los tres planos de espacio (coronal, sagital y axial) en los que visualicemos ambos riñones. Estudio en cuatro fases: Basal, Arterial, Venosa y Tardía.

Se usa con menos frecuencia que el TAC.

Los medios de contraste que contienen gadolinio pueden aumentar el riesgo de que las personas con insuficiencia renal grave tengan una enfermedad poco frecuente pero grave llamada " Fibrosis Sistémica Nefrogénica".

VI ARTERIOGRAFÍA:

Radiografía especial de los vasos sanguíneos de los riñones. El radiólogo guía el catéter hasta la posición correcta con la ayuda de imágenes radiográficas del cuerpo y el fluoroscopio envía las imágenes a un monitor de TV donde las podremos visualizar.

El catéter se empuja hacia adelante sobre el alambre hasta la aorta, luego entra en la arteria renal y se usa contraste para ver las arterias en las radiografías. Obtenemos imágenes muy claras, detalladas y precisas de los vasos sanguíneos. Es un método diagnóstico invasivo para visualizar el sistema arterial.

Con ella podemos demostrar:

- La presencia de tumores
- Estrechamiento de la arteria o aneurismas
- Coágulos sanguíneos
- Fístulas
- Sangrado en el riñón

Todas las pruebas realizadas sirven para valorar los riñones, los uréteres y la vejiga urinaria. Con casi todas podemos ver: tamaño, lesiones, anomalías, obstrucciones, litiasis, tumores, abscesos, enfermedad del riñón poliquístico e incluso defectos de nacimiento y con otras podemos ver su citología.

Cuando queremos valorar si hay extensión del tumor podremos utilizar: la gammagrafía ósea, la radiografía simple de tórax, tomografía por emisión de positrones (PET) y el PET/CT SCAN entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Son pruebas que utilizan radiaciones ionizantes, ondas electromagnéticas y ultrasonidos.

Algunas no conllevan ningún riesgo como por ejemplo la ecografía y otras si. Unas no son invasivas y otras sí lo son.

Pero queda totalmente demostrado que gracias a ellas podemos diagnosticar las enfermedades del aparato urinario y sus diferentes patologías.

6 Bibliografía

- Por medlinePlus(octubre 2006). "Pielografía intravenosa". Enciclopedia médica en Español.
- Rady Childrens Hospital-San Diego. [www. rchsd.org](http://www.rchsd.org).
- www.revistanefrologia.com.
- www.mayoclinic.org.

Capítulo 614

VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN ESPAÑA

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

PATRICIA BUENO MEANA

1 Introducción

El virus del papiloma humano es una de las enfermedades de transmisión sexual que más afecta en nuestro país y no solo a las mujeres, también los hombres sufren sus efectos, aunque a día de hoy aun se desconoce y con el paso del tiempo va cogiendo más fuerza en la sociedad actual.

2 Objetivos

- Determinar los grupos de edad a los que se debe de suministrar la vacuna

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Se debe vacunar toda la población que esté entre los 9 y 45 años de edad, siendo más efectiva en aquellas personas que aun no se han iniciado en la vida sexual.

5 Discusión-Conclusión

La vacuna frente al virus del papiloma humano es un gran alivio en la sociedad actual, ya que esta enfermedad está teniendo cada vez más incidencia en nuestra sociedad.

La vacuna frente al virus del papiloma humano protege contra los tipos: 16 y 18 del VPH, los cuales causan la gran mayoría de los casos de cáncer de cervix; 6 y 11 del VPH, los cuales son causantes de verrugas genitales; 31,33,45,52 y 58 del VPH, que además de causar cáncer de cervix también pueden causar cáncer de pene o incluso cáncer de garganta.

Concienciar a la población de la importancia de esta vacuna, ya que puede evitar complicaciones futuras.

6 Bibliografía

- <https://www.cancer.gov>
- <https://www.cancer.net>
- <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/hpv/index.htm>

Capítulo 615

AMNIOCENTESIS

JULIA MARIA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La amniocentesis es una prueba prenatal común en la cual se extrae una pequeña muestra del líquido amniótico que rodea al feto para analizarla.

La amniocentesis se utiliza con frecuencia durante el segundo trimestre de embarazo (por lo general entre 15 y 18 semanas después del último período menstrual de la mujer) para diagnosticar o, con mucha mayor frecuencia, descartar la presencia de ciertos defectos cromosómicos y genéticos.

2 Objetivos

- Identificar la idoneidad de la amniocentesis y finalidad de la misma.
- Evaluar las indicaciones de la amniocentesis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Amniocentesis: prueba rutinaria y se realiza únicamente si el médico sospecha alguna anomalía que no pueda detectarse mediante otras pruebas, lo cual constituiría una interferencia seria en el embarazo.

Las células desprendidas y que flotan en dicho líquido sirven para obtener un recuento exacto de cromosomas y para detectar cualquier estructura cromosómica anormal. También es posible determinar la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono presentes en el líquido y averiguar si el feto está recibiendo suficiente oxígeno o corre algún riesgo. En casos de incompatibilidad Rh, el contenido de bilirrubina en el líquido indicará si el bebé requiere una transfusión intrauterina.

La amniocentesis se realiza para determinar si el bebé tiene:

- Alguna aneuploidía como el síndrome de Down (trisomía del par 21).
 - Alguna enfermedad que afecte las funciones metabólicas, neurológicas, etc.
- El sexo del bebé se puede determinar estudiando algunas células de la piel, y así es posible averiguar si ha heredado algún trastorno relacionado con el sexo.
- No obstante la finalidad de este procedimiento no es conocer el sexo del feto y tras su realización existe un cierto riesgo de aborto (por hemorragia o infección) por lo que si no hay una indicación médica no se recomienda su realización.

Indicaciones de la amniocentesis:

- Mujer mayor de 35 años, edad a partir de la cual aumenta considerablemente el riesgo de anomalías cromosómicas.
- Antecedentes familiares de alteración cromosómica.
- Diagnóstico con vistas a interrupción del embarazo.
- Observación de anomalías o medidas mal durante la ecografía.

5 Discusión-Conclusión

Debido a los posibles riesgos de la amniocentesis, la prueba es voluntaria. Supone un 1% de riesgo de aborto espontáneo; un porcentaje mínimo que, sin embargo, hace que las futuras mamás se lo piensen dos veces antes de realizar la amniocentesis. Aunque la amniocentesis no es obligatoria, sí es un método infalible para detectar la presencia de enfermedades del tubo neural en el bebé, confirmar que sus pulmones se están desarrollando correctamente e identificar posibles infecciones uterinas.

En cualquier caso, es la madre la que en última instancia ha de valorar las ventajas

y desventajas de la amniocentesis y tomar una decisión. Un consejo es que se consulten todas las dudas que se tengan a un médico y decidir o no hacer la amniocentesis con toda la información sobre la mesa.

La realización de la amniocentesis se hace tras un examen con un escáner, para determinar la posición del feto y la placenta, se inserta en el útero, sin anestésico local, una aguja larga. Se retiran unos 14 cm³ de líquido de la bolsa amniótica, que se centrifuga para separar las células desprendidas del feto del resto del líquido. Estas se cultivan durante un período de entre 2 y 5 semanas.

Los resultados de la amniocentesis tardan unas tres semanas. Aparte de esto existe una prueba genética, denominada FISH (Hibridación fluorescente in situ), con la cual en 48 h, podemos saber si el feto tiene alteraciones en los pares de cromosomas, 21, 18, 13 o alteraciones en los cromosomas sexuales X e Y, a la vez que nos informa del sexo fetal.

La prueba puede enfocarse a determinadas regiones cromosomales, no dándonos información de las restantes.

Otro problema habitual en la amniocentesis es la presencia de mosaicismo en las células recogidas. Es muy común que se detecten casos de mosaicismo pero que no siempre van a ser correctos. De hecho, la mayoría de los mosaicismos encontrados en estas pruebas no corresponden al verdadero cariotipo del feto. Realmente se dan más casos de mosaicismo en los tejidos extraembrionarios que en los tejidos embrionarios. Normalmente se busca que una concordancia perfecta entre células de la placenta y del feto.

6 Bibliografía

- <https://r.search.yahoo.com>
- RP, Oliver RWIn; The risks of mid-trimester amniocentesis, being a comparative, analytical review of the major clinical studies. Saford University 1986.

Capítulo 616

PRUEBA DEL PAPANICOLAOU

JULIA MARIA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La prueba de Papanicolaou (llamada así en honor de Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana de cáncer), también llamada citología vaginal, es una exploración complementaria que se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino.

La prueba de Papanicolau es un examen barato, fácil y simple que cualquier médico o enfermera puede realizar . La muestra obtenida debe ser analizada por personal cualificado con formación específica. Su uso ha reducido las muertes por cáncer de cérvix en más del 50 %.

El objetivo de esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces.

El cáncer cervicouterino es una enfermedad 90 % prevenible, si la prueba de Papanicolau se realiza regularmente. Esta prueba deben realizársela todas las mujeres que hayan iniciado su vida sexual una vez al año durante dos o tres años consecutivos, y si los resultados son negativos se repetirá cada tres a cinco años en caso de no haber factores de riesgo y hasta los 65 años. Si existen factores de riesgo para cáncer de cuello de útero (inicio a temprana edad de relaciones sexuales, infección por virus del papiloma humano, enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, multiparidad, inmunodepresión o toma de anticonceptivos orales) el seguimiento tendrá que ser anual.

La técnica de Papanicolau puede aplicarse también a la citología de otros órganos, desde material expectorado de las vías respiratorias hasta un cepillado endoscópico gástrico, así como un hisopado nasal o rectal.

2 Objetivos

- Establecer el lugar de recolección de la muestra.
- Describir la prueba de Papanicolau.
- Evaluar los posibles resultados citológicos de dicha prueba.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las muestras utilizadas para esta prueba se toman de tres sitios:

- Endocérvix, que es el orificio que comunica con el útero.
- Cérvix, que es la parte más externa del útero, y que comunica directamente con la vagina.
- Vagina

Si el estudio se realiza durante el embarazo, la muestra no se tomará del endocérvix, sino únicamente del cuello uterino externo y la vagina.

La prueba de Papanicolau consiste en:

- La persona se acuesta sobre una camilla ginecológica y coloca las piernas en estribos con el fin de ubicar la pelvis para el examen.
- El que toma la muestra introduce el espéculo vaginal, y abre ligeramente para observar el interior de la cavidad vaginal.
- Se toma una muestra de células del exterior y del canal del cuello uterino, raspando suavemente en su exterior con un hisopo o con una espátula de madera o plástico, se retira el fluido del cuello uterino .

- Las células se colocan sobre un portaobjetos de vidrio y se la fija con spray, y luego se envían al laboratorio para su análisis.

Aunque se trata de una prueba con baja sensibilidad (50-60 %) y una alta tasa de falsos negativos (30 %), en muchos casos se trata de errores en la toma de muestra o del laboratorio. Puede mejorarse la técnica usando la citología en medio líquido que consiste en diluir la muestra en una solución fijada para su procesamiento (eso permite además el estudio de infección por virus del papiloma humano).

- Si el resultado es positivo, según las circunstancias particulares y el resultado concreto de cada caso, existen diversas opciones: puede realizarse de nuevo la toma después de transcurridos seis meses o incluso realizarse un examen llamado colposcopia, que permite observar la lesión sospechosa in situ y tomar biopsia. Un profesional de la salud es quien debe orientar a la paciente, teniendo en cuenta todos los datos de la historia clínica.

Los resultados anormales se clasifican siguiendo el sistema Bethesda:

- Anomalías de las células escamosas (SIL) o células escamosas atípicas de significado incierto (ASC-US), células escamosas atípicas sugestivas de alto grado (ASC-H).
- Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (L-SIL), lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL) o Carcinoma de células escamosas (SCC).
- Anomalías de las células epiteliales glandulares (AGC), las células glandulares atípicas no especificados en otra (AGC-NOS) .
- Células glandulares atípicas que sugieren neoplasia (AGC-Neo) o Adenocarcinoma in situ endocervical (AIS) o Adenocarcinoma (AC).

5 Discusión-Conclusión

El examen de Papanicolaou es un examen que deben realizarse todas las mujeres, en especial las mujeres sexualmente activas y mujeres de 35 - 64 años de edad y grupos de alto riesgo como mujeres de grupos sociales marginados y mujeres que han tenido vida sexual a temprana edad, que han sido diagnosticado H.P.V. (virus de papiloma humano).

Para realizar el procedimiento de la técnica de Recolección de muestra para papanicolaou, la auxiliar de enfermería tiene que aplicar la técnica enmarcada con la norma de control de calidad, basado en los cocimientos científicos y entrenamiento necesario para obtener una muestra segura que contribuya al diagnos-

tico.

6 Bibliografía

- Lacruz Pelea C. Citología ginecológica de Papanicolaou a Bethesda. Editorial Complutense; 2003. ISBN 84 - 7491 - 717 - 4
- Apgar, Brotzman, Spitzer. Colposcopia principios y práctica. Editorial Mac Graw Hill; 2003. ISBN 970- 103642- 5

Capítulo 617

TIPOS DE EMISIONES RADIATIVAS

MARTA MARIA CASTRILLON FERNANDEZ

EVA MARIA GARZON CANDELA

1 Introducción

La radioactividad es la propiedad que tienen determinados elementos químicos de emitir radiaciones, procedentes de su núcleo, transformándose en otros elementos diferentes o en isótopos de sí mismos.

2 Objetivos

-Definir los tipos de radiactividad presentes en radiología.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Los tipos de radiactividad presentes en radiología son:

- La radiactividad alfa: son emisiones de núcleos de átomos de helio, se caracterizan por tener un número de protones igual a dos, un número de neutrones igual a dos, un número masico igual a cuatro, que es la emisión natural más pesada, y una carga eléctrica igual a dos.
- La radioactividad beta: constituye diferentes procesos radiactivos que poseen en común el resultado final. Es decir, una vez que el radionúcleo sufre la desintegración el resultante mantiene su número de núcleones idéntico, tiene el mismo número masico variando el número de protones y por ellos son isobaros.
- La radiactividad gamma: es la emisión de radiación electromagnética por parte de núcleos radiactivos en forma de fotón. Se caracteriza por un número atómico igual a cero, un número masico igual a cero y una carga eléctrica igual a cero.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer los tipos de radiactividad presentes en radiología en nuestra profesión, para así protegernos ante una emisión de estos.

6 Bibliografía

Revisión bibliográfica en distintas bases de datos como lo son Medline, Pubmed, Scielo.

Capítulo 618

DETERMINACIÓN DE DROGAS DE ABUSO EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS - SESPA

M.AMPARO RODRIGUEZ BRAGA

INMACULADA JUNCO LARIA

ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE

ALICIA VALLES TORRICO

MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ

1 Introducción

El Laboratorio Clínico juega un papel esencial en el funcionamiento de los servicios de urgencia hospitalarios y otros que requieren de un tiempo de respuesta rápido dadas las características del tipo de paciente atendido (urgencias, uci). En los últimos años se ha producido un aumento progresivo y significativo de la demanda de pruebas urgentes al laboratorio, entre las que se encuentran, las drogas de abuso y tóxicos.

La diferencia entre una droga y un fármaco, viene dada por matices de tipo instrumental y social.

- El que sea el individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica.
- Que el objetivo sea distinto al de la curación de una patología.

De hecho algunas sustancias pueden ser consideradas drogas o fármacos según el contexto.

Las drogas de abuso son sustancias de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción , el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento), susceptibles de ser autoadministradas y que dañan o amenazan con dañar la salud física, mental o el bienestar social del individuo.

De el tipo de muestra empleado depende en parte el objetivo del análisis, si las muestras son de sangre, orina , saliva, siendo la orina la muestra de elección, por ser fácilmente manipulable y con un intervalo de tiempo de detección bajo, análisis de metabolitos.

El término ” drogas de abuso” hace referencia a un grupo de sustancias que se utilizan al margen de las indicaciones o dosis terapéuticas y cuyo consumo conlleva cuadros clínicos físicos y conductuales caracterizados por tolerancia y dependencia. En el contexto de la urgencia médica estas determinaciones serán requeridas en los casos de sobredosis o de intoxicación En este tipo de situaciones el resultado se proporciona de forma rápida.

Una droga es básicamente algo que cambia la manera de pensar o sentir. Se pueden dividir en varios grupos : analgésicos, depresores (del SNC), alucinógenos y estimulantes.

2 Objetivos

- Enumerar la muestra más usada en la determinación de drogas de abuso en el laboratorio de urgencias.
- Describir el procedimiento de recogida, así como su análisis.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos sobre el análisis de muestras para la detección de drogas de abuso en laboratorio. Para ello, se ha realizado una búsqueda en revistas indexadas en las bases de datos principales como Scielo y Pubmed.

Las palabras clave utilizadas son: laboratorio, drogas, análisis.

4 Resultados

- La muestra más usada en la determinación de drogas de abuso en el laboratorio de urgencias es la orina, por ser la vía de excreción más importante para las drogas y sus metabolitos, siendo sus concentraciones más altas y permaneciendo más tiempo que en otros especímenes biológicos.

- El procedimiento de recogida es sencillo y no invasivo. La prueba se realiza con Kits comerciales, procedimientos analíticos de inmunoanálisis y cromatográficos que detectan gran cantidad de metabolitos de drogas importantes, entre las principales drogas de abuso. Existe un catálogo de pruebas en el Laboratorio de Urgencias en España donde el Grupo de Trabajo de la Sección de Toxicología Clínica de la Asociación Española de Toxicología (AETOX) propone como mínimo la disponibilidad de un panel que incluya el análisis mediante ensayos cualitativos de : anfetaminas, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, metadona, THC (cannabís), Opiáceos, benzodiazepinas, cocaína, heroína, metadona y drogas de diseño.

Con estos test se puede saber de forma rápida y fiable, si ha habido consumo de drogas en los últimos 2 o incluso 30 días dependiendo de la droga y del tiempo que se lleve abusando de ella.

El método es fácil y rápido de utilizar, tan solo necesita una muestra de orina de la persona a la que se le vaya a realizar el test y en 5 minutos se obtienen los resultados con una fiabilidad del test de un 99 %. La realización de la medida de la creatinina evitaría una posible adulteración de la muestra.

Los resultados de drogas en orina, solo indican la presencia o ausencia de la sustancia medida informando como Negativo o Positivo. Por encima o por debajo del Cut-Off o "punto de decisión" no pueden hacerse interpretaciones fidedignas o exactas de la dosis administrada o el tiempo transcurrido desde que se consumió. En suero es muy útil determinar el consumo reciente de drogas y se utiliza también con frecuencia en los análisis toxicológicos forenses y post-mortem.

5 Discusión-Conclusión

Es importante el rápido análisis de la muestra de orina en un paciente intoxicado, ya que el usuario nunca sabe exactamente lo que es, lo que esta tomando. Aún sabiendo el nombre del fármaco, no conoce el efecto tan agresivo que una droga podría tener, incluso aunque lo haya ha tomado antes.

Además si se toman drogas inyectadas y luego se comparten los medios, hay riesgo elevado de contraer enfermedades como el SIDA o la hepatitis b o c. La mezcla de drogas o la toma de drogas con alcohol, es muy peligrosa y dañina para el organismo, sus efectos son imprevisibles.

Existen también en hospitales de referencia, la medida de ciertos tóxicos y drogas de abuso que requieren de metodología compleja, no disponibles en la mayoría de los laboratorios de urgencias.

El objetivo de la realización de estas pruebas en el laboratorio de urgencias, es llevar a cabo una actuación médica inmediata ya sea con fines diagnósticos o terapéuticos, ya que son cuadros clínicos inespecíficos, que requieren intervenciones médicas, orientadas sobre todo a mantener las constantes vitales y a la administración de antídotos cuando los haya.

Es importante la concienciación de la población del consumo de este tipo de sustancias y la repercusión que puede llegar a tener en su organismo. Gracias a las campañas de educación para la salud que existen hoy en día, el consumo de drogas se ha reducido en nuestro medio, pero aún queda mucho por hacer.

6 Bibliografía

1. Montero FJ, Calderón de la Barca JM, Jimenez I, Berlango A, Férula (I). Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España(I). Descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias*. 2000, 12, 226 - 36 .
2. Salinas M, López-Garridos M, Uris J, Leiva Salinas C, Resto de miembros del Grupo Piloto para Adecuación de la Demanda de Pruebas de Laboratorio (REDCONLAB) Variabilidad en la oferta y en la solicitud de determinaciones de Laboratorio en pacientes de servicio de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2014, 26, 450-8. 3. Internet

Capítulo 619

VISUALIZACIÓN DE LOS CONDUCTOS LÁCTEOS: GALACTOGRAFÍA.

SUSANA GARCÍA LUCES

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

MERCEDES ERICE ALVAREZ

NOELIA DE CON SANTOS

1 Introducción

Es una prueba intervencionista radiológica que utilizamos para valorar los conductos galactóforos y detectar lesiones intraductales por medio de la inyección de un medio de contraste radiopaco.

Mediante la realización de esta técnica se pueden detectar pequeñas masas, tanto benignas como malignas que pueden identificarse y pueden ser eliminadas en una fase temprana. Esta prueba identifica la ubicación de los tumores y sirve de gran ayuda al cirujano.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento a seguir para la realización de la galactografía.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se han realizado una consulta de libros y artículos científicos tanto en inglés como en español, publicados en bases de datos como Pubmed, Scielo y Cochrane desde el año 2006 hasta la actualidad.

4 Resultados

Se requiere de muy poca preparación para este procedimiento. El único requisito es que el pezón no sea apretado antes del examen, ya que a veces hay una pequeña cantidad de líquido y es necesario ver de dónde proviene para llevar a cabo el examen.

El técnico debe preguntar por la existencia de secreción mamaria e informar en caso y detección de la misma.

Debemos preguntar al paciente si toma alguna medicación y si tiene alguna alergia, sobre todo al contraste ionizado.

El material que se usa normalmente es un catéter con aguja punta roma, contraste de yodo, una jeringa y gasas.

Se requiere de unos exámenes previos como mamografías y análisis citológico del líquido del derrame.

Realizamos la galactografía a la paciente una vez que hemos dilatado el conducto para introducir el catéter e inyectar una pequeña cantidad de contraste. Le realizamos una mamografía y luego, tras una segunda inyección, le volvemos a realizar una segunda mamografía siempre intentado evitar la burbujas de aire.

5 Discusión-Conclusión

Es una técnica rápida, eficaz y de un coste bajo para detectar tumores en los conductos galactóforos. Esta prueba está indicada en caso de presencia de secreción a través del pezón por un único poro. Hoy en día hay también otras técnicas que son eficaces para detectar tumores en la mama pero son más costosas y no son tan específicas como esta.

6 Bibliografía

- Lam WW, Chu WC, Tang AP, Tse G, Ma TK. Papel de las características radiológicas en el tratamiento de las lesiones papilares de la mama. *AJR Am J Roentgenol* . Mayo de 2006; 186 (5): 1322-7.
- D'Ambrosio I, Savelli S, Ravazzolo N, Miozzi F, Angeletti M, Ballesio L. MRI vs galactografía en la evaluación de lesiones ductales en pacientes con secreción unilateral del pezón. *ECR 2009*.

Capítulo 620

HEMOFILIA A Y B: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS MOLECULARES Y CLÍNICAS

BEATRIZ RAMOS LORENZO

1 Introducción

La hemofilia A y B son trastornos hemorrágicos ligados al cromosoma X poco frecuentes causados por mutaciones en los genes que codifican el factor de coagulación VIII (FVIII) y el factor IX (FIX). La hemofilia A (HA) es más común que la hemofilia B (HB), con una prevalencia de uno de cada 5,000 nacimientos vivos masculinos en comparación con uno de cada 30,000, respectivamente

La gravedad de la enfermedad en la hemofilia se clasifica de acuerdo con el nivel plasmático de actividad de FVIII o FIX. La forma grave se define como un nivel de factor <1% de lo normal, la forma moderada como un nivel de factor de 1-5% y la forma leve con un nivel de factor > 5 y <40%. Los pacientes con hemofilia severa frecuentemente desarrollan hemorragias en articulaciones, músculos o tejidos blandos sin causa aparente. También pueden sufrir episodios de sangrado potencialmente mortales, como hemorragias intracraneales. Las personas con deficiencia de factor leve y moderada rara vez experimentan hemorragias espontáneas, y el sangrado excesivo ocurre principalmente después de un trauma o en asociación con procedimientos invasivos.

La actividad del factor residual generalmente se correlaciona bien con las características clínicas; sin embargo, pueden ocurrir fenotipos de hemorragia heterogéneos entre individuos con los mismos niveles de factor. [3]. Además,

aunque la HA y la HB generalmente se han considerado clínicamente indistinguibles con diferencias insignificantes en la gravedad y los resultados, varios estudios recientes cuestionan este concepto, lo que sugiere que los pacientes con HB podrían tener una tendencia a la hemorragia menos grave en comparación con los pacientes con HA con el mismo plasma residual nivel.

2 Objetivos

- Actualizar la evidencia científica existente entre las similitudes y diferencias de la hemofilia A y B como trastornos hemorrágicos y factores de coagulación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

En las dos bases se han buscado como descriptores: - hemofilia A - hemofilia B - cromosoma X - coagulación – hemorragia.

Criterios de inclusión: Que trate el tema de factores de coagulación. Se obtienen 136 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 9.

4 Resultados

-La hemofilia A (HA) y la hemofilia (HB) muestran características clínicas similares; Sin embargo, varios estudios han informado sobre posibles diferencias en la frecuencia de hemorragias y el consumo de factores, puntuaciones clínicas, y la necesidad de cirugía ortopédica.

La posible evolución clínica diferente de HB fue sugerida inicialmente en 1959 por Quick y se basó en 24 casos de HB que había estudiado personalmente. Observó que HB, incluso en su forma más severa, puede ser menos incapacitante e incapacitante que HA, y que esta diferencia fue especialmente pronunciada después de la adolescencia. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que históricamente, en

algunos estudios, la HB severa se ha definido con un FIX <2% que podría contribuir a una tendencia a hemorragias menos severa en comparación con la HA, generalmente definida con un FVIII <1%.

Sin embargo, cuarenta años después de Quick, Ludlam et al . llevaron a cabo un estudio retrospectivo que informaba sobre características demográficas, ingresos hospitalarios y causas de muerte de pacientes con hemofilia en Escocia. Estudiaron retrospectivamente a 282 pacientes con hemofilia durante el período entre 1980 y 1994 que fueron tratados predominantemente con terapia a demanda. Los autores encontraron una tasa más baja de ingresos hospitalarios para pacientes con HB en todos los niveles de gravedad, lo que sugiere que estas personas tienen un fenotipo de sangrado más leve en comparación con los pacientes con HA.

Los datos publicados en 2018 por Mancuso et al ., de informes un estudio dirigido al desarrollo y la validación de criterios para definir la hemofilia clínicamente grave (CSH), mostró de nuevo que la deficiencia de FIX está asociada a un fenotipo clínico más leve cuando se comparan pacientes con la misma residual factor de actividad. En este estudio, los autores evaluaron la capacidad del FVIII / FIX circulante residual medido en el momento del diagnóstico mediante un ensayo de coagulación de una etapa para discriminar un fenotipo clínico grave (puntuación CSH > 3).

La mayor proporción de pacientes con HA con un puntaje de gravedad > 3 sugiere también en esta cohorte de pacientes el posible fenotipo más leve en pacientes con HB. Entre los pacientes con enfermedad grave, las probabilidades de tener una forma clínicamente más severa de síntomas de sangrado en HA fue de 2.63. Estos resultados se han confirmado recientemente también en un estudio en pacientes con HA y HB con enfermedad leve.

5 Discusión-Conclusión

Los numerosos episodios de sangrado que experimentan las personas con hemofilia severa pueden conducir a una discapacidad a largo plazo. Las hemorragias articulares recurrentes pueden provocar artropatía grave, atrofia muscular, pseudo-tumores y provocar dolor crónico y movilidad reducida que a menudo requiere cirugía y artroplastia para mejorar la función articular.

Diferentes líneas de evidencia parecen apoyar una diferencia en la severidad del sangrado entre HA y HB. La fisiopatología de los dos trastornos es, de hecho, di-

versa, con una distribución diferente de los factores en el cuerpo y, de acuerdo con esto, las características de PK de los factores infundidos son significativamente diferentes. Sin embargo, debido a la rareza de los trastornos, no se han llevado a cabo estudios comparativos prospectivos, y el enfoque moderno en la población de hemofilia pediátrica (es decir, comenzar la profilaxis muy temprano) no nos permite adquirir una mejor comprensión de las posibles diferencias clínicas durante el seguimiento.

Terapia de reemplazo mejorada con concentrados de vida media extendida con intervalos de 10 a 14 días entre infusiones y canales altos de FIX sostenidos están mejorando en gran medida el resultado clínico y, aún más, la calidad de vida de los pacientes con HB en comparación con los pacientes con HA. Las perspectivas prometedoras de la terapia génica están pintando un escenario futuro en el que la decisión de ofrecer esta opción a pacientes con HB y problemas clínicos muy leves podría ser un desafío considerando los costos involucrados y los efectos a largo plazo aún desconocidos.

6 Bibliografía

1. Berntorp E, Shapiro AD. Cuidado moderno de la hemofilia. *The Lancet* . 2012; 379 (9824): 1447–1456.
2. Blanchette VS, Key NS, Ljung LR, Manco-Johnson MJ, van den Berg HM, Srivastava A. Definiciones en hemofilia: comunicación del SSC de la ISTH . *J Thromb Haemost* . 2014; 12 (11): 1935–1939.
3. Santagostino E, Mancuso ME, Tripodi A, et al. Hemofilia severa con fenotipo de sangrado leve: caracterización molecular y perfil de coagulación global . *J Thromb Haemost* . 2010; 8 (4): 737–743.
4. Mannucci PM, Franchini M. ¿La hemofilia B es menos grave que la hemofilia A? *La hemofilia* . 2013; 19 (4): 499–502.
5. Soucie JM, Monahan PE, Kulkarni R, Konkle BA, Mazepa MA, US tratamiento de la hemofilia Centro de redes La frecuencia de hemorragias y procedimientos conjuntos en hemofilia no severa A vs B . *Blood Adv* . 2018; 2 (16): 2136–2144.
6. Quick AJ, CV de Hussey. Hemofilia B (deficiencia de PTC o enfermedad de Navidad) . *Arch Intern Med* . 1959; 103 (5): 762.
7. Ludlam CA, Lee RJ, Prescott RJ, et al. Cuidado de la hemofilia en el centro de Escocia 1980-94. I. Características demográficas, ingresos hospitalarios y causas de muerte . *La hemofilia* . 2000; 6 (5): 494–503.
8. Mancuso ME, Bidlingmaier C, Mahlangu JN, Carcao M, Tosetto A. El valor

predictivo de los niveles de factor VIII / factor IX para definir la gravedad de la hemofilia: comunicación del SSC de ISTH . J Thromb Haemost . 2018; 16 (10): 2106–2110.

9. Linari S, Nichele I, L Pieri, Toso A, G. Castaman Tendencia al sangrado y el fenotipo clínico de la hemofilia A leve y B . Transfusión de sangre . 2018; 16 (Supl 4): s490.

Capítulo 621

HIDROSADENITIS SUPURATIVA POR ECOGRAFIA

DESEADA PRIETO RODRIGUEZ

MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ

1 Introducción

La hidradenitis supurativa (HS), también conocida como hidrosadenitis supurativa o acné inversal se ha definido como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, recurrente y debilitante, que habitualmente se presenta con lesiones profundas, inflamadas y dolorosas, afectando a las áreas corporales que incluyen nódulos, fistulas y abscesos. Todo proceso inflamatorio en la piel parte, desde un punto de vista fisiopatológico, de un aumento del flujo sanguíneo en la zona problema. El plexo vascular superficial, localizado en la zona dermoepidérmica es el lugar de mayor capacidad de intercambio. Por lo tanto, el primer hallazgo ecográfico que encontraremos será un aumento del flujo vascular. Ese aumento de flujo implica una extravasación de las células mediadoras de la inflamación, provocando un acúmulo mayor o menor de líquido en la dermis que ecográficamente se caracteriza por una hipoecogenicidad y un aumento de grosor de la banda subepidérmica superficial.

Existen varias escalas de clasificación y estadiaje para la HS; las de tipo cualitativa, como la estadificación de Hurley, y otras cuantitativas, como las de Sartorius y Sartorius modificada, la Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment(HS-PGA) o la Hidradenitis Suppurativa ClinicalResponse (HiSCR), entre otras.

La clasificación más utilizada es la de Hurley, se clasifica en tres estadios:

- Hurley I: formación aislada o múltiples abscesos, sin cicatrización o fistula
 - Hurley II: abscesos recurrentes, una sola o múltiples lesiones, con formación de tractos fistulosos.
 - Hurley III: múltiples abscesos y fistulas interconectadas, con presencia de citatrices
- Puede afectar:
- Personas sanas tras la pubertad
 - Afecta a ambos sexos, pero tres veces más al sexo femenino.

La ecografía cutánea es una técnica imprescindible para el diagnóstico y seguimiento de la hidrosadenitis supurativa. La hidrosadenitis tarda una media de 10 años en ser diagnosticado y conocer la utilidad de la ecografía es importante para reducir este tiempo de diagnóstico así como para realizar una correcta valoración del alcance de la patología. Por la propia naturaleza de la enfermedad, puede que en una exploración clínica se vean lesiones leves o incluso no se aprecien y, sin embargo, en el interior de la piel haya afectación.

La hidrosadenitis no se cura, únicamente se busca controlar la enfermedad y limitar la propagación de la infección. Se toman antibióticos por vía oral durante un largo periodo de tiempo.

2 Objetivos

- Describir de los principales hallazgos ecográficos que encontramos en la hidrosadenitis supurada y la utilidad que esta técnica tiene en su diagnóstico, manejo, estadificación y control enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Todos ellos sobre la ecografía con transductores de alta resolución (15 MHz).

4 Resultados

- Las lesiones básicas de este proceso son heterogéneas y se caracteriza por la aparición de nódulos inflamados recurrentes que evolucionan hacia la formación de abscesos y supuración, y en las formas más graves, a la formación de fistulas, túneles (sinus) y bandas de cicatrices hipertróficas y fibrosas muy características.
- La ecografía es fundamental para un correcto tratamiento de los pacientes con HS, valorándose la actividad inflamatoria con Eco Doppler Color y pudiéndose completar su estudio con RM. El paciente con HS moderada y severa, supone un reto terapéutico ya no solo en el control de un brote ocasional, sino en el mantenimiento del paciente libre de enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La causa que la provoca es desconocida pero se sabe que existe una predisposición genética (autoinmune) y factores externos que facilitan su aparición. El diagnóstico temprano y un tratamiento correcto son fundamentales para mejorar la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

- [www.elsevier.es/ dermatología.cat/](http://www.elsevier.es/dermatología.cat/) scielo: revista chilena de radiología.
- Bases de datos pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 622

CLASIFICACIÓN DE LOS RESIDUOS RADIOACTIVOS

MARTA PEDREGAL QUINTANAL

OLAYA NAVES MUÑIZ

1 Introducción

Los residuos radiactivos se pueden clasificar de diversas de diversas formas:

- Residuos sólidos, líquidos y gaseosos.
- Residuos compacta les, incinerables, metálicos. Las principales clasificaciones se basan en propiedades relacionadas con su contenido radiactivo.

El objetivo de la gestión de los residuos es asegurar que no se produce la injerencia de los componentes radiactivos en el medio ambiente en cantidades que pueden considerarse peligrosas. Desde el punto de vista técnico, la estrategia para la gestión de residuos admite dos alternativas:

- Dilución del material radiactivo y dispersión en el medio ambiente.
- Aislamiento y confinamiento del material radiactivo.

2 Objetivos

- Determinar la clasificación de productos radiactivos según el periodo de semidesintegración.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre residuos radiactivos. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en la base de datos: Pubmed

4 Bibliografía

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros de radiología y radioterapia que tratan sobre la gestión de residuos en dichos servicios. Búsqueda en base de datos pubmed.

Capítulo 623

STREPTOCOCCUS PYOGENES EN NIÑOS

COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ

VIRGINIA CASTARROYO MERINO

MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

YESICA DIAZ ROCES

1 Introducción

Las faringoamigdalitis se encuentran entre las enfermedades infecciosas que más afectan a los niños en edad escolar. Aunque la etiología viral es la más frecuente, se reconoce al *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta hemolítico del grupo A) como el agente bacteriano responsable de una tercera parte de los casos. La infección produce complicaciones supurativas y no supurativas, las primeras por diseminación a otros tejidos, y las segundas, como secuelas de la respuesta inmunológica; entre estas últimas se cuentan la fiebre reumática aguda y la glomerulonefritis postestreptocócica.

2 Objetivos

Conocer los métodos de detección rápida y valorar así su utilidad en el diagnóstico de la infección así como en minimizar los riesgos de complicaciones posteriores a ella.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Revisión de artículos relacionados con la patogenia y enfermedades producidas por *Streptococcus pyogenes*.

4 Resultados

Métodos diagnósticos, se lleva a cabo a través de dos métodos:

El más utilizado es el aislamiento de la bacteria por cultivo tradicional de muestra obtenida mediante hisopado de amígdala y faringe posterior. Aún así, no son siempre los mismos medios de cultivo o de toma de muestras los utilizados por los distintos laboratorios. No existe un protocolo estandarizado para ello.

Desde los años 1980, se han ido desarrollando Tests Rápidos Detección de Antígeno Streptocócico (TRDA) basados en la detección del antígeno carbohidrato específico de la pared celular de *Streptococcus* β -hemolítico exclusivamente del grupo A. La cantidad de antígeno condiciona más los resultados del TRDA que los del cultivo tradicional.

El tratamiento actual de esta infección es: la penicilina/ ampicilina continúa siendo el medicamento de elección en el tratamiento de las infecciones estreptocódeas, excepto en individuos alérgicos, donde se usará eritromicina, asumiendo las posibles resistencias que la bacteria puede tener al mismo. Además, se recomienda sólo instaurar tratamiento en caso de confirmación previa de la existencia del microorganismo.

5 Discusión-Conclusión

Características del agente etiológico. El estreptococo beta hemolítico del grupo A es un coco Gram positivo que se agrupa en cadenas, posee cápsula y su pared está constituida por carbohidratos, proteínas y ácido lipoteicoico. Es microaerofílico, catalasa negativa y sensible a la bacitracina.

Patogenia y posibles complicaciones. *Streptococcus pyogenes* (estreptococo del grupo A) es uno de los patógenos bacterianos más importante de los seres humanos. Este microorganismo ubicuo es la causa bacteriana más frecuente de faringitis aguda y también origina distintas infecciones cutáneas y sistémicas. Ocupa un lugar singular en la microbiología médica debido a que la infección puede acarrear dos secuelas no supuradas, la fiebre reumática aguda y la glomerulonefritis aguda postestreptocócica.

Debido a la inmediatez del resultado, el bajo coste del mismo y la recomendación de no instaurar tratamiento salvo detección positiva del microorganismo, sería recomendable la utilización de test de diagnóstico rápido en las consultas de pediatría. Siempre y cuando aquellas profesionales que vayan a llevar a cabo el test hayan sido formados para ello y teniendo en cuenta además posibles criterios de exclusión e interferencias del mismo.

6 Bibliografía

1. Gayoso P. Lectura crítica de un artículo sobre diagnóstico. Guías Clínicas 2008; 8 Supl 1: 1. En *Fisterra.com*, Atención Primaria en la Red [sede Web]. La Coruña: *Fisterra.com*; 1990
2. Ruiz-Aragón J, Rodríguez López R, Molina Linde JM. Evaluación de los métodos rápidos para la detección de *Streptococcus pyogenes*. Revisión sistemática y metaanálisis. *An Pediatr (Barc)*. 2010
3. García Vera C. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Utilidad del test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TRDA) en el abordaje de la faringoamigdalitis aguda en pediatría. Enero 2014.
4. Dra. Maribel Rivera. Estreptococo Beta Hemolítico grupo A (*Streptococcus pyogenes*) HONDURAS PEDIÁTRICA - VOL. XIX - No. 2, ABRÍL, MAYO, JUNIO - AÑO 1998
5. José M. Guevara, Rosaluz Aróstegui, Wini Agurto, Iliana Sobrevilla, Esther Valencia, Nazario Silva. Susceptibilidad a antimicrobianos de patógenos respiratorios en niños provenientes de la comunidad

Capítulo 624

GONADOTROPINA CORIONICA HUMANA (HCG)

MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA

ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS

ELENA GONZALEZ LOPEZ

EVA GARCÍA ALONSO

MARTA VELASCO ARRANZ

1 Introducción

La Gonadotropina Coriónica humana, es una hormona glicoprotéica sintetizada por la placenta muy poco tiempo después de producida la implantación del embrión. Mientras que en ausencia de embarazo, se ha empleado como marcador de tumores trofoblásticos y no trofoblásticos.

Está compuestas de dos subunidades alfa y beta, diferentes entre si, la subunidad alfa es compartida por las restantes glicoproteínas hipofisarias, la subunidad beta le confiere características biológicas e inmunológicas distintivas. Los niveles hcg se pueden detectar en suero y en orina con métodos de distinta sensibilidad y permiten no solo el diagnóstico del embarazo, si no su seguimiento y la posibilidad de detención de embarazos ectópicos y amenaza de abortos.

2 Objetivos

- Demostrar la concordancia entre las pruebas para un diagnóstico precoz de embarazo realizado en muestras simultáneas de sangre y orina.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Métodos de determinación: inmunoensayos en orina y sangre.

- En orina: métodos cualitativos y test de embarazo.
- En sangre: métodos cuantitativos.

Métodos cualitativos de determinación hcg: inmunoensayos cromatográficos

- Anticuerpo monoclonal frente a hcg conjugado con partículas de látex coloreadas.
- Anticuerpos monoclonales de captura.

Métodos cuantitativos de determinación hcg: inmunoensayos

- Anticuerpos monoclonales.
- Tipo sandwich.

4 Resultados

- La concordancia radica en la complementariedad de ambos métodos, tanto cualitativo como cuantitativo. Así, los métodos cualitativos presentan el tipo de muestra orina recogida en una micción aislada de primera hora de la mañana con utilidad diagnóstica de embarazo. En los métodos cuantitativos se utiliza la sangre, para poder medir: beta hcg total, hcg intacta, subunidad beta libre, subunidad alfa libre, siendo más fiable y precoz el diagnóstico de embarazo.

5 Discusión-Conclusión

Diferentes estudios han demostrado que la regulación de la beta hcg es multifactorial donde diferentes moléculas participan en la estimulación o inhibición de la síntesis de esta hormona en el sistema materno placentario fetal.

6 Bibliografía

- Comisión de marcadores biológicos, del cáncer. Marcadores tumorales serológicos. Química clínica.
- Pierce JG, Parsons TF. Glycoprotein hormones: structure and function. Annu Rev Biochem 1981

Capítulo 625

NEISSERIA GONORROEAE EN EL EMBARAZO

MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

YESICA DIAZ ROCES

COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ

VIRGINIA CASTARROYO MERINO

1 Introducción

Neisseria gonorrhoeae es una cocácea gramnegativa que se agrupa en pares (diplococos) con lados adyacentes aplanados, y apariencia de granos de café. Es un microorganismo intracelular facultativo, no móvil, no esporulado, oxidasa y catalasa positiva. *Neisseria gonorrhoeae* se considera un patógeno humano obligado que puede crecer y multiplicarse en las mucosas incluyendo el cérvix, útero, y trompas de Falopio en las mujeres, así como en la uretra masculina.

Las mujeres embarazadas con gonorrea pueden transmitir la infección a los neonatos durante el parto. Durante el embarazo no hay peligro de contagio para el feto, pero sí cuando nace el bebé. Además la mujer embarazada con gonorrea es más propensa a ciertos riesgos: a sufrir un aborto espontáneo, a dar a luz a un bebé muerto, o a padecer una parto pretérmino. Esto puede afectar la vista del neonato y provocarle ceguera.

La gonorrea también podría causar en el bebé otras enfermedades graves como artritis séptica, meningitis y neumonía, que podrían poner en riesgo la vida de

los niños. Si se sabe que la madre del recién nacido tiene gonorrea, el niño recibe una inyección del antibiótico ceftriaxona para prevenir la infección gonorreica en los ojos y en cualquier otra parte del cuerpo.

2 Objetivos

- Evaluar a infección genital e incidencia de gonorrea durante el embarazo con respecto a la morbilidad materno-neonatal.
- Identificar las consecuencias de la infección por este microorganismo en la madre y en el recién nacido.
- Describir el método diagnóstico y de cultivo del microorganismo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- *Neisseria gonorrhoeae* causa infección cervical asintomática en aproximadamente 45% de los casos. En España se notificaron en 2016 un total de 6.456 casos de infección gonocócica o gonorrea. Son datos del último informe de Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles, publicado por el Centro Nacional de Epidemiología. Estos datos significan un aumento del 24,87 por ciento con respecto al año anterior, cuando se produjeron 5.170 casos, y nada menos que un 222 por ciento más que en 2005, cuando se notificaron 1.155 casos.

Según los datos del estudio del Instituto Carlos III, el mayor número de infecciones por '*Chlamydia trachomatis*' se produjo en mujeres (52,1 por ciento) con una edad media en el momento del diagnóstico de 24 años. Posiblemente la baja frecuencia en la detección de infección gonocócica en gestantes, se atribuya a que la progesterona esté dificultando la colonización sobre la mucosa del epitelio genital; ya que se ha determinado que la concentración de 1 µg/mL de progesterona inhibe el crecimiento, in vitro, de 8 millones de gonococos.

Las consecuencias de la infección son:

- Afectación de las membranas ovulares lo que produce corioamnionitis y posteriormente puede desarrollar endometritis posparto.
- La septicemia por *G. vaginalis* aparece predominantemente en pacientes obstétricas con un aborto séptico, endometritis postcesárea y postparto conjuntivitis.
- Los condilomas acuminados durante el embarazo tienen una marcada tendencia a aumentar de tamaño las lesiones, no es raro que confluyan formando grandes masas coliflor o frambuesa, en ocasiones la excéresis puede ser amplia y provocar la obstrucción mecánica del canal de parto, su tratamiento expone a la gestante a hemorragia y sepsis.
- Ceguera en neonato.

Método de diagnóstico:

Para el diagnóstico de *N. gonorrhoeae*, las muestras clínicas son inoculadas en agar Thayer-Martin e incubadas a 35,5 °C en una atmósfera húmeda con 3% de CO₂ por 48 h. Las placas de agar Thayer-Martin serán preparadas cada quince días más o menos, efectuándose control microbiológico con una cepa de *N. gonorrhoeae* perteneciente al cepario del programa de Microbiología.

Para llevar a cabo el diagnóstico se recomienda tomar la muestra con un hisopo de dacrón o de rayón en el sitio de infección, por ejemplo, del cérvix, uretra, recto, o faringe. Se deberá usar medio de transporte, como el Amies, y cultivar la muestra dentro de las tres primeras horas para asegurar el crecimiento del patógeno.

El cultivo se llevara a cabo en agar Thayer Martin modificado, y detección de *Chlamydia trachomatis*, mediante las técnicas de ELISA de captura de antígeno, inmunofluorescencia directa y cultivo celular.

5 Discusión-Conclusión

En las últimas décadas han aumentado los reportes de cepas de *N. gonorrhoeae* resistentes a penicilina, fluoroquinolonas, sulfonamidas, tetraciclina, macrólidos y más recientemente a cefalosporinas. Lo cual genera gran preocupación mundial, debido al aumento de los casos de gonorrea asociados al incremento de cepas multi-resistentes.

Se sugiere que en los laboratorios de los Centros de atención a mujeres em-

barazadas, se estudie el diagnóstico de infección por gonococo con la finalidad de prevenir futuras complicaciones, bien sea de la madre, como del recién nacido.

6 Bibliografía

1. <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php>
2. Barnet B. La protección de las ITS. Network en español. 2001;20(4):11.
3. Revista Elsevier ,Laboratorio Clínico
4. <https://scielo.conicyt.cl/scielo>.
5. <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/834/972>
5. Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 626

LEUCEMIAS, LINFOMAS Y SU TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA

ALMUDENA LUQUE HERNÁNDEZ

DIEGO PEÑARANDA PALOMINO

RAFAEL LENDINES NAVAJAS

CARMEN MAQUEDA VILLAREJO

BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ

1 Introducción

Las leucemias y linfomas representan un 40 % de cáncer en menores de 15 años. La leucemia más frecuente es la leucemia linfoblástica aguda (LLA) y menos frecuente la leucemia mieloide aguda infantil o leucemia mielomonocítica juvenil. Ocurren por la producción incontrolada de leucocitos por la mutación de células mielógenas o linfógenas, siendo las agudas las de peor pronóstico.

De los linfomas el más común es el linfoma de Hodgkin y después el no Hodgkin. Son neoplasias en linfocitos, se producen en la médula ósea y viajan a órganos linfoides. Tanto en linfomas como en leucemias el tratamiento incluye quimioterapia y radioterapia.

2 Objetivos

- Establecer los tipos de tumores hematológicos y linfáticos y su tratamiento radioterápico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos de Scielo y Pubmed de los diferentes tipos de linfomas y leucemias, sus características y tratamiento con radioterapia.

4 Resultados

- Linfoma de Hodgkin (LH):

Se cree que está relacionado con el virus de Epstein-Barr aunque no se sabe la causa. El LH clásico presenta células de Reed-Sternberg en el ganglio afecto. Suele curarse y responder bien al tratamiento.

El LH nodular es menos frecuente y presentan células de “palomitas de maíz”. Es menos agresivo y también responde bien al tratamiento o sucesivos, pero puede haber más recaídas. Suele aparecer a los 20-30 años y a los 60. La mayoría son localizados y curables con quimioterapia y radioterapia. La radioterapia consiste en irradiar las regiones linfáticas afectadas, y en muchas ocasiones también la región contralateral con 15-20 Gy.

La dosis suele ser 35-45 Gy sobre áreas de enfermedad clínica y 25-30 Gy sobre áreas de enfermedad subclínica aunque varía según si se administra QT y si es adulto o niño. Los campos de tratamiento más utilizados son el Mantle para irradiar cadenas ganglionares cervicales, supraclaviculares, axilares y mediastínicas y de Y invertida para cadenas ganglionares iliacas, paraaórticas, femorales y bazo. Si el pronóstico es favorable se evita el tratamiento pélvico para conservar la fertilidad.

- Linfoma no Hodgkin (LNH):

Son neoplasias de los linfocitos B, T o NK a tejidos linfoides. Es más frecuente en la preadolescencia y adultos de 40-60 años, en adultos a menudo es de grado bajo o intermedio y en niños de alto grado. El tratamiento consiste de quimioterapia ya que suelen estar en estado avanzado al diagnóstico y la radioterapia se emplea más en adultos. El tratamiento se limita a las áreas ganglionares afectas, con una

dosis de 35-50 Gy dependiendo de si es RT exclusiva (en estadios muy iniciales) o adyuvante tras QT y según su respuesta a QT.

- Leucemias:

Consiste en la producción incontrolada de leucocitos. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la más frecuente y el cáncer infantil más común. Menos frecuente son la leucemia mieloide aguda (LMA), leucemia mieloide crónica (LMC) y leucemia linfoblástica crónica (LLC).

Las opciones de tratamiento son quimioterapia, radioterapia y otros medicamentos, en algunos se realiza trasplante de médula ósea y células madre. El tratamiento principal es QT y en las zonas ganglionares RT o para el trasplante de médula ósea. En agudas se emplea RT para profilaxis del SNC con QT y para trasplante Irradiación Corporal Total (ICT). En crónicas se emplea RT como tratamiento localizado en adenopatías, hepato o esplenomegalias y QT si no responde, también ICT para trasplante.

Las dosis es de unos 10 Gy único o fraccionado, o dosis de 2 Gy. En ocasiones se emplea la irradiación hemicorporal con una sesión de 8 Gy, irradiación nodal total con una sesión de 4-5 Gy o hiperfraccionado con un total de 40 Gy.

La LMA empeora muy rápido sin tratamiento, en adultos y niños. A veces forman un tumor sólido (sarcoma granulocítico o cloroma).

La LMC es más frecuente en adultos y es de crecimiento lento.

La LLA es de crecimiento rápido, más frecuentes en niños pequeños pero se puede dar en adultos y hay un riesgo mayor en síndrome de Down y síndrome de inmunodeficiencia.

La LLC es de crecimiento lento y más frecuente en adultos, con una predisposición familiar.

5 Discusión-Conclusión

El uso de la radioterapia en estas enfermedades es importante aunque no siempre resulta útil y varía según la enfermedad y si está en fase avanzada o inicial. El tratamiento principal suele ser la quimioterapia ya que responden mejor a esta, y la radioterapia suele ser complementaria. Tanto la quimioterapia como la radioterapia pueden tener importantes efectos secundarios y sobre todo en niños, por lo que se debe valorar en que casos está justificado el uso de uno u otro.

Las consecuencias más graves del tratamiento son las neoplasias secundarias

(cáncer de pulmón y mama son los más frecuentes), enfermedad cardiovascular, hipotiroidismo y problemas de infertilidad, y más aún si se administró radioterapia. El pronóstico depende del tratamiento, estadio y el grado de respuesta pero suele ser bueno con los tratamientos a pesar de su toxicidad y la supervivencia entre 75 y 80 % a 5 años.

6 Bibliografía

- Smith A, Howell D, Patmore R, Jack A, Roman E. Incidence of haematological malignancy by sub-type: a report from the Haematological Malignancy Research Network. *Br J Cancer* 2011;105(11):1684-1692. doi:10.1038/bjc.2011.450
- Hu E, Hufford S, Lukes R, et al. Third-World Hodgkin's disease at Los Angeles County-University of Southern California Medical Center. *J Clin Oncol* 1988;6(8):1285-1292. doi:10.1200/JCO.1988.6.8.1285.
- P. Kaatsch. Epidemiology of childhood cancer. *Cancer Treat Rev.*, 36 (2010), pp. 277-285
- M.A. Baena-Gómez, M. Mora Matilla, A. Lassaletta Atienza, M. Andiñón Catalán, C. Hernández Marqués, L. Madero López. Non-Hodgkin lymphoma: Excellent results at the expense of the high toxicity of the treatment. *Anales de Pediatría (English Edition)*, Volume 82, Issue 6, June 2015, Pages 381-387
- F.Z. Cader, P. Kearns, L. Young, P. Murray, M. Vockerodt. The contribution of the Epstein-Barr virus to the pathogenesis of childhood lymphomas. *Cancer Treatment Reviews.*, 36 (2010), pp. 348-353
- S.B. Murphy. Classification, staging and end results of treatment of childhood non-Hodgkin's lymphomas: Dissimilarities from lymphomas in adults. *Semin Oncol.*, 7 (1980), pp. 332-339

Capítulo 627

ALTERACIONES BÁSICAS DE LOS LEUCOCITOS

MARTA VELASCO ARRANZ

MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA

ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS

ELENA GONZALEZ LOPEZ

EVA GARCÍA ALONSO

1 Introducción

Los glóbulos blancos (leucocitos) son una parte importante de la defensa del cuerpo contra microorganismos infecciosos y sustancias extrañas. Para defender adecuadamente al organismo, un número suficiente de glóbulos blancos debe recibir el aviso de que un microorganismo infeccioso o una sustancia extraña ha invadido el cuerpo, y llegar al lugar donde son necesarios para, a continuación, destruir y digerir el patógeno o la sustancia dañinos.

Como todas las células sanguíneas, los glóbulos blancos se producen principalmente en la médula ósea. Se desarrollan a partir de células progenitoras (células madre o precursoras) que al madurar se convierten en uno de los cinco tipos principales de glóbulos blancos:

- Neutrófilos
- Linfocitos

- Monocitos
- Eosinófilos
- Basófilos

Las alteraciones de los glóbulos blancos pueden ser de su forma (tamaño y forma) o de su funcionamiento, sobre todo los neutrófilos y los linfocitos. En muchos casos, se trata de enfermedades hereditarias que se sospechan en pacientes con infecciones repetidas. También se producen en algunas infecciones, como la mononucleosis infecciosa, en reacciones ante algunos medicamentos, y en anemias y neoplasias.

La alteración por aumento en el número de leucocitos, se denomina leucocitosis, y según el tipo que está aumentado, se habla de neutrofilia, de linfocitosis y de eosinofilia. Se denomina leucopenia a la disminución en el recuento de glóbulos blancos.

2 Objetivos

- Exponer las alteraciones más importantes por su frecuencia y relevancia de la serie blanca

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Normalmente, las personas producen unos 100 000 millones de glóbulos blancos (leucocitos) al día. En un volumen de sangre dado, el número de glóbulos blancos se expresa en términos de células por microlitro de sangre. El número total suele estar entre 4000 y 11 000 por microlitro. Mediante análisis de sangre, puede determinarse la proporción de cada uno de los cinco tipos principales de glóbulos blancos, así como el número total de células de cada tipo en un volumen dado de

sangre. Debemos distinguir entre las diferentes enfermedades relacionadas con los leucocitos. Para ello, es esencial determinar tanto su número como su tipo exacto y su estado de madurez.

El análisis hematológico automático es un componente fundamental del proceso de diagnóstico, y ayuda a identificar la presencia de la enfermedad proporcionando recuentos celulares precisos y resaltando las poblaciones de células destacadas.

Recuento de leucocitos: La fórmula leucocitaria es un análisis de sangre que mide la cantidad de cada tipo de glóbulo blanco que hay en el cuerpo. Se usa para diagnosticar muchas enfermedades, por ejemplo, infecciones, enfermedades autoinmunitarias, anemia, enfermedades inflamatorias, leucemia y otros tipos de cáncer. Es un análisis de sangre común que se usa a menudo como parte de un examen físico general. El método de referencia es el de recuento en cámara. También existen los analizadores hematológicos, que se basan principalmente en la discriminación por morfología y en el tamaño de los leucocitos. Algunos instrumentos utilizan citometría de flujo y reacciones citoquímicas para reconocer las subpoblaciones.

Otros instrumentos se basan en el recuento y tamaño de las células, midiendo cambios en la resistencia eléctrica cuando las células pasan a través de una apertura entre dos electrodos suspendidos en un diluyente. Fórmula leucocitaria: las técnicas de coloración de los extendidos sanguíneos se basan en los métodos de Wright Giemsa.

El recuento diferencial de leucocitos es una parte rutinaria de la biométrica hemática que puede ser útil en la valoración de una infección o inflamación, en la determinación de los defectos de intoxicación posible por sustancias químicas o drogas, en el monitoreo de trastornos sanguíneos como la leucemia, y en los efectos secundarios de tratamientos como la quimioterapia. El procedimiento consta de una toma de sangre, la misma se disemina en un portaobjetos de vidrio y luego se tiñe. A continuación se determina el porcentaje de cada tipo de leucocitos.

El 65% de leucocitos corresponde a los GRANULOCITOS: Eosinófilos, Basófilos y Neutrófilos. El 35% corresponde a los AGRANULOCITOS: Monocitos y Linfocitos.

En los análisis de sangre se refleja la situación de estas células sanguíneas, con su recuento total y con la fórmula leucocitaria, que expresa el número absoluto y porcentual, de cada uno de los tipos de glóbulos blancos presentes en sangre. Para poder valorar cuáles son las posibles causas de una alteración de los glóbu-

los blancos en los análisis de sangre, debe tenerse en cuenta el recuento total y el análisis del resto de las células sanguíneas, la respuesta a las preguntas del médico al paciente buscando otros signos o síntomas, así como repetir el estudio sanguíneo a las 2-4 semanas.

5 Discusión-Conclusión

El análisis de sangre es una prueba clínica habitual que aporta información de gran valor para el diagnóstico, ya que las alteraciones en el número, la forma y la función de las células sanguíneas, permiten orientar el diagnóstico y la necesidad de otras pruebas complementarias.

Es útil por varios motivos:

- Vigilar su salud general o como parte de un control de rutina.
- Diagnosticar una enfermedad. Si existe cansancio o una debilidad inusual, aparecen moretones sin motivo aparente u otros síntomas, este análisis puede servir para descubrir la causa.
- Vigilar un trastorno sanguíneo existente o un problema relacionado.

En las patologías leucocitarias, determinar el diagnóstico correcto es complejo y precisa que se tenga en cuenta toda la información disponible a partir del recuento sanguíneo completo, la morfología, el inmunofenotipaje y otras pruebas.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/>
- <https://www.msmanuals.com>
- <https://es.slideshare.net>

Capítulo 628

PROTOCOLOS DE ACTUACION PARA EL DIAGNOSTICO DE LA MAMA

MARIA MONICA GARCIA NICIEZA

ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ

MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS

LORENA MORA BUENO

MARIA TERESA CARRIL BLANCO

1 Introducción

El cáncer de mama es la 2ª causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio. Según la sociedad española contra el cáncer (AECC), en el año 2008 se diagnosticaron alrededor de 1.380.000 casos nuevos de cáncer de mama en el mundo, hoy en día es el tumor mas frecuente en la población femenina. El cáncer de mama es una enfermedad cancerosa que se puede diagnosticar precozmente, por lo que las probabilidades de curación en su etapa inicial se aproxima al 100%.

2 Objetivos

Objetivo General:

Contribuir a la prevención del cáncer de mama en la población femenina

Objetivos Específicos:

- Enseñar las maniobras para la autoexploración mamaria para detectar lesiones de la glándula mamaria.
- Concienciar de la importancia del autoexamen en la prevención del cáncer de mama.
- Propiciar la participación activa de las mujeres que asisten a los Centros de Salud y escuelas acerca de las conductas de prevención del cáncer de mama.
- Establecer las pruebas radiológica existentes en el ámbito de la salud para la detección del cáncer de mama.
- Contribuir a la formación de estudiantes de Medicina y Antropología.
- Evaluar cada prueba radiológica diagnóstica y detectar marcadores tumorales del cáncer de mama.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Concienciación: se ha demostrado que realizando campañas de diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer de mama (dirigida a mujeres con edades comprendidas entre 50 y 69 años, sino tienen antecedentes familiares), ha disminuido la mortalidad de forma significativa.
- La autoexploración mamaria es de vital importancia, se realiza de forma individual examinando la mama de fuera a dentro y dividida previamente en 4 cuadrantes, cada cuadrantes será evaluado de forma independiente. Esta operación se debe realizar en un ambiente óptimo y verificar el tamaño y posicionamiento de ambas mamas comprobando simetría de las mismas. La concienciación femenina es trascendental para que se lleve a cabo esta maniobra.
- Las pruebas radiológicas en los protocolos de actuación, el equipo utilizado en cada una de ellas, la preparación previa a estudio, los métodos radiológicos y

los resultados obtenidos, son importantes para la detección precoz de esta patología. Además la formación de los estudiantes médicos, residentes de medicina y adjuntos en cada aparato e interpretación se realiza de forma simultánea con el propio desarrollo de la técnica:

La mamografía que se define como técnica diagnóstica basada en el empleo de rayos x, que permite detectar precozmente la presencia de cáncer, capaz de detectar lesiones sospechosas de cáncer menores de 100 micras de tamaño. Consiste en 4 mamografías: craneo-caudal y oblicua medio-lateral. El equipo consta de un arco basculante, tubo de rayos x, palas de compresión, portachasis, pedales, mampara plomada y cuadro de mandos. El paciente no necesita consentimiento informado.

Ecografía: técnica que emplea ultrasonidos para la obtención de imágenes, se emplea ondas de sonido de alta frecuencia, para producir imágenes de órganos internos, se utiliza para lesiones no palpables y para guiar punciones. El equipo consta de un ecógrafo, gel acuoso, sondas, sistema de archivo de imágenes. El paciente no necesita consentimiento informado ya que es una técnica inocua. El método consiste en en cuatro cuadrantes realizando cuatro cortes axiales, sagitales u oblicuos de la mama, son imágenes seguras y no usan radiación ionizante.

Resonancia magnética: combina un potente campo magnético y ondas de radiofrecuencia, con ello conseguimos un estudio anatómico y fisiológico de las mamas, se usan para detección temprana en mujeres con alto riesgo del cáncer de mama y evaluar su extensión. No utiliza radiación ionizante. El equipo consta de antena de superficie específica, contraste y suero fisiológico, sistema inyector del contraste. El paciente debe rellenar un formulario y con él aseguramos que no lleva marcapasos, implantes cocleares etc. Se obtienen imágenes en tres planos (nueve por plano), son estudios largos, no usa radiaciones ionizantes.

La Galactografía: se obtiene imágenes del interior de los conductos lácteos de las mamas, el contraste se introduce en el pezón rellenando los conductos para localizar una posible lesión. El equipo consta de betadine, gasas, guantes, catéter de Rabinov. El paciente debe dar consentimiento informado, se le hace una proyección craneo-caudal, con este método se pueden encontrar pequeñas masas cancerígenas que no se detectan en las otras técnicas mencionadas anteriormente.

- Valoración de técnicas diagnósticas: cada técnica tiene como fin la detección del cáncer de mama, en el caso de la mamografía se utiliza el sistema estándar, donde se clasifica los resultados en categorías numeradas de 0 a 6, es el método BI-RADS,

este método también utilizado en la ecografía. En la resonancia magnética los resultados depende de la naturaleza del problema, los diferentes tipos de tejidos devuelven las señales de resonancia diferentes. La Galactografía muestra grupos de quistes que se comunican con conductos ectásicos o de tamaño normal

5 Discusión-Conclusión

Es esencial una comprensión de la anatomía de la mama para evaluar sus patologías. Las técnicas de mamografía, ecografía, resonancia magnética, galactografía pertenecen a los protocolos y la gestión de calidad que contribuyen al abordaje del cáncer de mama además de otras lesiones que pueden surgir. Todas estas técnicas están relacionadas entre sí, y se complementan unas con otras.

6 Bibliografía

- <http://aecc.com>
- <http://www.asturias.es>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 629

DIAGNÓSTICO DE EL SÍNDROME DE CRI-DU-CHAT MEDIANTE HIBRIDACIÓN DE FLUORESCENCIA IN SITU (FISH)

DARIANA BATISTA BETANCOURT

DAVINIA BRAVO ALVAREZ

NEREA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

OMAR GONZÁLEZ DÍAZ

MANUEL IBÁÑEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El síndrome de CRI-DU-CHAT se identificó por primera vez en 1963 por el genético francés Jerome Jean Louis Marie Lejeune, de ahí que también reciba el nombre de síndrome de 5p o síndrome de Lejeune. La característica más resaltante de este síndrome es el llanto de gato del recién nacido debido a una formación anormal de la laringe provocando así el maullido.

El síndrome de Cri-Du-Chat es un síndrome en el cual se implican múltiples anomalías congénitas, microcefalias, retraso mental, el llanto de maullido en los recién nacidos que van disminuyendo con los años, morfología facial anormal, dismorfismo en los patrones dérmicos, dactilares y en la palma de la mano,

además produce malformación en el corazón, excesiva separación entre los ojos y problemas renales que pueden llevar a la muerte.

Están muy relacionados la agudeza de los síntomas según cuán grande sea la deleción en el cromosoma, a mayor supresión mayor será la gravedad de la enfermedad y mayor será también el retraso que padezca el bebe. Es un síndrome al cual se le asocian varias deleciones de distintos tamaños en la zona del brazo corto del cromosoma 5.

Estadísticamente este síndrome prevalece 1 caso entre 20000 según a la referencia de Genetics, y también 1 caso entre 50000 de recién nacidos vivos, terminales en un 78%, intersticiales en un 9% y por una traslocación en un 5% en el 80 % de los casos. Mayormente en mujeres.

Las causas que conllevan a padecer este síndrome debido a la deleción del cromosoma 5 son desconocidas, pero si sabemos que esta se produce durante la fertilización, cuando el esperma y el ovulo de la madre están desarrollándose y sin que exista herencia familiar. Solo el 10% de los casos coincide que la figura paterna tiene un segmento eliminado según el Instituto Nacional de Investigación del Genoma Humano.

Se considera una parte crítica la próxima a 5p 15.3, ya que esta esta asociada de forma directa al llanto agudo, mientras que al resto de las características de este síndrome como el dismorfismo y la discapacidad intelectual se asocian a otra región distinta localizada en 5p 15.2.

Para su diagnostico a jugado un papel importante los métodos genéticos moleculares nos obstante es un síndrome más fácil de identificar según va creciendo el niño, pero a partir de los dos años se dificulta bastante. Los síntomas que puede padecer el niño van a depender cuán grande sea la perdida genética debido a la deleción, entre ellos podemos encontrar el llanto como maullido de gato, retraso motor (como muy pronto caminan a los 2 años, pudiendo llegar a los 6 años o no caminar nunca). Padecen una discapacidad intelectual que va desde leve a severa como puede ser problemas en el habla o bien por demora a desarrollarla o porque nunca lo consiguen.

2 Objetivos

Determinar técnicas de diagnóstico prenatal citogenéticas que se llevan a cabo en un primer abordaje de estudio y mediante las cuales podemos determinar que

el feto padece el síndrome de Cri-Du-Chat.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo e investigación se han utilizado diversos medio bibliográficos como son libros físicos u online y distintos artículos de páginas web relacionados con la temática del capítulo.

4 Resultados

Estas técnicas de diagnóstico moleculares permiten poner de manifiesto reorganizaciones de pequeño tamaño ignoradas por el cariotipo clásico y tiene todo su interés en caso de anomalías en el estudio morfológico fetal, para guiar el tratamiento de la gestación. Están basadas en la hibridación de fluorescencia in situ (FISH) tecnología que utiliza sondas de DNA marcadas con un fluoróforo para detectar o confirmar anomalías génicas o cromosómicas que generalmente están más allá de la capacidad de resolución de la citogenética de rutina. En primer lugar, la muestra de DNA (cromosomas metafásicos o núcleos en interfase) se desnaturaliza, proceso que separa las hebras complementarias de la estructura bicatenaria en doble hélice del DNA. A la muestra desnaturalizada se le añade entonces la sonda de interés, que se asociará al DNA de la muestra en el sitio diana, en el proceso denominado hibridación, donde se vuelve a formar una doble hélice. La sonda está unida covalentemente (marcada) con un fluoróforo, que emite una señal observable mediante un microscopio de fluorescencia; así la muestra de DNA se puede clasificar según la presencia o ausencia de la señal, lo que desvela la presencia o ausencia de la secuencia diana en el DNA cromosómico.

Le técnica FISH se puede llevar a cabo tanto con células en metafase (visibles los cromosomas) como con células en interfase (cromatina no condensada). El hecho de poder evaluar también los resultados en células en interfase aporta una gran ventaja en células difíciles de cultivar, ya que no necesitamos dicho cultivo y nos sirven muestras primarias directamente.

Existen muchos tipos de sondas FISH, según su utilidad, el tipo de detección que hagan o el área clínica sobre la que se apliquen. Este enfoque es especialmente útil cuando la necesidad de resultado rápido es mayor debido a anomalías fetales descubiertas por otros métodos y titulado el embarazo de riesgo.

Fish painting (Pintado cromosómico)

Tiene utilidad clínica en las técnicas de diagnóstico ya que las sondas de cromosoma completo son sondas que utilizan una mezcla de diferentes secuencias de ADN y que son homologas a muchas zonas a lo largo de un cromosoma específico, esto permite que el cromosoma sea identificado tanto en metafase como en el núcleo en interfase en muestras cultivadas o no, y ayuda a identificar cromosomas humanos completos, de traslocación y de marcadores cromosómicos.

Fish con sondas centroméricas.

Estas sondas hibridan con regiones centroméricas de cromosomas humanos de muestras de sangre periféricas o muestras prenatales tanto en interfase como en metafase y permiten identificar anomalías numéricas (diagnóstico de aneuploidías) las sondas corresponden a la secuencia repetida (alfa y beta) localizada en el centrómero del cromosoma.

Fish con sondas teloméricas

Son sondas de ADN que identifican regiones cromosómicas próximas a los telómeros que contienen secuencias únicas específicas de cada cromosoma. Estas regiones ricas en genes son una herramienta muy útil para el estudio de alteraciones cromosómicas que afectan a los telómeros tanto por pérdida a ganancias como por reorganizaciones cromosómicas.

Se utiliza la técnica de FISH en preparaciones de muestras en cromosomas metafásicos o núcleos interfásicos los cuales posteriormente se analizan en un microscopio de fluorescencia

La realización de diagnóstico prenatal se realiza sobre el líquido amniótico cultivado, aunque también vellosidad corial y sangre periférica y permite la identificación del número de señales (diagnóstico de ganancia o pérdidas) y la ubicación de estas en los cromosomas metafásicos.

Fish con sondas LSI

Estas sondas locus específicas permiten identificar y enumerar regiones específicas en cromosomas humanos de muestras de sangre periférica o muestras prenatales en interfase o metafase. La detección de duplicaciones o deleciones de regiones cromosómicas específicas, para la detección de los puntos de ruptura en traslocaciones. Se utiliza la técnica de FISH en preparaciones de muestras en cromosomas o núcleos interfásicos los cuales posteriormente se analizan en un

microscopio de fluorescencia.

La realización de diagnóstico prenatal se realiza sobre el líquido amniótico cultivado, aunque también vellosidad corial y sangre periférica y permite la identificación del número de señales (diagnóstico de ganancia o pérdidas) y la ubicación de estas en los cromosomas metafásicos. El diagnóstico prenatal y citogenético (DPC) utilizando cultivo de amniocitos constituye la principal modalidad para realizar los estudios cromosómicos prenatales en aquellas embarazadas con riesgo de tener un niño gestado con un desorden cromosómico como el síndrome de Cri-Du-Chat.

Los protocolos de sonda FISH empleados para desarrollar las técnicas de pintado cromosómico, teloméricas, centroméricas y LSI (locos específico) se discrimina su utilización en función de la anomalía que queramos investigar o detectar, e incluso para orientar el camino analítico a seguir.

Para finalmente poder desarrollar estas técnicas diagnósticas utilizando como muestra biológica el líquido amniótico será preciso solicitar a la gestante la autorización para la obtención de dicho líquido amniótico mediante el consentimiento informado, autorizando así al facultativo de realizar la amniocentesis, es una prueba invasiva pero que tiene un alto grado de seguridad tanto para la madre como para el feto, se ha demostrado un riesgo de aborto fetal menos del 1%.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome Cri-Du-Chat hasta la fecha no tiene cura, no existe tratamiento más allá que aquel que estimula al niño y busca sacar de él, el máximo potencial que le permita llevar una vida más normalizada para sus posibilidades como: fisioterapia para mejorar su condición motora, practica de lenguaje alternativo y terapia ocupacional.

El asesoramiento genético de los padres es un punto importante al realizar estas pruebas ya que los niños posteriores también puedes padecer el síndrome.

En cuanto a las técnicas de hibridación in situ fish utilizadas para el pintado cromosómico, he podido unificarlas en este trabajo y me ha servido para llegar a la conclusión, de que, a pesar de que en la actualidad son técnicas utilizadas cuando la gestante se encuentra en situación de riesgo, en un futuro serán empleadas de forma rutinaria para el seguimiento de un embarazo, tanto por su fiabilidad, sensibilidad y especificidad.

6 Bibliografía

1. Dr. José Rafael Olmedo, médico residente 1º año ginecología y obstetricia Hospital Dr. Manuel Amador Guerrero. Fisiología del líquido amniótico. 15 de julio de 2013.
2. Benítez, Héctor Ignacio Pimentel, Aniorland García Borrego, Nelson Martín Cuesta, Yanelis Alonso Barba, Milagros Torres Palacios, y Ursulina Suárez Mayedo. «Diagnóstico Prenatal Citogenético en Camagüey. Resultados de 20 años», s. f., 5.
3. «CI-GAE4-20120113.pdf». Accedido 30 de mayo de 2018. <http://www.hca.es/>
4. Manuel Mota Caparrós, Juan Bautista Cuenca Pardo, Maria Cruz Sipan Sarrión. Biología molecular y citogenética. Ediciones paraninfo, 1ª edición.
5. Chromosome Abnormalities and Genetic Counseling (fourth edition).
6. Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación. Edita: Junta de Castilla y León <http://www.enfermeriasalamanca.com>
7. Protocolo de cultivo celular del líquido amniótico.. Dra. Mónica Viejo Diaz Coordinadora de Procesos de Citogenética. Laboratorio de Genética, Hospital Universitario Central de Asturias
8. Dr. Cs. Luis Alberto Méndez Rosado, I MSc. Alfredo Nodarse Rodríguez, II MSc. Enny Morales Rodríguez, I MSc. Anduriña Barrios Martínez, I MSc. Michel Soriano Torres, I Lic. Arlay Castelvi López I I Laboratorio de citogenética del Centro Nacional Genética Médica. La Habana, Cuba. II Departamento Provincial de Genética. Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.
9. Protocolo sondas fish casa comercial Cytocell aquarius. Dra. Mónica Viejo Diaz Coordinadora de Procesos de Citogenética. Laboratorio de Genética, Hospital Universitario Central de Asturias.
10. Biotechnology, Unfolded. «Unfolded Biotechnology: Integrazione della Mappa Fisica e Genomica di Riso parte 3». Unfolded Biotechnology (blog), sabato gennaio de 2014.
11. Biomodel Hibridación in situ con fluorescencia (FISH: Fluorescent in situ Hybridization) 2014. <http://www3.uah.es>
12. Biomodel ejemplos de FISH en metafase e interfase. Revisada 2014.

Capítulo 630

TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA DE HAZ CÓNICO EN APLICACIONES CLÍNICAS EN ODONTOLOGÍA

VIRGINIA CAMPELO PANTIGA

VICENTE SUSTAETA CALZADO

LAURA ALVAREZ

NAZARET GARCÍA INSUNZA

1 Introducción

La tomografía computerizada de haz cónica, fue desarrollada a finales de los años noventa. Es un equipo de rayos que se utiliza en odontología, principalmente en las áreas de implantología, cirugía maxilofacial y en ortodoncia.

Esta técnica tiene como objetivo de la tomografía computerizada de haz cónica consiste en obtener escáneres tridimensionales del esqueleto maxilofacial con la menos dosis posible. La imagen que ofrece mejora la superposición y los problemas de distorsión de imágenes.

Los escáneres de tomografía computerizada produce una imagen completa a partir de múltiples cortes que son superpuestos, logrando una alta eficiencia en el uso de rayos X y en la rapidez para la adquisición de datos volumétricos. Esta técnica, escanea a 360 grados en donde la fuente de rayos X y un detector recíprocante de área se mueven alrededor de la cabeza del paciente, estabilizándola

por un cabezal. La adquisición de las imágenes, se distribuyen en tres planos: axial, sagital y coronal.

La tomografía computerizada de haz cónico se utiliza en:

- Planteamientos para la cirugía de dientes impactados.
- Para el diagnóstico del desorden articular temporomandibular.
- Localización de implantes dentales.
- Evaluación de mandíbulas, senos paranasales, canales nerviosos y cavidad nasal.
- Detección, medición y tratamiento de tumores mandibulares.
- Análisis cefalométrico.
- Cirugía reconstructiva.

2 Objetivos

- Evaluar los beneficios y las limitaciones de la tomografía computerizada de haz cónico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Tomografía computerizada de haz cónico. Aplicaciones clínicas en odontología; comparación con otras técnicas. Lenguas, A.L., Ortega, R., Samara, G., López, M.A. Cient Dent. 2010.
- Tomografía computerizada de haz cónico. Antonio F. Finlayson. Odontología general y hospitalaria. Revista UstaSalud.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 631

HISTEROSALPINGOGRAFÍA

ELENA GONZALEZ LOPEZ

ANA MENÉNDEZ JARDÓN

SAUL TUÑÓN MENENDEZ

REBECA FERNÁNDEZ SANCHO

1 Introducción

La histerosalpingografía, también llamada uterosalpingografía, es un examen de rayos X de las trompas de Falopio y el útero de una mujer que utiliza una forma especial de rayos X llamada fluoroscopia y un medio de contraste.

La fluoroscopia es una técnica especial de rayos X que posibilita ver los órganos internos en movimiento. Durante una histerosalpingografía, el útero y las trompas de Falopio se llenan con un medio de contraste soluble en agua.

La histerosalpingografía se utiliza principalmente para examinar a las mujeres que tienen dificultad para quedar embarazadas permitiéndole al radiólogo evaluar la forma y estructura del útero, la abertura de las trompas de Falopio, y cualquier fibrosis dentro de la cavidad uterina peritoneal.

El procedimiento puede utilizarse para investigar abortos espontáneos repetidos que resultan de anomalías congénitas o adquiridas del útero y determinar la presencia y gravedad de estas anomalías, incluyendo: masas de tumor, adherencias, fibras uterinas.

La histerosalpingografía también se utiliza para evaluar la abertura de las trompas de Falopio y controlar los efectos de la cirugía de trompas, incluyendo:

- Obstrucción de las trompas de Falopio debido a infección o fibrosis.
- Ligadura de trompas.
- Cierre de las trompas de Falopio en un procedimiento de esterilización y anulación de la misma.
- Reapertura de las trompas luego de una obstrucción relacionada con una enfermedad o esterilización.

2 Objetivos

Evaluar los usos e indicaciones de la histerosalpingografía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Esta exploración suele llevarse a cabo con la paciente en decúbito supino sobre la mesa.

Después de irrigar el canal vaginal, vaciar completamente la vejiga y limpiar el área perineal, se coloca a la paciente en la mesa de exploración y se ajusta en la posición citoscópica, de litotomía ó ginecológica, con las rodillas flexionadas sobre los soportes para las piernas. Cuando se emplea una mesa combinada, la posición de la paciente se puede ajustar para que las radiografías queden centradas en un punto situado unos 5 centímetros proximal a la sínfisis del pubis; en todos los estudios se utilizan chasis de 24 x 30 cm en posición longitudinal.

Después de inspeccionar la radiografía preliminar y de colocar el espéculo vaginal, el médico introduce una cánula uterina a través del canal cervical, fija firmemente la avellana de goma sobre el orificio cervical externo, comprime con una pinza para evitar el reflujo del medio de contraste y finalmente retira el espéculo,

a menos que se esté utilizando uno radiotransparente. Después, se puede introducir por la cánula un medio de contraste opaco o gaseoso, que fluirá por la cavidad uterina y las trompas, “goteando” a la cavidad peritoneal. La permeabilidad de las trompas se puede comprobar con la insuflación transuterina de gas (prueba de Rubin), pero la longitud, posición y trayecto de las trompas sólo puede visualizarse opacificando sus luces.

Los agentes de contraste yodados se suelen utilizar a temperatura ambiente. Debido a su fluidez, pasan rápidamente por las trompas permeables y el goteo peritoneal resultante se absorbe y elimina a través del sistema urinario, por lo general en 2 horas o menos.

El contraste puede ser inyectado con una jeringa. La presión intrauterina se mantiene mientras se hacen las radiografías, cerrando la válvula de la cánula. Para evitar un excesivo goteo peritoneal cuando no se utiliza la fluoroscopia, el medio de contraste se introduce fraccionadamente en 2 a 4 dosis, cada una de las cuales va seguida de una radiografía para determinar si el relleno es adecuado según la cantidad de líquido que haya caído al peritoneo.

Las radiografías necesarias pueden consistir simplemente en una proyección AP tomada al final de cada inyección fraccionada. También pueden realizarse otras proyecciones (oblicua axial y lateral), si las requiere el facultativo.

En una histerosalpingografía normal observaríamos:

- Cavidad cervical. Tiene aspecto fusiforme y su longitud varía entre 2 y 5 cm. Sus contornos suelen ser lisos y otras veces dentados por relleno de las glándulas mucosas.
- Istmio. Es la zona de transición entre el cuello y el cuerpo. Difícil de delimitar, se distingue radiológicamente sobre todo por su límite inferior. Su longitud media es de alrededor de 1,5 cm.
- Cavidad uterina. En proyección AP tiene forma triangular de base superior. La longitud de sus bordes oscila, aproximadamente, entre 3 y 4 cm por término medio. Vista en proyección lateral, la cavidad uterina es de un aspecto fusiforme, formando con el canal cervical el llamado ángulo de flexión, cuyos valores habituales son de 100-120°.

5 Discusión-Conclusión

En esta prueba, como en cualquier otra exploración complementaria que nos hagamos, existen una serie de riesgos asociados. Los riesgos de una histerosalpingografía son:

1. Los riesgos sujetos de cualquier persona al exponerse a la baja radiación de los rayos X, estos incluyen daño a células o tejidos expuestos a la radiación.
2. Infección pélvica, endometritis o salpingitis. El riesgo aumenta en mujeres que haya sufrido infecciones pélvicas en el pasado, por ese motivo, es probable que el médico recete antibióticos si piensa que usted puede sufrir una de estas dolencias.
3. Daños en las trompas de Falopio o perforación del útero.
4. Reacción alérgica al material de contraste utilizado durante la prueba. Este material tiene una base de yodo, por ese motivo, informe a su médico si es usted alérgica a esta sustancia o le han detectado alergia al marisco (generalmente al yodo que este contiene).

Cabe indicar que, los riesgos de esta prueba se consideran muy bajos en relación a los beneficios obtenidos de poder realizarla.

6 Bibliografía

- <https://www.radiologyinfo.org>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- <https://www.smartsalus.com>

Capítulo 632

NEUMONIA

MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ

DESEADA PRIETO RODRIGUEZ

1 Introducción

La neumonía es una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Es una enfermedad del sistema respiratorio que consiste en la inflamación de los espacios alveolares de los pulmones. La mayoría de las veces la neumonía es infecciosa, pero no siempre es así. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus, lo que provoca tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar.

Diversos microorganismos, como bacterias, virus y hongos, pueden provocar neumonía. La neumonía puede variar en gravedad desde suave a potencialmente mortal. Es más grave en bebés y niños pequeños, personas mayores de 65 años, y personas con problemas de salud o sistemas inmunitarios debilitados. Pudiendo llegar a ser altamente contagiosa, ya que los microorganismos causantes de dicha enfermedad se diseminan rápidamente en el aire, y pueden propagarse por medio de estornudos, tos y mucosidad; un paciente que ha padecido neumonía puede quedarle secuelas de ésta en su organismo por mucho tiempo, esto lo hace potencialmente contagioso y las personas más propensas a contraerla son las que estén en curso de una gripe o un cuadro asmático, entre otras enfermedades del aparato respiratorio. Fumar también puede multiplicar el riesgo.

Los signos y síntomas de la neumonía varían de moderados a graves y dependen de varios factores, como el tipo de germen que causó la infección, edad y salud

en general. Los signos y síntomas moderados suelen ser similares a los de un resfriado o gripe, pero duran más tiempo. Muchos pacientes con neumonía son tratados por su médico especialista de atención primaria y no necesitan su ingreso.

2 Objetivos

- Ayudar a sensibilizar sobre el gran problema de salud que puede originar la neumonía. Especialmente en la población infantil, ya que la neumonía se ha convertido en la principal causa individual de mortalidad infantil en todo el mundo, con mayor frecuencia en África subsahariana y Asia meridional. Así como, a las personas mayores de 65 años, y personas con problemas de salud o sistemas inmunitarios debilitados, enfermedades crónicas etc. Y como no, al resto de la población.
- Reducir la mortalidad por neumonía, disminuir las hospitalizaciones, reducir el uso de fármacos inapropiados (en especial el uso irracional de antibióticos) y, en último término, pero no menos importante, dignificar el nivel primario de atención, reconociendo la importancia de su labor.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica a través de las bases de datos, utilizando como descriptores las palabras clave: Neumonía, sistemas inmunitarios. Se seleccionan diferentes artículos incluidos en las bases de datos Pubmed, Scielo, Medline y en buscadores como Google académico.

4 Resultados

Los gérmenes que pueden causar neumonía son varios. Las bacterias y los virus que se encuentran en el aire que respiramos son los más frecuentes.

Causas:

- Neumonía adquirida en la comunidad.
- Neumonía adquirida en el hospital.
- Neumonía adquirida por cuidado de la salud.
- Neumonía por aspiración.

Signos y síntomas:

- Dolor en el pecho al respirar o toser
- Desorientación o cambios de percepción mental (en adultos de 65 años o más).
- Tos que puede producir flema.
- Fatiga.
- Fiebre, transpiración y escalofríos con temblor.
- Temperatura corporal más baja de lo normal (en adultos mayores de 65 años y personas con un sistema inmunitario débil).
- Náuseas, vómitos o diarrea.
- Dificultad para respirar.

En los recién nacidos y bebés puede no mostrar signos de padecer la infección. Pudiendo vomitar, tener fiebre y tos, parecer inquietos o cansados y sin energía, o presentar dificultad al respirar y comer.

Acudir a su médico o urgencias si tiene dificultad respiratoria, dolor en el pecho, fiebre persistente (39 °C o superior), o tos persistente, sobre todo si tiene tos con mucosidad densa verdosa.

Grupos de riesgo:

- Adultos mayores de 65 años.
- Niños menores de 2 años con signos y síntomas.
- Personas con alguna afección de salud no diagnosticada o con el sistema inmunitario debilitado.
- Personas que reciben quimioterapia o toman medicamentos que inhiben el sistema inmunitario.
- Estar hospitalizado.
- Enfermedad crónica.
- Fumadores.
- Sistema inmunitario debilitado o suprimido.

Incluso algunas personas tienen neumonía habiendo recibido tratamiento, especialmente los que se encuentran en los grupos de alto riesgo, pudiendo llegar experimentar complicaciones.

Para prevenir la neumonía:

- Vacunarse. Las pautas de vacunación han cambiado con el tiempo; por lo tanto, asegúrese de revisar el estado de tus vacunas con tu médico incluso habiendo sido vacunado anteriormente contra la neumonía.

- Asegúrate de que los niños se vacunen. Es recomendada una vacuna para la neumonía diferente para niños menores de 2 años y para niños de 2 a 5 años que son particularmente propensos a contraer la enfermedad. Así como a niños que concurren a una guardería grupal . Los médicos además recomiendan la vacuna contra la influenza para niños menores de 6 meses.
- Practica una buena higiene. Lavarse las manos regularmente o el uso de un desinfectante a base de alcohol.
- No fumar. Para no dañar las defensas naturales que protegen los pulmones de las infecciones respiratorias.
- Mantén fuerte el sistema inmunitario. Durmiendo lo suficiente, ejercitándose regularmente y llevar una dieta saludable.

Diagnóstico:

El médico realizara una exploración física, escuchará los pulmones con un estetoscopio para detectar cualquier sonido anormal de burbujeo o crepitación.

Si existe sospecha:

- Análisis de sangre.
- Radiografía torácica.
- Pulsioximetría.
- Prueba de esputo.

Si el paciente es mayor de 65 años, estás en el hospital o tiene síntomas graves u otras enfermedades.

- TC de tórax.
- Cultivo de líquido pleural

Tratamiento:

Las personas que presentan neumonía adquirida en la calle normalmente reciben tratamiento en sus hogares con medicación.

Los tratamientos específicos dependen del tipo y la gravedad, edad y estado de salud general. Pudiendo ser:

- Antibióticos.
- Medicamentos para la tos.
- Antifebriles/analgésicos.

Quizás internamiento hospitalario:

- Es mayor de 65 años.
- Se confunde con la hora, la gente, o los lugares.

- La función de los riñones se ha reducido.

La presión sistólica está por debajo de 90 milímetros de mercurio (mm Hg) o la presión diastólica es de 60 mm Hg o menor.

- La respiración es rápida (30 inhalaciones o más por minuto).
- Necesita asistencia para respirar.
- Temperatura es más baja de lo normal.
- Frecuencia cardíaca está por debajo de 50 o por encima de 100.

Internamiento en la unidad de cuidado intensivo si es necesario respirador artificial o si tiene síntomas son graves.

Internar a los niños:

- Son menores de 2 meses.
- Están letárgicos o tienen mucho sueño.
- Tienen problemas para respirar.
- Tienen bajos niveles de oxígeno en la sangre.
- Parecen estar deshidratados.

5 Discusión-Conclusión

La neumonía adquirida en la comunidad es una grave enfermedad infecciosa de las vías respiratorias inferiores que se adquiere, en la mayoría de casos, fuera de un hospital. De elevada incidencia y motivó hospitalización frecuente .

La etiología es por múltiples microorganismos, pero con el advenimiento de nuevas técnicas y procedimientos diagnósticos (biología molecular) es posible identificar el agente causal. La población más vulnerable son los dos extremos de la vida.

Las manifestaciones clínicas pueden ser típicas (fiebre, tos, esputo purulento, taquipnea, dolor pleurítico y anomalías auscultatorias) o inespecíficas.

El pronóstico de los pacientes se basa en un diagnóstico y tratamiento adecuados. La alta incidencia de letalidad en la población sugiere un importante problema de salud pública. La prevención por medio de vacunación, evitar factores de riesgo como el tabaquismo y una conciencia de la enfermedad, disminuirán la incidencia de neumonía adquirida en la comunidad.

6 Bibliografía

- Intermountain Healthcare.
- Asociación Mexicana de medicina de urgencias.
- Revista medica electrónica.
- Bases de datos pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 633

EL DERECHO DE PROTECCIÓN A LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN.

NOELIA DE CON SANTOS

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

1 Introducción

La constitución debemos considerarla como una ley de leyes, como una norma suprema de cualquier ordenamiento, que regula los principios fundamentales de la convivencia política de una comunidad, que emana de un proceso especial, en el que interviene el pueblo de forma directa.

Podríamos decir muchas características de la constitución, pero nos vamos a centrar en la protección a la salud. Para ello debemos hacer referencia a la definición de la OMS que define la salud como el estado absoluto de bienestar físico, mental y social, sin distinción de religiones, credos políticos o clases sociales. También debemos referirnos a la Declaración Universal de Derechos Humanos que recoge el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud.

El artículo principal que regula el derecho a la protección de la salud es el art. 43 de la constitución, aunque debemos puntualizar que también hay otros artículos que afectan a esta materia, destacando el art. 41 que recoge un régimen público de Seguridad social para todos los ciudadanos.

El art. 149.1.16 también hace referencia a la salud nos dice que el estado tiene competencia exclusiva sobre: sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos.

El art. 148 CE se llama “Sanidad e Higiene” aunque esta no es la sanidad por completo, sino el desarrollo de las bases de la sanidad que establece el estado. Es la ley General de Sanidad la que establece esas bases y esa coordinación general.

Otros artículos relacionados con la salud son: art 14 igualdad ante la ley; art. 15 CE derecho a la vida, la integridad física y moral; art. 18 CE se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, art. 40 CE seguridad e higiene en el trabajo; art. 51 CE defensa de los consumidores y usuarios; art. 45 CE derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado.

2 Objetivos

Establecer claramente que implica el artículo 43 CE y establecer que no sólo este regula la protección a la salud dentro del marco constitucional, sino que hay muchos otros que también hacen referencia a ello.

3 Metodología

Estudio pormenorizado de la constitución española, ley de leyes. También he buscado información en sus leyes de desarrollo.

4 Resultados

Hay unos aspectos a destacar de ese art. 43 y es que, en él se reconoce el derecho a la protección de la salud, no el derecho a la salud, pues ésta puede faltar por motivos ajenos al funcionamiento de los servicios sanitarios. Otro aspecto importante es, que no es un derecho fundamental, puesto que se recoge en el título I de la CE, pero en su capítulo III como principio rector de la política económica y social, no en el capítulo I de los derechos fundamentales.

Hay muchos artículos referidos a la salud dentro de la constitución, no debemos pensar que sólo se refiere a ella en un único artículo (43), sino que tenemos muchas referencias, como el derecho a la asistencia sanitaria art. 41 CE que establece un régimen público de Seguridad Social, el art. 49 se refiere a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales o el art. 50 que hace referencia a la tercera edad.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la norma suprema de nuestro ordenamiento es la constitución y en ella se reconoce el derecho a la protección de la salud, también existen otras leyes de desarrollo constitucional referentes a ello, como la Ley General de Sanidad, en la que también se reconocen derechos y se diseña un sistema sanitario gestionado por las comunidades autónomas, y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en el cual se hace referencia a las prestaciones y la cartera de servicios del sistema de salud.

6 Bibliografía

- Constitución Española de 1978.
- Código de Leyes Administrativas. Luis Martín Rebollo. Ed: Aranzadi 2001.

Capítulo 634

VIOLENCIA DE GÉNERO Y ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.

NOELIA DE CON SANTOS

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

1 Introducción

Los casos de maltrato, son considerados un problema sanitario de grandes dimensiones. En el cual quedan implicados, no solo los servicios sanitarios, sino también los servicios sociales, educativos y judiciales. Para ello se elabora un Código de Violencia de Género y Doméstica.

Hoy en día, ya hay establecido una guía o protocolo de actuaciones ante la violencia de género en el ámbito socio sanitario. Este permite, que todo el personal sanitario conozca la forma de actuar ante un posible caso, evitando el mayor número de fallos posibles. No es una tarea fácil, ni se puede tomar a la ligera, por ello es esencial la eficacia en la forma de proceder del personal sanitario.

Instruiremos a él personal, en cómo debe actuar ante los diferentes tipos de maltrato tanto en el físico, como en el psíquico o en el sexual, puesto que el modus operandi no es igual en cada uno de ellos. Aunque si podemos, decir que hay unas medidas también comunes a todos ellos y es en la que nos vamos a centrar aquí.

2 Objetivos

Constatar la importancia de formar al personal sanitario para que sepa cómo actuar, de forma eficaz y rápida, ante cualquier caso de violencia de género.

3 Metodología

Nos hemos basado, en la legislación vigente relativa a la materia. También en protocolos hospitalarios. Finalmente se han revisado revistas sanitarias publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

4 Resultados

Es fundamental y uno de los eslabones más importantes dentro del ámbito sanitario, la realización de una correcta anamnesis. Hay establecidas una serie de recomendaciones, para la entrevista clínica a la mujer ante la sospecha de maltrato y también hay otro tipo de recomendaciones diferentes cuando la mujer reconoce sufrir un maltrato.

Todo el personal, encargado de realizar esta entrevista previa debe estar bien formado en cómo debe de realizarla, ya que un posible fallo en este primer eslabón podría ser un error de terribles consecuencias.

Las actuaciones generales del personal sanitario serán:

- Mantener una actitud de alerta y búsqueda activa de conducta o signos de sospecha.
- Realizar preguntas exploratorias.
- Coordinarse con el personal de otras especialidades como trabajo social, pediatría, salud mental, etc..
- Importante coordinarse con la persona encargada en materia de violencia de género.
- Registrar en la historia clínica las sospechas y las actuaciones realizadas. Pueden servir como prueba importante en un proceso judicial.

Después de las primeras actuaciones, seguiremos un el “plan de intervención”, existen 3 planes diferentes dependiendo de si la mujer reconoce o no su situación de violencia de género y si hay o no riesgo para ella.

1. Si presenta indicadores de violencia pero la mujer no lo reconoce, el principal objetivo en este supuesto es que reconozca la situación de maltrato que vive,

para desde el propio centro hospitalario poder iniciar los trámites necesarios. Es recomendable realizar varias entrevistas para validar la sospecha, en este caso es esencial que exista un clima adecuado.

2. Si la mujer manifiesta situaciones de violencia de género, el objetivo de la intervención es que la mujer sienta el apoyo de el/ la profesional y sea consciente de su situación para así poder iniciar los cambios necesarios para finalizar con esa situación de maltrato.

3. Si la mujer manifiesta situaciones de violencia de género y se encuentra en peligro urgente, el objetivo prioritario es la de proteger la vida de la mujer y de sus hijos/as. En caso de que el peligro se detecte en la entrevista y exploración, y no sea reconocido por la mujer, es preciso hacerla consciente del riesgo que corre, recordándole que no está sola y facilitándole el 112 como número en caso de urgencia. En el caso de que hubiera menores tomaremos una actitud más directiva.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión es clara, debemos tener a un personal conocedor de la forma de actuar ante un caso de violencia de género, sea del tipo que sea. Dentro de esto, también se les debe instruir en la forma de coordinarse con el resto de autoridades implicadas como la policía forense, etc.

Y lo más importante, es que las formas de actuación las debe conocer, todo el personal sanitario desde celadores hasta los facultativos, reitero de nuevo “todo el personal”, esto es fundamental.

6 Bibliografía

- <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/violencia/violenciaGenero/home.htm>
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Imprime: Solana e Hijos A.G. S.A.U.

Capítulo 635

EL LAVADO DE MANOS COMO MEDIDA BASICA EN LA PREVENCION DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

Las enfermedades transmisibles ocasionan, dentro del ámbito hospitalario las llamadas “infecciones nosocomiales”. Las infecciones nosocomiales son aquellas que no se habían presentado previamente en el paciente hospitalizado ni estaban en periodo de incubación cuando este ingresó en el centro, se presentan en el paciente una vez que este ingresa en el hospital y son la causa más frecuente de efectos adversos en los sistemas sanitarios actualmente. La OMS las define como: “infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso”. Estas infecciones pueden afectar además de al paciente, a los familiares y personal sanitario (infecciones ocupacionales), son las de mayor afectación a nivel mundial y provocan la prolongación de los ingresos

hospitalarios, agravan discapacidad funcional (a largo plazo), resistencia de los microorganismos a los antibióticos así como elevados gastos para los sistemas sanitarios, pacientes, familias y muertes innecesarias.

Los principales factores que influyen en la manifestación de las infecciones nosocomiales son:

- El agente microbiano. La posibilidad de exposición que conlleva a infección depende en gran parte de las características de los microorganismos, resistencia a los antimicrobianos, virulencia intrínseca, cantidad de material infeccioso y de la infectividad. También son importantes las propiedades intrínsecas de los microorganismos para sobrevivir en el ambiente, temperatura, humedad, luz, etc.
 - Vulnerabilidad de los pacientes. Los factores que están implicados en el desarrollo de la IN y la gravedad se clasifican en: intrínsecos y extrínsecos. Los extrínsecos son los procedimientos médicos, quirúrgicos invasivos, duración de la terapia antimicrobiana, duración de la hospitalización así como el personal sanitario. Otros factores que influyen en el desarrollo y severidad de la enfermedad son la edad, estado nutricional, estado de inmunidad, etc.
 - Factores ambientales. Los pacientes con infección o portadores de microorganismos patógenos son los focos potenciales de infección para otros pacientes, familiares o personal sanitario. Los traslados de una unidad a otra frecuentemente de los pacientes, la concentración de enfermos muy vulnerables en una sala son los principales factores ambientales que contribuyen a la transmisión de infecciones nosocomiales.
 - Resistencia bacteriana. Con el mayor uso de agentes antimicrobianos aumenta la aparición de bacterias resistentes a ese antimicrobiano que se pueden propagar por el centro sanitario.
- Dependiendo del sitio donde se presenta la infección, podemos clasificarlas en:
- Infecciones urinarias: son las más habituales y suelen ser causadas por el uso permanente de la sonda vesical.
 - Infecciones en herida quirúrgica: también son bastante frecuentes, tienen un gran efecto en los gastos hospitalarios y en la duración del postoperatorio.
 - Neumonía nosocomial: Los pacientes mas afectados son los que han sido conectados a respiradores en en las unidades de cuidados intensivos, lugares en los que la tasa de neumonia es elevada.
 - Bacteriemia nosocomial: Presentan una tasa baja pero con un alto nivel de letalidad y depende del microorganismo que la provoque.
 - Otras infecciones nosocomiales: infecciones de la piel y tejidos blandos, gastroenteritis, sinusitis, endometritis.

Teniendo en cuenta el agente patógeno podemos clasificarlas del siguiente modo:

- Bacterias. Este es el agente patógeno mas frecuente y se dividen en comensales (presentes en la flora normal de las personas sanas) y patógenas que son las de mayor virulencia y las que causan las infecciones
- Virus. Es posible la transmisión nosocomial de muchos tipos de virus, ejemplo: hepatitis B, hepatitis C, rotavirus, Ebola.
- Parásitos y hongos. Son causas frecuentes de infecciones sistemáticas en pacientes con inmunodeficiencia.

Las medidas básicas para prevenir las IN son:

- Estricto lavado de manos.
- Técnicas de asepsia y antisepsia, desinfección, esterilización.
- Uso de guantes, protectores oculares, de cara, barbijos.
- Uso de batas estériles y lavado de ropa.
- Control de riesgos ambientales.
- Profilaxis antibiótica.
- Uso racional de antibióticos.
- Nutrición adecuada y esquema de vacunación.
- Protección del personal de salud y capacitación.

Muchas medidas de prevención y control de las infecciones, como la higiene de las manos, son simples, baratas y eficaces, aunque requieren una mayor responsabilización y un cambio de conducta por parte del personal.

2 Objetivos

Analizar y determinar la importancia y eficacia del lavado de manos como medida de control y prevención en la transmisión de las infecciones nosocomiales así como explicar los pasos para una correcta higiene de manos.

3 Metodología

Se ha realizado diversas búsquedas en bases de datos y revistas de medicina tales como Univadis, Elsevier, OMC, MIMS, medicina infantil, AEPAP, salud hospitalaria, PubMed/Medline... También son utilizadas otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico y publicaciones de otros hospitales españoles y extranjeros. Utilizando como palabras clave: “infección”, “salud hospitalaria”, “infección nosocomial”, “prevención de infecciones”,

“agentes patógenos”, “lavado de manos”, “salud pública”, filtrando fechas entre 2000 y 2019. Analizamos textos de bibliografías, sobre este tipo de afectaciones, patologías y tratamientos, como datos que describen el objetivo del estudio. Se revisan además textos de estudios donde valoran la eficacia del lavado de manos como medida de prevención en la transmisión de estas infecciones y las distintas técnicas de lavado de manos.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica realizada podemos observar que las infecciones nosocomiales constituyen hoy en día un grave problema de salud pública a nivel mundial. Entre las principales medidas de prevención y control está el lavado de manos siendo esta una de las medidas más eficaces.

El lavado de manos logra reducir hasta el 50% la incidencia de las infecciones intrahospitalarias. Esta técnica es simple, económica e importante en la prevención de este tipo de infecciones.

Dependiendo de la situación clínica, el lugar y los recursos las técnicas de lavado de manos se clasifican en:

LAVADO DE MANOS SOCIAL.

Es el lavado de manos de rutina. Para ello se necesita jabón común, preferentemente líquido y la duración no debe ser inferior a 15 segundos. El objetivo del lavado de manos social es remover la suciedad y material orgánico disminuyendo la concentración de bacterias o flora transitoria presente en la piel. Esta técnica la deben realizar: personal sanitario y no sanitario.

La técnica básica es:

1. Usar agua y jabón líquido antimicrobiano.
2. Mojar abundantemente las manos con agua.
3. Frotar toda la superficie de las manos insistiendo entre los dedos y las en las uñas llegando 10cm (aprox) por debajo del pliegue de las muñecas. Este paso debe durar entre 10-15”.
4. Aclarar abundantemente las manos.
5. Secar las manos con toallas de papel desechables.
6. Cerrar el grifo con la misma toalla para evitar la recontaminación.
7. En total esta técnica debe durar unos 30”

Indicaciones:

- Antes de manipular alimentos, dar de comer al paciente, comer.
- Después de ir al baño.
- Antes y después de atender al paciente, bañar, hacer la cama...
- Cuando las manos estén visiblemente sucias.

LAVADO DE MANOS CLINICO CON ANTISEPTICO.

Es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano. Esta solución es de rápida acción , no es irritante y está diseñado para usar en situaciones de brotes de infección en hospitales, áreas de cuidados intensivos, áreas de pacientes inmunodeprimidos, áreas donde realizan procedimientos invasivos y este es el método mas efectivo en la prevención de transmisión de enfermedades. El objetivo es remover y/o eliminar microorganismos transitorios adquiridos por contacto reciente con los pacientes o material contaminado. Debe ser realizado por personal sanitario y no sanitario de las áreas críticas como UCI, neonatología, salas de quemados, salas de procedimientos invasivos.

La técnica básica consiste en:

1. Humedecer las manos.
2. Aplicar de 3 a 5ml de jabón antiséptico.
3. Frotar durante 15 a 30” toda la superficie de la mano, uñas y espacios interdigitales, llegando hasta la muñeca.
4. Secar con una toalla de papel, una por mano.
5. Usar la misma toalla para cerrar el grifo evitando así una nueva contaminación.

Un procedimiento invasivo. Ejemplo: Colocación de un catéter vascular periférico, colocación de una sonda vesical, colocación de una vía central.

Medir presión nerviosa central o monitorizar la presión intravascular:

- Curar heridas.
- Preparar soluciones parenterales.
- Administrar medicación parenteral.
- Aspirar secreciones de vías respiratorias.
- Administrar y/o manipular sangre y sus derivados.
- Antes y después de tener contacto con pacientes potencialmente infectados.
- Después de usar el baño, toser, estornudar...
- Antes de contactar con pacientes inmunodeprimidos por alteraciones en la inmunidad humoral o celular, con alteraciones en la piel y mucosas, pacientes de edad avanzada.

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.

Es el realizado por el equipo quirúrgico antes de acceder al quirófano, siempre está indicado el uso de un jabón antiséptico. El objetivo es evitar la contaminación en el quirófano, removiendo y destruyendo los microorganismos transitorios y reduciendo la flora residente en las manos del personal de quirófano. Debe realizarlo todo el personal que forma parte del equipo de quirófano.

La técnica básica consiste en:

- Accionar la llave con pedal o con el codo o célula fotoeléctrica.
- Mojar las manos con abundante agua, aplicar el jabón antiséptico 3- 5ml, restregar enérgicamente durante 5 minutos en el primer lavado y durante 3 minutos en los lavados siguientes.
- Frotar las manos , palma con palma, palma derecha con dorso de mano izquierda y palma izquierda con dorso de mano derecha, los espacios interdigitales de mano derecha y luego los de la mano izquierda.
- Con movimientos rotatorios descender por los antebrazos hasta 6cm por encima del codo.
- Limpiar uña por uña, de una mano y luego la otra.
- Enjuagar las manos manteniéndolas levantadas sobre los codos.
- Durante el procedimiento se recomienda mantener los brazos hacia arriba y alejadas del cuerpo favoreciendo el escurrimiento hacia los codos. No tocar superficies o elementos.
- La duración del procedimiento es de 5 minutos
- Secar las manos y antebrazos con toallas estériles.
- Entrar en el quirófano dando la espalda a la puerta.

Este lavado de manos está indicado:

- Antes de los procedimientos quirúrgicos.
- Antes de procedimientos invasivos con incisión en la piel.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales son las más frecuentes a nivel mundial afectando a pacientes, familiares y personal sanitario, son estas un grave problema en la salud pública dado que retrasan la recuperación del paciente, las altas hospitalarias, aumentan los gastos derivados de la hospitalización y provocan muertes innecesarias.

Entre otras medidas preventivas, podemos destacar que la más barata, eficaz y más básica y que está al alcance de todos es el lavado de manos, siempre y cuando

esta sea adecuada a cada lugar y situación.

6 Bibliografía

1. Vargas Caraballo, D. "Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria." línea]. Madrid: Organización Mundial de la Salud (2015).
2. Ducel, G., et al. "Prevención de las Infecciones Nosocomiales: guía práctica, OMS." (2002).
3. Nodarse Hernández, Rafael. "Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias." *Revista Cubana de Medicina Militar* 31.3 (2002): 201-208.
4. Perez Montoya, Luis Humberto, et al. "Infecciones intrahospitalarias: agentes, manejo actual y prevención." *Revista Científica Ciencia Médica* 13.2 (2010): 90-94.
5. Villanueva Rábano, Raúl. "Medidas de aislamiento en enfermedades transmisibles dentro del ámbito hospitalario." (2016).
6. Coelho M, Silva Arruda C, Faria Simões S. HIGIENE DE MANOS COMO ESTRATEGIA FUNDAMENTAL EN EL CONTROL DE INFECCIÓN HOSPITALARIA: UN ESTUDIO CUANTITATIVO. *Enf Global [Internet]*. 16 de enero de 2011 [citado 28 de diciembre de 2019];10(1).
7. Serjan, María A., and Liliana Saraceni. "Higiene en manos." *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 24.4 (2005): 158-163.

Capítulo 636

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA

JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS

RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

RAQUEL PEREZ PEREZ

ANGELA LÓPEZ SUÁREZ

CRISTINA BALMASEDA MENENDEZ

1 Introducción

La gammagrafía ósea es un método de diagnóstico a través de imágenes que permiten evaluar una gran cantidad de enfermedades y condiciones de los huesos tales como fracturas, infecciones y cáncer, utilizando para ello un radiofarmaco inyectado al torrente sanguíneo el cual será absorbido en mayor cantidad en aquellas zonas de hueso que presenten anomalías.

2 Objetivos

Objetivos Generales:

- Profundizar en el estudio de la gammagrafía ósea.
- Describir como se realiza una gammagrafía ósea.

Objetivos Específicos:

- Describir que es una gammagrafía.
- Describir que es una gammacámara.
- Enumerar los beneficios y los riesgos de una gammagrafía ósea.

3 Metodología

Se ha obtenido la información recopilando artículos en páginas web de internet a través de buscadores como Google Académico, Pubmed . Se han buscado tanto páginas en castellano como páginas en inglés, utilizando las palabras clave: gammagrafía, medina nuclear, diagnostico por imagen

4 Resultados

¿QUE ES UNA GAMMAGRAFIA?

La gammagrafía es la obtención de imágenes de la zona del cuerpo que es necesario estudiar utilizando para ello una fuente emisora de radiación gamma, normalmente un radiofármaco inyectdo al paciente, una fuente de captación de esa radiación gamma (gammacámara) y un ordenador que reciba los datos de la fuente de captación y que los transforma en imágenes que aportan información morfológica y funcional.

¿QUE ES UNA GAMMACAMARA?

La gammacámara es un dispositivo que captura la radiación emitida por el radiofármaco en la zona de estudio y poder obtener así imágenes de esa zona. Está formada por un detector de centelleo sólido que proporciona información acerca de la posición de la lámina que interacciona con el fotón y de la energía cedida y la dirección de éste. También está formada por un colimador, un tubo fotomultiplicador, un circuito de posicionamiento, un analizador de la altura del pulso y un display o almacenador.

¿QUE ES UN RADIOFÁRMACO?

El radiofármaco que se administra al paciente contiene un trazador y una pequeña cantidad de radionúclido que al ser captada por el órgano o tejido que se desea estudiar emite una pequeña cantidad de radiación, la cual es recogida a través de la gammacámara para obtener imágenes de la acumulación de radiofármaco en ese órgano o tejido.

GAMMAGRAFIA OSEA

Una gammagrafía ósea puede ser utilizada para:

- Detectar cáncer de huesos o metástasis ósea proveniente de un cáncer en el pulmón, en la próstata o en los senos.
- El diagnóstico o localización de un dolor óseo que no tiene explicación.
- Determinar la ubicación de un hueso anormal tanto en el pie como en la columna vertebral.
- Ayudar a diagnosticar fracturas(fractura por estres) y aquellas que no son visibles en una radiografía
- Buscar daños en los huesos producidos por infecciones.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

La realización de una gammagrafía ósea no requiere ninguna preparación especial por parte del paciente salvo que le debe indicar al médico o radiólogo si está tomando algún medicamento ya que si éste contiene bario o bismuto puede influir en el resultado de la prueba. También debe indicar si es alérgico a alguna sustancia o si has estado enfermo en los días anteriores a la realización de la prueba.

Si la paciente es una mujer debe indicar si es posible que esté embarazada o si es amamantando a su bebé ya que este deberá ingerir leche de formula durante 2 o 3 dias hasta que la paciente haya eliminado los restos de radiofármaco.

REALIZACIÓN DE UNA GAMMAGRAFÍA ÓSEA

Al llegar a la sala donde se va a realizar el estudio, la enfermera realizará un cuestionario previo al paciente para saber si ha realizado correctamente la preparación previa que le haya recomendado el médico. Si todo se ha realizado de forma satisfactoria le pedirá al paciente que pase a un cabina donde deberá quitarse la ropa y ponerse una bata que le será entregada. También deberá informar al paciente que debe desprenderse de las joyas, pendientes, piercings y de todos aquellos objetos metálicos que puedan interferir en la obtención correcta de las imágenes.

A continuación la enfermera procederá a inyectar en una vena el radiofármaco. En función del tipo de estudio que se vaya a realizar se determinará cuál es la zona idónea donde llevar a cabo la inyección del radiofármaco así como el número de exploraciones. Generalmente es necesario que pasen entre 2 y 4 horas para que el radiofármaco llegue a la totalidad de los huesos del cuerpo por lo que la enfermera llevará al paciente a una sala especial donde aguardará hasta que pase ese tiempo. Durante su estancia en esa sala la enfermera deberá proporcionar entre 4 y 6 vasos al paciente que deberá tomarse para que antes de empezar con la adquisición de imágenes el paciente elimine a través de la orina el radiofármaco

que no ha sido absorbido y que no es necesario para el estudio.

Transcurrido ese periodo se procederá a empezar el estudio para ello la enfermera colocará al paciente en decúbito supino y abandonará la sala donde está situada la gammacámara. El paciente deberá permanecer quieto durante todo el tiempo que dure el estudio salvo que el técnico le indique cambiar de posición. A continuación el técnico colocará sobre el paciente la cámara de captación de imágenes la cual puede hacer rotar.

En algunos tipos de gammagrafías la adquisición de imágenes se realiza a la vez que se inyecta el radiofármaco, otras inmediatamente después de la inyección y en otras es necesario que pasen de 3 a 5 horas. Éste tipo de gammagrafías son conocidas como gammagrafías óseas en tres fases.

Generalmente la gammagrafía ósea no genera efectos secundarios ni molestias importantes. Lo único que sentirá el paciente será una sensación de frío cuando la enfermera le inyecte el radiofármaco y molestias durante la realización del estudio por la necesidad de que permanezca quieto durante todo el tiempo que dure este. No es necesario el uso de anestesia ni de sedación.

Una vez finalizado el estudio el paciente podrá retomar su vida normal salvo que el técnico o el radiólogo le indique lo contrario. La eliminación de la pequeña cantidad de radiofármaco que todavía permanecerá en su cuerpo se irá eliminando poco a poco debido al proceso de decaimiento radiactivo y a través de la orina y las heces por lo que es recomendable la ingesta de grandes cantidades de agua durante los días siguientes para ayudar a la eliminación del radiofármaco. De todas maneras la cantidad de radiofármaco es tan pequeña que no supone un riesgo importante.

BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA

Beneficios

- Proporciona información única sobre la función y la anatomía de la zona que se pretende estudiar.
- Aporta la información más útil para el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades.
- La gammagrafía es más barata que una cirugía exploratoria.
- Ayuda a la evaluación del estado de los huesos y a la detección de posibles fracturas y anomalías que podrían no ser detectadas por una radiografía de rayos X.
- Permite una detección pronta de un cáncer primario y la posible metástasis que

se haya diseminado por todo el cuerpo.

- Permite detectar la osteomielitis que es una infección que afecta a los huesos y a la médula ósea.
- Permite realizar el seguimiento de un tratamiento.

Riesgos

- Las reacciones alérgicas al radiofármaco suelen ser muy poco frecuentes y cuando aparecen son de baja importancia pero aún así es importante avisar al técnico o a la enfermera sobre posibles alergias u otras situaciones que hayan ocurrido durante otra exploración con radiofármaco.
- Al inyectar el radiofármaco se puede provocar una leve rojez en la zona de la inyección.
- Existe un pequeño riesgo como en toda exploración con cualquier tipo de radiación a que se destruyan células o tejidos.
- En mujeres embarazadas se puede transferir el radiofármaco a la leche materna y la radiación puede llegar al feto.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la gammagrafía ósea presenta una serie de limitaciones tales como que no identifica algunos tipos de cáncer, puede ser necesaria la realización de otras exploraciones tales como TC o RM cuando se detecta una anomalía en una gammagrafía y la resolución de las imágenes de una gammagrafía no tienen la misma resolución que las de TC o RM, es un buen método de diagnóstico por imagen en la detección de patologías asociadas al cáncer.

6 Bibliografía

1. canalSALUD. (2019). ¿Qué es una prueba de gammagrafía? -canalSALUD. [online] [Accessed 29 Dec. 2019]
2. CAMARA GAMMA [Internet]. Medicinayradioterapia.blogspot.com. 2019 [cited 29 December 2019].
3. Radiofármacos de diagnóstico | OIEA [Internet]. Iaea.org. 2019 [cited 29 December 2019].
4. (ACR) R. Gammagrafía ósea (de hueso) [Internet]. Radiologyinfo.org. 2019 [cited 29 December 2019].
5. Gammagrafía ósea [Internet]. Cancer.Net. 2019 [cited 29 December 2019].

6. GAMMAGRAFÍA ÓSEA ¿PARA QUÉ SIRVE ESTA PRUEBA? [Internet]. dr roberto. 2019 [cited 29 December 2019].

Capítulo 637

EL USO DE LOS RAYOS X EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: VENTAJAS Y CONDICIONANTES

ARACELI ZAPICO DIAZ

MARIA TERESA ROSARIO GARCIA

MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA

MONICA ALVAREZ CARRASCO

1 Introducción

La artritis reumatoide (AR) es considerada una enfermedad de sistémica que se caracteriza por ser de etiología desconocida y patogenia autoinmune, caracterizada por sinovitis crónica erosiva poliarticular. Ésta ocurre en aproximadamente 5 de cada 1000 personas y puede provocar severos daños articulares discapacidades. Con el objetivo de analizar la efectividad que tiene el uso de Rayos X en el diagnóstico precoz de la AR: sus ventajas y condicionantes, se realiza un estudio de tipo descriptivo para la elaboración del presente capítulo.

Criterios diagnósticos de la artritis reumatoide

- Rigidez matutina. Con una duración superior a 1 hora.
- Artritis de tres o más articulaciones: signo de evaluación médica, donde se evidencia aumento de las partes blandas o derrame articular en las articulaciones

interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñeca, codo, rodilla, tobillo o articulaciones metatarsofalángicas.

- Artritis de las articulaciones de la mano, debe afectarse al menos una de las siguientes: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas o muñeca
- Artritis sinética: artritis simultánea de dos articulaciones simétricas, aunque las afecciones de las interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y metatarsofalángicas puede ser bilateral y asimétrica.
- Nódulos reumatoides: observadas por un médico en áreas particulares, superficies extensoras o prominencias óseas.
- Factor reumatoide sérico: debe determinarse por un método cuya tasa de positividad entre los sujetos sanos (controles), sea inferior al 5 %.
- Cambios radiológicos: cambios típicos de la enfermedad en la radiografía posteroanterior de la mano y de la muñeca (osteoporosis local y erosiones).

En base a esto se puede decir que el diagnóstico de la AR se debe realizar basándose en la historia clínica, la exploración radiográfica y los hallazgos de laboratorio, después de descartar otras enfermedades. (Lozano, 2001).

Rayos X en artritis reumatoide.

La Rx sigue siendo el examen de primera línea en el diagnóstico de las artropatías, en la monitorización de la progresión de la enfermedad y la respuesta terapéutica. Para su análisis es fundamental un acucioso examen de múltiples aspectos como: estado de la mineralización ósea, espacios articulares, alineamiento articular, tejidos blandos, presencia de calcificaciones, estado del hueso subcondral periarticular, presencia de erosiones, formación de hueso y osteofitos. (Villaraga y Calvo,2006).

Todas las articulaciones afectadas por la enfermedad presentan características radiológicas comunes como resultado de la inflamación crónica local. El primer hallazgo que puede observarse es un aumento de las partes blandas a expensas de la hipertrofia sinovial y el derrame articular. De igual forma, en el hueso yuxtaarticular puede encontrarse radiolucencia debido a osteopenia, que en la mano se manifiesta como osteoporosis en banda en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. La actividad inflamatoria generalmente, va produciendo el deterioro del cartílago articular, que radiológicamente se observa como una disminución del espacio entre ambos extremos óseos articulares (pinzamiento de la interlínea). Cuando la enfermedad avanza se producen alteraciones de la alineación de las articulaciones (subluxación) y, por la persistencia de la actividad inflamatoria, aparecen erosiones óseas marginales. Es ha-

bitual evidenciar la presencia de erosiones en la AR que permite diferenciarla de otras artropatías inflamatorias de carácter autoinmune como el lupus eritematoso sistémico, donde no suelen existir (Lozano, 2001).

De igual forma se puede decir que, las artritis se caracterizan por las erosiones marginales, en los bordes de la superficie articular, en las áreas “desnudas” de cartílago. En la medida que la enfermedad progresa, éste se compromete y aparecen erosiones centrales. (Villarraga et al, 2006)

Se puede decir que, han habido grandes avances tecnológicos en las herramientas de diagnóstico por imágenes ya conocidas y se están desarrollando nuevas aplicaciones, que no solo permiten hacer diagnósticos morfológicos. Se obtiene actualmente información bioquímica, funcional y molecular de los tejidos, lo que hace suponer que estamos a las puertas de un nuevo gran paso en el quehacer de los radiólogos que no solo leen las alteraciones anatómicas o morfológicas que los procesos patológicos producen en los tejidos y órganos, sino que además obtienen información de la estructura bioquímica, molecular e incluso funcional. Con ello se puede aventurar que en un futuro no tan lejano el diagnóstico por imágenes se irá enriqueciendo y transformando en una disciplina de diagnósticos morfológicos y fisiológicos de patologías, en estadios mucho más precoces que en la actualidad.(Chávez, Tavares, Villela y Ribeiro, 2009).

En reumatología los estudios por imágenes juegan un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes. En tal sentido, el desarrollo de técnicas como el Ultrasonido (US), la Resonancia Magnética (RM) y la Densitometría ósea posibilitan realizar diagnósticos en etapas más precoces, lo que permite modificar el curso de la enfermedad a través de tratamientos más tempranos y controlar en forma más precisa la respuesta al tratamiento. Pero se considera la radiografía convencional como el examen de primera línea en el estudio por ser este de más fácil acceso y menor costo para el paciente (Muñozet al 2012).

En este sentido la radiología simple (Rx) continúa siendo el primer examen a realizar en la evaluación de patologías articulares. En las últimas décadas ha mejorado la calidad de sus imágenes cuya digitalización permite su procesamiento y manipulación desde estaciones de trabajo posibilitando al radiólogo mejorar el diagnóstico. Es importante lograr que este diagnóstico se realice de forma precoz para iniciar el tratamiento, y así poder mejorar la calidad de vida del paciente (Muñozet al 2012).

2 Objetivos

- Analizar por medio de revisiones bibliográficas la efectividad que tiene el uso de Rayos X en el diagnóstico precoz de la Artritis Reumatoide.
- Entender la importancia del diagnóstico precoz de la Artritis Reumatoide.
- Describir la efectividad de los estudios radiológicos en el diagnóstico de la artritis reumatoide.

3 Metodología

El estudio es una revisión bibliográfica. El cual se realizó una búsqueda a través de: Scielo, Pudmed, y Medline. Para la estrategia de búsqueda en Medline, Pubmed, Scielo, se consultaron por el tesoro MeSH (Medical Subject Heading) de la cual se extrajeron los siguientes descriptores: rayos X en artritis (X-rays in arthritis), artritis reumatode (rheumatode arthritis), rayos X (X-rays), imágenes en artritis (Images in arthritis). Posteriormente se perfeccionó la búsqueda combinando los términos antes descritos con los operadores booleanos (AND y OR), en las distintas bases de datos ya mencionadas. Se prosiguió con la búsqueda bibliográfica descartando aquellos artículos que no cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente se obtuvo un total de 54 artículos, de los cuales 14 fueron de Pubmed, 12 de Scielo y 7 de Medline. De estos artículos se seleccionaron 10, de los cuales 5 fueron de Scielo, 3 de Pubmed y 1 de Medline.

Criterios de selección de los artículos. Criterios de inclusión:

- Documentos de acceso libre.
- Estudios publicados en español, inglés y alemán.
- Publicaciones cuyo contenido se centre en los objetivos de la revisión bibliográfica.

Criterios de exclusión:

- Documentos sin relevancia dentro de la investigación.
- Artículos en los cuales no había acceso a contenido completo de la investigación.
- Artículos que aparecían repetidos en los buscadores.

4 Resultados

Haciendo referencia a los hallazgos de las investigaciones, se tiene que Salaffi Carotti, Beci, Di Carlo y Giovagnoni (2019), en su investigación proponen que la radiografía puede ayudar a hacer el diagnóstico y a diferenciar la PSA y la AR

de otras enfermedades articulares y que la misma aún es considerada como el método de imagen preferido para evaluar la progresión de la enfermedad (AR), que refleja el daño acumulado a lo largo del tiempo.

Al hacer mención a las técnicas diagnósticas de la AR, Van der Heijde (2000) afirma que, las imágenes radiográficas tienen varias ventajas en comparación con otras medidas de resultado en la AR. Específicamente, los rayos X reflejan el historial de patología articular, proporcionando un registro permanente para la evaluación, por lo que se destaca que, el 70% de los pacientes tienen evidencia de daño radiográfico en los primeros 2 años de la enfermedad. Estas afirmaciones guardan relación con el trabajo de investigación de Höpfner et al (2007), quienes al hacer referencia a las técnicas diagnósticas de AR, mencionan los rayos X como técnica efectiva pero de forma alternativa en dicho diagnóstico, debido a que reportan como más eficaz el ultrasonido. Basándose en mayores hallazgos y por ser de mediano costo, el ultrasonido es una alternativa válida a los rayos X convencionales

Por su parte Ibáñez, Vinitzky, Muñoz, Irazoque, Arvizu y Amper (2017), refieren que según el grado de actividad de la AR, las estructuras óseas están comprometidas seriamente, siendo frecuente encontrar aplanamiento, erosiones, osteofitos y esclerosis de la cabeza del cóndilo, al igual que disminución de la movilidad condilar y el espacio articular como lo reporta Chávez et al (2009).

En base a la investigación de Visser (2005), se puede decir que, el diagnóstico y el tratamiento tempranos de la AR pueden evitar o retrasar sustancialmente la progresión del daño articular en hasta el 90% de los pacientes, evitando así la discapacidad irreversible. A partir de estos resultados se pueden reconocer los beneficios del diagnóstico precoz y la terapia temprana en pacientes con AR. En referencia a esto, Mason, Reed A, Nelson A., Thomas (2005) describen que aproximadamente la mitad de los niños con artritis reumatoide juvenil poliarticular tendrán evidencia de progresión radiográfica dentro de los dos años posteriores al diagnóstico.

En otro orden de ideas, Muñoz et al (2012), exponen que el tiempo de evolución de la enfermedad no influye significativamente en los hallazgos clínico-radiológicos de la ATM. Este estudio deja en duda la ventaja de la evaluación de esta articulación en el diagnóstico precoz de la AR. Contrastando con lo descrito por Ale-taha et al, (2018) quienes reflejan que la radiografía es útil para medir la actividad de la enfermedad e identificar la presencia de AR de forma precoz. De esta forma se hace la instauración del tratamiento para evitar que las articulaciones se dañen

de manera irreversible.

5 Discusión-Conclusión

En base a la revisión realizada, se puede concluir que el diagnóstico precoz de la AR es importante, ya que al realizar dicho diagnóstico puede el individuo iniciar su tratamiento, de esta manera existe mayor probabilidad de una disminución de los síntomas de la AR entre lo cuales podemos mencionar el dolor, daño articular grave y discapacidad. Como efecto de cadena, previniendo estos síntomas por medio del diagnóstico de la AR, se puede lograr mayor y mejor calidad de vida de los individuos.

En lo que respecta al uso de los Rayos X, se puede considerar como de primera elección como método diagnóstico en la AR, debido a su bajo costo y accesibilidad en el paciente. Las imágenes radiográficas tienen varias ventajas en comparación con otras medidas de resultado en la AR, específicamente: los rayos X reflejan el historial de patología articular, proporcionan un registro permanente para la evaluación de los pacientes.

6 Bibliografía

- Aletaha D., Smolen J. 2018. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis. JAMA.;320(13):1360-1372
- Arnett F., Edworthy S., Bloch D., Meshane D., Eries J., Cooper N., Hunter G.1987.The American Rheumatism Association, revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum; 31: 315-324
- Barret E M, Scott D G I, Wiles N J, Symmons D P M. 2000. The impact of rheumatoid arthritis on employment status in the early years of disease: a UK community-based study. Rheumatology 2000; 39: 1403-1409.
- Caballero, C. 2004 Revista colombiana de reumatología, vol. 11 No. 3, septiembre 2004, pp. 225-231, Asociación Colombiana de Reumatología
- Carmona L. 2002. Epidemiología de la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol; 29: 86-89
- Chávez A; Tavares R; Villela F; Ribeiro A.,2009. Hallazgos clínico-radiológicos de la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide. Revista Cubana de Estomatología. Rev Cubana Estomatol v.46 n.2 Ciudad de La Habana

- Gómez N. 2003. Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide. *An Med Interna (Madrid)*; 20: 111-113
- Greenspan A. *Radiología de Huesos y articulaciones. Edición en español*, Marban, Madrid España
- Höpfner, S., Krolak, C., Treitl M., Becker-Gaab C., Kellner H. y Tiling R. 2007.. Bildgebende Verfahren in der Frühdiagnostik rheumatischer Veränderungen der Hände. *Z Rheumatol* 66, 56–62 (2007) doi:10.1007/s00393-006-0111
- Ibáñez N., Vinitzky I., Muñoz S, Irazoque F, Arvizu C, Amper T. 2017, Disfunción de la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* vol.39 no.2 Barcelona
- Lozano J. 2001. *Offarm. Artritis reumatoide. Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico.*
- Mason T, Reed A, Nelson A., Thomas K. 2005. Radiographic progression in children with polyarticular juvenile rheumatoid arthritis: a pilot study *Ann Rheum*;64:491–493
- Muñoz S., Paolinelli P. Astudillo C. 2012. Estudios por imágenes en reumatismo *Revista Médica Clínica Las Condes* Volume 23, Issue 4, Pages 377-383
- Pincus T. Callahan LF. 1986. Taking mortality in rheumatoid arthritis seriously- predictive markers, socioeconomic status and comorbidity. *J Rheumatol*; 13: 841-845.
- Salaffi, F., Carotti, M., Beci, G. Di Carlo M, Giovagnoni A., .2019. Radiographic scoring methods in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. *Radiol med* 124, 1071–1086
- Valverde M. 1999. La articulación del codo en la artritis reumatoide capacidad funcional y valoración pronóstica. España.
- Van der Heijde D. Radiographic imaging: the 'gold standard' for assessment of disease progression in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2000 Jun;39 Suppl 1:9-16.
- Villarraga A., Calvo E., 2006. Imágenes diagnósticas en artritis reumatoide - *MedUNAB- revistas.unab.edu.co*
- Visser H., 2005, Early diagnosis of rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* Volume 19, Issue 1, Pages 55-7

Capítulo 638

DIAGNÓSTICO Y RAYOS: EFECTIVIDAD E IMPLEMENTACIÓN DE LA PRUEBA DE LA MAMOGRAFÍA EN MUJERES ENTRE 45 Y 69 AÑOS DE EDAD

ARACELI ZAPICO DIAZ

MARIA TERESA ROSARIO GARCIA

MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA

MONICA ALVAREZ CARRASCO

1 Introducción

La mamografía es, actualmente, una prueba rutinaria para la población femenina y la herramienta diagnóstica por imagen más importante a nivel del diagnóstico de las enfermedades de mama. Debido a su relevancia en el ámbito clínico, los esfuerzos se centran en el diseño de una estrategia para mejorar el desempeño profesional de los técnicos en Imagen y en diagnóstico y rayos.

Las revisiones bibliográficas realizadas acerca del acceso a los servicios de salud en España ponen en valor la evidencia de un acceso inadecuado a determinados ámbitos clínicos, especialmente los colectivos de inmigrantes, cuyas mujeres se

someten en menor porcentaje a las pruebas rutinarias que constituyen la prevención sanitaria, como es la mamografía.

La satisfacción de los pacientes respecto a su experiencia en el ambiente médico hospitalario puede medirse, evaluarse y mejorarse. Concretamente, los últimos estudios de calidad en la atención técnica durante el examen mamográfico han puesto de manifiesto que durante el año 2016, el 90% de las usuarias sometidas a esta prueba diagnóstica en el Hospital Nacional Dos de Mayo referenciaron su experiencia como “satisfactoria” mientras que el 10% restante se mostró “medianamente satisfecha” tanto a nivel general, como a nivel humano; mientras que en la dimensión técnico-científica se encontraron diferencias evidentes dado que sólo el 60% se mostró satisfecha, detectándose un 2% de usuarias que describieron su experiencia como “insatisfactoria”.

Por otra parte, las principales patologías que pueden detectarse mediante las mamografías son las patologías mamarias, destacando por su gravedad y frecuencia, el cáncer de mama. Esta enfermedad es actualmente uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados. La detección de esta patología mediante la prueba diagnóstica denominada mamografía constituye el método de mayor precisión del que se dispone actualmente; siendo su detección temprana determinante tanto en el tratamiento como en las expectativas de curación de la misma.

Por todo ello, tanto el uso como la mejora de la calidad específica de la técnica mamográfica son dos objetivos fundamentales a día de hoy, que permitirán alcanzar imágenes de mayor calidad con la dosis de radiación mínima posible.

La importancia de esta herramienta diagnóstica se pone de manifiesto a través de trabajos como el realizado por Toledo León (2015) en el que se analiza la prevalencia del cáncer de mama en pacientes mujeres de 35 a 45 años, diagnosticadas a través de la mamografía digital. Este estudio mostró que, de las 560 pacientes que participaron en la prueba mamográfica, cerca del 20% presentaron microcalcificaciones mamarias; en el 50% de ellas se detectaron nódulos o masas, en el 30% se pusieron en evidencia distorsiones de la arquitectura mamaria, mientras en el porcentaje restante los resultados se encontraron dentro de la normalidad. Estos datos respaldan la necesidad de realizar esta prueba de manera rutinaria en mujeres de dicho rango de edad.

Por otro lado, el grupo coordinado por Padrón González (2013) analizó los antecedentes de diagnóstico precoz tanto del cáncer de mama como del cervi-

couterino a través de las técnicas de Rayos X, dentro de las cuales, se especifica la mamografía. En este caso, en el que el enfoque se realiza desde el punto de vista de pautas de comportamiento en cuanto al sometimiento o no (y con qué frecuencia) a pruebas de radiodiagnóstico, el estudio de 1067 mujeres (de edades comprendidas entre los 25 y los 74) arrojó los siguientes datos: en torno al 40% de las participantes en el estudio llevaban más de un año sin someterse a una mamografía y de éstas, casi en el 5% de los casos, el tiempo ascendía a cinco años. Además, el porcentaje restante nunca se había realizado una mamografía y en más del 90% de los casos, tampoco se habían sometido nunca a una citología.

Una de las conclusiones más preocupantes que arroja este trabajo es la falta de concienciación de las mujeres a la hora de llevar a cabo este tipo de pruebas preventivas con la regularidad que aconsejan los especialistas. Por ello, la difusión y una mayor implicación de las mujeres en este aspecto es fundamental desde el punto de vista de prevención y diagnóstico temprano de las patologías.

Otra de las aproximaciones que cabe destacar es la implementación de la tomosíntesis (o mamografía 3D) como herramienta diagnóstica ligada a los resultados histopatológicos. Este trabajo, realizado por Pérez Tito (2014), permitió establecer una sensibilidad y especificidad cercanas al 70%, siendo el signo radiológico más frecuentemente observado la distorsión de la arquitectura mamaria, seguido de las microcalcificaciones y los nódulos. Por ello, se define la Tomosíntesis como una mejora en las técnicas mamográficas al facilitar la detección de nódulos y el análisis morfológico de los mismos.

2 Objetivos

Objetivos primarios:

- Dar a conocer la importancia de la mamografía como metodología diagnóstica en la patología del cáncer de mama, en especial en mujeres de edades comprendidas entre los 45 y 69 años, determinando las posibles patologías vinculadas con su utilización.

Objetivos secundarios:

- Estudiar los protocolos de realización de la prueba diagnóstica y las mejoras definidas durante los últimos años.
- Evaluar las técnicas complementarias o de apoyo de las que se dispone para la detección del cáncer de mama.

- Definir los parámetros o factores de riesgo, así como la sintomatología que puede detectarse a través de una mamografía.

3 Metodología

Bases de datos y estrategia de búsqueda.

La metodología propuesta y seguida para realizar esta memoria de trabajo consta de dos fases: una primera etapa de contextualización y adquisición de una base teórica que respalde la selección de artículos pertenecientes al epígrafe de resultados, y una segunda etapa de filtrado y estudio de los artículos correspondientes a dicho epígrafe.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se utilizaron las principales bases de datos científicas, de investigación y académicas a disposición, definidas a continuación: Pubmed, Dialnet y Web Of Science.

Los parámetros de búsqueda se definieron a través de las palabras clave: “Mamografía”, “diagnóstico”, “patología” y “mujer”, que fueron combinados mediante los operadores booleanos.

Además, se establecieron diferentes filtros para seleccionar los artículos:

- Idioma: aquellos documentos escritos en español, inglés, francés y portugués.
- Texto completo: posibilidad de consultar y descargar el texto completo de manera gratuita.
- Fecha de publicación: se limita la búsqueda a los documentos publicados entre 2012 y 2019.

Los artículos localizados tras la aplicación de los parámetros anteriormente descritos fueron a continuación comparados para eliminar aquellos registros duplicados. La lectura crítica tanto del título como del resumen del trabajo permitió la selección un número reducido de artículos que finalmente conforman este trabajo.

Diagrama de flujo.

La búsqueda bibliográfica con los parámetros definidos en el epígrafe anterior arrojó un total de 2311 resultados. Del total de artículos, se realizó una extracción de datos siguiendo la metodología propuesta en la figura 1.

En cuanto a los resultados arrojados por los documentos consultados, de manera resumida, cabe destacar que el idioma de todos los artículos seleccionados fue el español. En relación con los años de publicación, uno de ellos se publicó en el

año 2012, otro en 2013, otro en 2014 y uno más en 2015; de los cuatro restantes, dos se publicaron en el año 2016 y otros dos en el 2018.

Esta información es especialmente interesante debido a que pone de manifiesto la selección de documentos muy recientes, novedosos y, por tanto, de gran interés para el desarrollo de esta memoria.

4 Resultados

Respecto a la muestra, la de menor tamaño la componen un total de 60 mujeres, mientras que la de mayor tamaño son 53.628 y de manera general, los resultados que resulta más interesantes destacar son que aproximadamente la mitad de las mujeres no cumplen con las recomendaciones pautadas de frecuencia e incluso de realización de la prueba a partir de determinada edad y que, del total de mujeres que sí realizan esta prueba, en entre el 7 y el 19% de ellas fue posible detectar un cáncer de mama en alguna de las diferentes etapas por las que dicha patología cursa. Por otro lado, fue posible asociar características sociodemográficas concretas de riesgo de exclusión social con aquel grupo de mujeres que no se realizaba las pruebas o no lo hacía con la frecuencia adecuada. Las características de estos trabajos pueden observarse en la tabla siguiente.

| Autor | Año | Idioma | Muestra | Resultado |
|--|------|---------|--|--|
| Bravo Piedra, L. A., Cabrera Arias, A. C. y Siguencia Zambrano, C. L. | 2014 | Español | 859 historias clínicas de mujeres entre 40 y 70 años, sometidas a mamografía. | Aproximadamente el 43% de las mujeres sometidas a la prueba no mostraron patologías mamarias, y del 55% restante, el 81% fueron resultados benignos y el 19% cánceres en diferentes etapas. |
| Toledo León, J. A. | 2015 | Español | 60 mujeres encuestadas tras someterse a una mamografía. | La mayor parte tiene conocimientos básicos acerca de la prueba y de éstas, el 60% se ha realizado por lo menos una mamografía como método preventivo, pero sólo el 8,6% lo hace siguiendo los criterios de frecuencia establecidos. |
| Manrique Loayza, J. A. | 2016 | Español | Datos de la base clínica del Centro de Prevención y diagnóstico del cáncer: 85 pacientes. | El 63% de las mamografías y las muestras estudiadas fueron positivas para lesiones cancerígenas lo que otorga un alto valor predictivo en detección de cáncer de mama. |
| Carmona Torres, J. M., Cobo-Cuenca, A. I., Martín-Espinosa, N. M., Piriz-Campos, R. M., Laredo-Aguilera, J. A. y Rodríguez-Borrego, M. A. | 2018 | Español | Se realizó una encuesta a un total de 53.628 mujeres de más de 15 años acerca de la frecuencia de realización de la mamografía, motivo de realización y variables sociodemográficas. | Se ha descrito un incremento de la realización de mamografías desde el año 2006 al año 2014. Ha podido asociarse este incremento a una labor activa de los centros clínicos debido a que se han llevado a cabo envíos masivos de cartas, llamadas y otras metodologías mediante las cuales animar a las mujeres a realizarse la prueba. Sin embargo, existen diferencias significativas entre comunidades autónomas. |
| Torres Mejía, G., Ortega-Olvera, C., Ángeles Ilerenas, A., Villalobos Hernández, A. L., Salmerón Castro, J., Lazcano-Ponce, E. y Hernández Ávila, M. | 2013 | Español | Análisis de las bases de datos ENSA 2000 y ENSANUT 2006 y 2012. | En torno al 47% de la población entre los 40 y los 69 años de edad realizó una prueba mamográfica en los últimos dos años. Pese a que se observa un incremento en la cobertura de los programas de detección del cáncer de mama se debe impulsar la calidad de los servicios y la cobertura. |
| Serral, G., Borrell, C. y Puigginós Riera, R. | 2018 | Español | Muestra de 3086 mujeres de entre 45 y 69 años de edad, sobre las que se realizó un estudio sociodemográfico, situación laboral, país de origen y frecuencia de la mamografía | Del total consultado el 92% de las mujeres se habían realizado alguna vez una mamografía, siendo las de la clase más alta aquellas que se habían realizado el control entre los últimos 1 y 2 años previos a la encuesta. Estos datos permiten identificar posibles grupos de riesgo sobre los que implementar acciones específicas de prevención. |
| Vilarrasa Andrés, A. | 2016 | Español | Se utilizó la base de datos del hospital de octubre, alcanzando un total de 1135 exploraciones correspondientes a 1105 pacientes. | Se han valorado los diferentes sistemas de detección y extracción de características de las lesiones de la mama poniendo en evidencia la importancia de las técnicas complementarias y de la propia mamografía. |
| Arboleda Ruiz, W. A., Betancurth Loaiza, D. P. y Correa Ramírez, L. A. | 2012 | Español | Se realizó una encuesta a 352 mujeres de edades comprendidas entre los 50 y los 69 años de edad. | Aproximadamente el 42% de las mujeres se habían realizado una mamografía con la frecuencia recomendada, de las cuales el 7% fueron diagnosticadas de cáncer. |

5 Discusión-Conclusión

La primera referencia metodológica que cabe reseñar en este trabajo es la limitada extensión del mismo, que determina la selección de un bajo número de artículos a incluirse en el apartado de resultados.

Debido a esto, sólo fue posible seleccionar 8 artículos, siendo en este caso la estrategia propuesta la siguiente: seleccionar artículos que abarcasen tanto los conocimientos de las personas acerca de esta prueba diagnóstica y la concienciación respecto a la frecuencia con la que realizar dicha prueba, como ocurre en los trabajos realizados por Toledo León (2015), Carmona Torres et al. (2017).

Todos ellos coinciden en que, pese a que la proporción sigue siendo baja, se ha detectado un incremento en el número de mujeres que acceden a realizar dicha prueba diagnóstica, lo cual supone un avance notable respecto a la situación previa.

Otros de los artículos se centran en el ámbito de los porcentajes de mujeres en los que, tras someterse a la mamografía, se detectan diferentes estadios de cáncer de mama. En esta línea de trabajo se encuentran los documentos realizados por Bravo Piedra et al. (2014), Manrique Loayza (2016) y Arboleda Ruiz et al. (2012).

Otra línea de investigación la componen aquellos documentos que relacionan la situación socioeconómica de las mujeres con el acceso o no a estas pruebas diagnósticas. Es el ejemplo del estudio realizado por Serral et al. (2017) y el de Torres Mejía et al. (2013).

Finalmente, el último ámbito de la prueba mamográfica se compuso por aquellos avances y pruebas complementarias que se han ido implementando durante los últimos años. En este ámbito, encontramos el trabajo realizado por Vilarrasa Andrés (2016). Además, otro de los factores limitantes fue la especificidad del rango de fechas establecido para el desarrollo del mismo. Las conclusiones más importantes que deben mencionarse tras la realización de esta memoria son, en primer lugar, las considerables mejoras que se ha alcanzado en los últimos años no sólo en la formación de los profesionales para el manejo de los aparatos mamográficos, sino en el incremento de su resolución y la disminución de la radiación X a la que el paciente se encuentra sometido. Todo ello determina un avance y una mejora en los anteriormente comentados como efectos adversos de la prueba, al disminuir el riesgo a falsos positivos y la exposición a los rayos X. En segundo lugar, destaca la escasa concienciación de la población actual acerca de la importancia de acudir a la revisión periódica de la prueba mamográfica. Este he-

cho tiene una vital relevancia, dado que, tal como se ha explicado anteriormente, desde que el tumor comienza a desarrollarse hasta que éste alcanza un estadio peligroso por haberse extendido a diferentes partes del cuerpo existe apenas un año de margen. Por ello, los protocolos que establecen con una temporalización anual y se recomiendan específicamente a partir de una determinada edad.

Por otro lado, tal como hemos podido describir, existen diversas técnicas complementarias, que apoyan el diagnóstico del cáncer de mama. Este amplio abanico de alternativas resulta fundamental y se ha alcanzado al amparo de la gravedad de esta patología, tanto por el número de casos que cada año se diagnostican a nivel mundial como por la gravedad de la misma para las pacientes diagnosticadas. Debido a que el cáncer de mama no detectado y no tratado incrementa de manera exponencial el riesgo de fallecimiento de la paciente y a que el tratamiento resulta muy invasivo para la calidad de vida de la misma, los esfuerzos se concentran en detectar de la manera más temprana posible esta patología, tratando así de minimizar los riesgos de fallecimiento y los efectos secundarios del agresivo tratamiento al que la paciente debe someterse al detectar un cáncer.

Finalmente, la conclusión de este trabajo es que la principal sintomatología asociada al cáncer de mama es la detección de un abultamiento en el pecho. Se considera el síntoma principal porque es una de las primeras apariciones que hacen sospechar la presencia de un cáncer y debido a que es un síntoma fácilmente detectable a través de las herramientas diagnósticas que disponemos en la actualidad.

Por todo ello, se concluye que la mamografía es una prueba diagnóstica fundamental para el cáncer de mama, a la que aún a día de hoy no se otorga la representatividad que debería a nivel de la sociedad. Este hecho pone en evidencia la necesidad no sólo de estudiar y mejorar las características técnicas a nivel clínico, sino de difundir los conocimientos clínicos básicos a la sociedad para que las mujeres lleven a cabo una correcta prevención y atención de su salud.

6 Bibliografía

- Alcaraz Baños, M. (2012). El mamógrafo. Bases de la mamografía. Principios diagnósticos diferenciales. *Rev. Chilena de Medicina* 54-63.
- Arboleda Ruiz, W. A., Betancurth Loaiza, D. P. y Correa Ramírez, L. A. (2012). Frecuencia de mamografía y examen clínico de mama en mujeres del régimen subsidiario – Manizales (Caldas). *Hacia la promoción de la salud* 17(2), 125-135.

- Bravo Piedra, L. A., Cabrera Arias, A. C. y Siguencia Zambrano, C. L. (2014). Características clínicas y radiológicas de las mujeres de 40 años que se realizaron mamografía de screening en el instituto del cáncer Solca Cuenca, durante el periodo 2006-2011. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina.
- Carmona-Torres, J. M., Cobo-Cuenca, A. I., Martín-Espinosa, N. M., Piriz-Campos, R. M., Laredo-Aguilera, J. A. y Rodríguez-Borrego, M. A. (2018). Prevalencia en la realización de mamografías en España: análisis por comunidades 2006-2014 y factores que influyen. *Aten. Primaria* 1-10. (Article in press).
- Febles, G. (2014). Screening mamográfico del cáncer de mama, beneficios y controversias. *Med. Uis* 27(1), 51-58.
- Fuster Acebal, C. y Roldán Zorrilla, M. A. (2014). Protocolo de enfermería para mamografía. Servicio de radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Jiménez Milián, B. B. (2015). Para el correcto manejo de la enfermedad mamaria ¿mamografía o ultrasonido? *Acta médica del centro* 9(3), 58-61.
- Llop-Gironés, A., Vargas Lorenzo, I., García-Subirats, I., Aller, M. B. y Vázquez Navarrete, M. L. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp. Salud Pública* 88, 715-734.
- Manrique Loayza, J. A. (2016). Estudio mamográfico de tamizaje e histológico para el diagnóstico temprano del cáncer de mama en el centro de prevención y detección del cáncer del INEN- Perú 2013-2014 (Trabajo fin de Grado). Universidad Ricardo Palma, Facultad de medicina Humana.
- Orazi, A. (2016). Adaptación e implementación de protocolo de control de calidad de Mamografía en el Sistema de Salud Público de Neuquén. Proyecto integrador (Trabajo fin de grado). Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Exactas Físicas y Naturales. Ingeniería Biomédica.
- Padrón González, J., Padrón Fernández, L., Padrón Fernández, L., Morejón Giraltoni, A. y Benet Rodríguez, M. (2013). Comportamiento del diagnóstico precoz del cáncer de mama y cervicouterino en el municipio Cienfuegos. *Revista Finlay* 3(2), 1-8.
- Paredes López, L. R., Curo Maquén, L. A., Colchado Aguilar, J., Colchado Aguilar, W. M. y Rojas Aguilar, B B. (2018). Estimación de la dosis glandular media en mamografías de pacientes de 40 a 64 años utilizando factores de dance. *HNAAA. Revista de investigación y cultura, universidad César Vallejo*.
- Pérez Tito, M. G. (2014). Valoración diagnóstica de la mamografía 3D (tomosíntesis) en el diagnóstico de cáncer de mama en pacientes mujeres de 40 a 60 años, clínica internacional – sede San Borja, año 2013 (Trabajo fin de Grado). Universi-

dad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. de Tecnología Médica.

- Pizarro Parhuayo, M. J. (2016). Nivel de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención que brinda el tecnólogo médico en el examen de mamografía en el Hospital Nacional Dos de Mayo agosto-septiembre 2016 (Trabajo final para optar al título profesional de licenciada en tecnología médica en el área de Radiología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. de Tecnología Médica.
- Ramos Suárez, V. (2015). El desempeño profesional del tecnólogo en Imagenología en las técnicas de mamografía. IV jornada Científica de Educación Médica, 1-7.
- Ramos Suárez, V. y Lescaille Elías, N. (2015). Estrategia de superación en mamografía para el mejoramiento del desempeño profesional de los tecnólogos en imagenología. I Jornada Virtual de doctores en ciencias 1-9.
- Rodríguez Salés, V., Ortiz Barreda, G. y Sanjosé, S. (2014). Revisión bibliográfica sobre la prevención del cáncer en personas inmigrantes residentes en España. *RevEsp Salud Pública* 88, 735-743.
- Salvador Monte, R. (1995). Historia del diagnóstico por la imagen de mama. *Rev. Medicina Balear* 1-5.
- Sanmiguel, R. E. (2007). Radiología: un siglo de desarrollo. *Cinvestav* 28-37.
- Serral, G., Borrell, C. y Puigpinós i Riera, R. (2018). Desigualdades socioeconómicas en el control mamográfico en mujeres españolas de 45 a 69 años de edad. *Gac.Sanit.* 1-7. (Article in press).
- Solís Solís, S., Sánchez López, M. y Castillo Hernández, N. (2017). La formación de tecnólogos en higiene y epidemiología en Cuba: antecedentes y perspectivas. *Edumecentro* 9(3), 249-262.
- Toledo León, J. A. (2015). Conocimientos y prácticas sobre la mamografía en las mujeres en edad fértil del barrio Colinas Lojanas (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Loja, Área de Salud Humana.
- Torres Mejía, G., Ortega-Olvera, C., Ángeles llerenas, A., Villalobos Hernández, A. L., Salmerón Castro, J., Lazcano-Ponce, E. y Hernández Ávila, M. (2013). Patrones de utilización de programas de prevención y diagnóstico temprano de cáncer en la mujer. *Salud Pública Mex* 55(2), 241-248.

Capítulo 639

TÉCNICAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

GLORIA CORTES MENDEZ

MARÍA EMILIA ALVAREZ PALACIOS

PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ

ZAIRA MARÍA DORESTE GONZÁLEZ

1 Introducción

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, situándose el cáncer de próstata como el segundo más frecuente en hombres. Podemos determinar que, en España, en el año 2018 se diagnosticaron más de 31.000 nuevos casos de cáncer, y que, más de 6000 hombres fallecieron debido al cáncer de próstata.

Se considera que, en 2019, el cáncer de próstata será también uno de los más diagnosticados en los varones de España. Sin embargo, se puede decir que este tipo de cáncer tiene un bajo índice de mortalidad, ya que tiene un alto porcentaje de diagnósticos indolentes y poco significativos.

Definimos la próstata como un órgano glandular perteneciente al aparato reproductor masculino, situado delante del recto y debajo de la vejiga urinaria (en ocasiones puede estar pegada a ésta). La función de la próstata es ejercer presión

para que el semen se expulse al exterior a través de la uretra, a la vez de cerrar el paso de la vejiga, impidiendo que ésta libere el contenido en el momento del coito. La glándula prostática se conecta a los testículos a través de los conductos deferentes, y aporta: antígeno, fibrinógeno, espermina, zinc, magnesio y enzimas.

Mediante tacto rectal, el médico puede realizar una exploración física de la próstata. Para poder visualizarla, es necesario recurrir a técnicas de imagen como la ecografía transrectal, la TC o la RM. Las enfermedades que con más frecuencia se presentan en la próstata son: prostatitis, hiperplasia benigna de próstata y cáncer de próstata.

La próstata está constituida por diferentes tipos de células, desarrollándose más del 99% de los cánceres prostáticos sobre las células glandulares, que son las que producen el líquido prostático presente en el semen.

El tumor maligno de próstata, se puede manifestar de tres formas:

- Crecimiento local: El tumor invade la cápsula prostática, provocando la rotura de la misma, creciendo e invadiendo órganos y tejidos periprostáticos.
- Diseminación linfática: En este caso se puede establecer una relación entre el tamaño del tumor primario con la probabilidad de afectación ganglionar.
- Diseminación hematógena: Se produce a través de los vasos sanguíneos, dirigiéndose principalmente al hueso.

El cáncer de próstata se clasifica mediante el sistema TNM, donde T hace referencia al tamaño del tumor, N a si existe o no afectación de ganglios linfáticos y M a la extensión de la enfermedad por afectación o no de otros órganos. Si antes de estas siglas aparece una “p”, indica que se ha realizado anatomía patológica tras intervención quirúrgica.

Del mismo modo, el cáncer de próstata se clasifica en las siguientes fases, considerando que cuanto menor sea la fase de clasificación, menor es la diseminación de la neoplasia:

- T I: No palpable ni visible por medios diagnósticos, sino por hallazgo casual o elevación del PSA (Antígeno Prostático Específico).
- T II: Palpable o visible sin diseminación fuera de la próstata.
- T III: El tumor ya ha sobrepasado la cápsula, afectando a tejidos próximos como, por ejemplo, las vesículas seminales.
- T IV: Invasión de tejidos adyacentes a la próstata por el tumor, como el recto, músculos levadores o esfínter externo, entre otros.

2 Objetivos

- Analizar el importante papel que representan las técnicas de imagen en el diagnóstico, estadificación, seguimiento y tratamiento de la neoplasia de próstata, así como sus ventajas e inconvenientes.

3 Metodología

Revisión de diferentes fuentes de información, tanto nacionales como internacionales y bibliografías como Elsevier. Se consultan diferentes revistas médicas de gran relevancia como SERAM, SEMERGEN y SEOM. Las publicaciones analizadas abarcan un periodo de tiempo comprendido entre 1977 y 2019. Entre los descriptores empleados, destacamos: "cáncer de próstata", "radiología", "oncología" y "técnicas de imagen".

Tras revisar más de 3500 referencias bibliográficas encontradas en varios buscadores de Internet, se trabaja con 15 de ellas, excluyendo las que no se ajustaban a nuestra investigación o no estaban abaladas por una base científica. También incluimos información encontrada en artículos de páginas oficiales. Concluimos el trabajo con las referencias bibliográficas que se especifican en nuestro trabajo.

4 Resultados

Las técnicas analizadas son:

- Radiología simple: no es aplicables para la detección y diagnóstico del cáncer de próstata.
- Ecografía: Es una técnica accesible, carente de radiación ionizante pero poco reproducible y es dependiente de un operador. El estudio ecográfico nos permite medir el tamaño y volumen de la próstata, lo cual está directamente relacionado con la elevación y densidad del PSA. También nos permite valorar el residuo postmisional. Sin embargo, no nos permite identificar el cáncer ni su extensión local. La ecografía transrectal sirve como guía para la realización de biopsias; se intenta obtener muestra de toda la glándula prostática, pero la zona anterior es de difícil acceso, por lo que no se puede incluir, lo cual conlleva la posibilidad de que el tumor se encuentre en esa zona y no se pueda diagnosticar. Mediante la utilización de software, se puede integrar en el ecógrafo estudios de RM para permitir la biopsia guiada selectiva sobre lesiones diagnosticadas en la RM. Técnicas 3D, Dópler o contraste ecográfico mejoran la sensibilidad y especificidad

de la técnica ecográfica, operador-dependiente, pero no permite diferenciar fases de la enfermedad como para ser considerada como de estadificación.

- Tomografía computarizada (TC): Se trata de una técnica rápida, reproducible, accesible, pero que tiene como inconveniente que utiliza radiación ionizante. A nivel prostático, podemos decir que posee una resolución morfológica y de contraste baja, teniendo escasa utilidad en el diagnóstico y estadificación debido a su limitada delimitación anatómica de la zona. Sin embargo, es de gran utilidad para los estudios de extensión a distancia cuando se trata de tumores de gran agresividad, siendo capaz de detectar metástasis de pulmón, hígado, afectación ósea, ganglionares retroperitoneales y pélvicas. Aunque en el caso de los ganglios, el diagnóstico es de sensibilidad y especificidad baja, pudiendo ser la causa del aumento de tamaño de éstos un proceso inflamatorio y una metástasis linfática. Por lo tanto, esta técnica se empleará con pacientes cuyo PSA sea superior a 10 ng/ml, a aquellos en los que el valor PSA se haya duplicado en un periodo de tiempo menor a 6 meses, a tengan una elevación por encima de 0.5 ng/ml en un periodo de un mes.

- Medicina Nuclear: Estas técnicas nos proporcionan información morfológica, funcional y metabólica tras la administración de radiofármacos con isótopos radiactivos. Las imágenes que se obtienen poseen una baja resolución morfológica, pero con la utilización de equipos híbridos como el SPECT-CT, PET-TC o PET-RM, al fusionar las imágenes de ambas técnicas, se obtiene una buena resolución morfológica. En el diagnóstico de metástasis óseas como consecuencia del cáncer de próstata, la técnica más utilizada es la Gammagrafía ósea. La gammagrafía se realiza tras la administración al paciente de ^{99m}Tc , marcado con fosfonatos, que se acumulará en zonas del esqueleto que en ese momento tienen actividad osteoblástica. Las metástasis óseas del cáncer de próstata, tienen naturaliza osteoblástica, lo cual implica que la gammagrafía planar tiene una sensibilidad del 79% para este tipo de lesiones, pero es poco específica, sólo en un 59%, ya que lesiones benignas como fracturas o enfermedad degenerativa articular también sufren un incremento de la actividad osteoblástica, fijándose por tanto el radio-trazador en ellas.

Sin embargo, con el empleo de equipos híbridos como SPECT-TC, las imágenes que se obtienen no son planares, sino que contienen información tridimensional que facilitan la localización de la lesión. Esta imagen se fusiona con la adquirida simultáneamente con el TC, y así se obtiene información morfológica y funcional. Con el PET-TC se consiguen imágenes de TC de alta resolución morfológica fusionadas con información metabólica y funcional del PET.

Se puede cuantificar mediante el SUV la actividad metabólica tumoral. En los estudios PET para el diagnóstico de cáncer de próstata, el radiotrazador que se administra es la COLINA. Tanto ^{11}C como ^{18}F -colina PET no son empleados en el diagnóstico de estadificación inicial, por su variabilidad en la sensibilidad y especificidad del estudio realizado. Depende del nivel de PSA o del Gleason. Es de gran utilidad en el diagnóstico de recidiva bioquímica postratamiento prostatectomía o de radioterapia, donde el nivel de PSA sigue algo y se sospecha de recurrencia local, ganglionar, ósea u otros órganos; facilitando así un nuevo abordaje terapéutico. Los equipos de PET-RM ofrecen una magnífica resolución anatómica y funcional de RM, que junto con la alta especificidad del PET realizado con nuevos radiotrazadores, permiten la detección de la enfermedad local y a distancia en un mismo estudio. Sin embargo, esta es una técnica de reciente desarrollo, lo que implica que actualmente son pocos los equipos implantados debido al alto coste de los mismos.

- Resonancia Magnética (RM): Se puede considerar la RM de próstata como herramienta fundamental para el abordaje del cáncer de próstata. Es necesario realizar el estudio en equipos de alto campo (1.5 o 3 Teslas). No utiliza radiación ionizante, las imágenes se obtienen mediante un campo magnético intenso y ondas de radiofrecuencia. Es habitual la administración de un contraste intravenoso como el Gadolinio. Se suele realizar un estudio multiparamétrico de la zona prostática y un estudio corporal total que permita descartar adenopatías o lesiones óseas a otro nivel. Tras la detección de una lesión, es necesario realizar un biopsia guiada sobre dicha lesión, bien mediante biopsia transrectal centrada en esa área, o por biopsia guiada utilizando la fusión de imágenes de Rm/ecografía mediante un software específico, por vía transrectal o transperineal. También se podría realizar utilizando del propio equipo de RM. Sin embargo, la RM presenta las limitaciones propias de la técnica, como son: seguridad-incompatibilidad, duración del estudio, claustrofobia y disponibilidad de equipos de alto campo.

Por otro lado, también se debe tener en cuenta que los hallazgos pueden corresponderse con patología benigna, y teniendo en cuenta la baja especificidad de la técnica, puede conllevar una alta tasa de diagnósticos con falsos positivos. Esto implica la necesidad de la interpretación del estudio por parte de un radiólogo con gran experiencia. Pese a todo, la RM es la técnica por imagen más decisiva e importante para el diagnóstico y abordaje del cáncer de próstata.

5 Discusión-Conclusión

Para un correcto abordaje del cáncer de próstata, son muy importantes las técnicas de diagnóstico por la imagen, destacando la resonancia magnética y las biopsias guiadas hacia las lesiones detectadas. Se debe destacar el gran desarrollo tecnológico y la progresiva implantación de equipos híbridos como son el PET-TC y PET-RM, que ofrecen una información combinada tanto funcional como morfológica, de gran importancia para el manejo de esta enfermedad. Todo esto lleva a la creación creciente de unidades multidisciplinarias, donde se unen diferentes especialidades médicas como urología, oncología, patología, radiología y medicina nuclear, con el fin de determinar las indicaciones clínicas de cada prueba, teniendo en cuenta el equipamiento del que se dispone, y con el fin de facilitar el diagnóstico del paciente.

6 Bibliografía

- Aecc.es. (2019). Asociación Española Contra el Cáncer | AECC.
- 2019 SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica.
- Romer, Alfred Sherwood; Parsons, Thomas S. (1977). *The Vertebrate Body*. Philadelphia, PA: Holt-Saunders International. p. 395. ISBN 0-03-910284-X.
- Tsukise, A.; Yamada, K. (1984). «Complex carbohydrates in the secretory epithelium of the goat prostate». *The Histochemical Journal* 16 (3): 311-9. PMID 6698810. doi:10.1007/BF01003614.
- «Chemical composition of human semen and of the secretions of the prostate and seminal vehicles». *Am J Physiol* 136 (3): 467-473. 1942.
- «Semen analysis». www.umc.sunysb.edu. Consultado el 28 de abril de 2009.
- Papel de las Técnicas de Imagen en el Diagnóstico, Seguimiento y Estadificación del Cáncer de Próstata Dr.Rafael Menéndez de Llano Ortega (Tema-5-Hueso_928573_48.pdf).
- May F, Treumann T, Dettmar P, Hartung R, Breul J. Limited value of endorectal magnetic resonance imaging and transrectal ultrasonography in the staging of clinically localized prostate cancer. *BJU Int*. 2001;87(1):66-9.
- Mottet N, Bellmunt J, Briers E. EAU - ESTRO - ESUR - SIOG Guidelines Prostate Cancer. *Eau* [Internet]. 2017;
- Evangelista L, Bertoldo F, Boccardo F, ContiG, Menchi I, Mungai F, et al. Diagnostic imaging to detect and evaluate response to therapy in bone metastases from prostate cancer: current modalities and new horizons. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2016;43:1546.

- Soyka JD, Muster MA, Schmid DT, Seifert B, Schick U, Miralbell R, et al. Clinical impact of 18F-choline PET/CT in patients with recurrent prostate cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2012;39:936–43.
- Lindenberg L, Ahlman M, Turkbey B, Mena E, Choyke P. Evaluation of Prostate Cancer with PET/MRI. *J Nucl Med [Internet]*. 2016 Oct 1 [cited 2018 Jun 18];57(Supplement_3):111S–116S.
- Sidana A, Watson MJ, George AK, Rastinehad AR, Vourganti S, Rais-Bahrami S, et al. Fusion prostate biopsy outperforms 12- core systematic prostate biopsy in patients with prior negative systematic biopsy: A multi-institutional analysis. *Urol Oncol Semin Orig Investig [Internet]*. 2018 May 9 [cited 2018 May 14];
- Beyersdorff D, Winkel A, Hamm B, Lenk S, Loening SA, Taupitz M. MR Imaging-guided Prostate Biopsy with a Closed MR Unit at 1.5 T: Initial Results. *Radiology [Internet]*. 2005 Feb 1 [cited 2018 Jun 17];234(2):576–81.
- Vilanova JC, Catalá V. La resonancia magnética en el nuevo paradigma del diagnóstico del cáncer de próstata. *Radiologia [Internet]*. 2017;59(2):94–9.

Capítulo 640

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO : OBTENCIÓN DE LA MUESTRA PARA PRUEBAS DE LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA.

VIRGINIA CASTARROYO MERINO

COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ

YESICA DIAZ ROCES

MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las infecciones del tracto urinario se producen cuando los gérmenes contaminan la orina y se reproducen dentro del mismo. Pueden provocar una serie de síntomas, como dolor o escozor al orinar, molestias en la zona baja del abdomen o necesidad imperiosa de orinar. Algunos signos que pueden aparecer son orina de aspecto turbio, con olor fuerte o color rojo/rosa.

Las infecciones del tracto urinario (ITUs) más habituales son las producidas por bacterias, aunque también pueden presentarse a causa de virus, hongos o parásitos. El microorganismo más frecuente es *Escherichia coli* (más del 95% de las ITU están causadas por esta bacteria).

Staphylococcus saprophyticus, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus agalactiae* y bacterias del grupo de enterococos son responsables de la gran mayoría de los episodios restantes.

2 Objetivos

- Informar de los procedimientos más habituales en el laboratorio de microbiología para el diagnóstico de ITU.
- Poner de manifiesto la importancia de una adecuada recogida de la muestra, tanto en atención primaria como en hospitales para un diagnóstico lo más rápido posible de ITU.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las técnicas de obtención de muestras de orina (excepto la punción suprapúbica) no permiten excluir totalmente la contaminación con bacterias de la uretra distal, lo que puede dar lugar a malas interpretaciones de los resultados. Por ello, se recomienda el lavado del área genital antes de la obtención de la muestra, aunque el punto realmente importante, es la obtención de la muestra sin que la orina tenga contacto con los genitales externos. La orina de micción media es la muestra más adecuada. El contenedor donde se recoge la orina ha de ser estéril.

Una vez obtenida la muestra de orina, el transporte al laboratorio debe realizarse lo antes posible. Si el transporte o procesamiento no pueden realizarse inmediatamente, es necesario refrigerar las muestras a 4°C, lo cual permite su conservación durante unas 24 horas. Otra alternativa para evitar el sobrecrecimiento bacteriano en la muestra es el empleo de antisépticos débiles como el ácido bórico, aunque su uso puede inhibir algunos uropatógenos.

Una vez en el laboratorio de microbiología, el cultivo de orina se realiza para cuantificar el número de bacterias por mililitros y se expresa como unidades formadoras de colonias/ml (UFC/ml).

La técnica de cultivo cuantitativo más utilizada es la siembra con asa calibrada, que permite depositar sobre la superficie del medio de cultivo un volumen determinado de orina. Tradicionalmente se ha recomendado el empleo de dos medios de cultivo, un medio selectivo y diferencial, como agar McConkey o eosina azul de metileno (EMB), que permiten el crecimiento de enterobacterias y Bacilos Gram Negativos (BGN) no fermentadores, y un medio de agar sangre para Gram positivos y levaduras. Una vez sembradas las placas deben incubarse durante 16 a 18 horas a 35 - 37° C.

Además del urocultivo hay otros métodos químicos como la esterasa leucocitaria, bioluminiscencia, prueba de Griess, y físicos como la citometría de flujo.

5 Discusión-Conclusión

Las ITUs generalmente cursan con la presencia de un gran número de bacterias en orina. Sin embargo, pueden encontrarse bacterias en orina sin que exista infección, por contaminación de la muestra con bacterias de la flora de la uretra distal, de los genitales externos o por un tiempo de conservación excesivo antes del procesamiento. Por ello, el diagnóstico definitivo se suele realizar con los resultados del urocultivo.

La muestra tiene que recogerse en condiciones de asepsia para evitar el problema diagnóstico que se plantea entre contaminación e infección urinaria. Para ello se requiere del conocimiento de los métodos diagnósticos de laboratorio y de la respuesta del huésped a la infección.

La muestra debe de ser llevada rápidamente al laboratorio, ya que después de dos horas a temperatura ambiente, la multiplicación de microorganismos en la muestra puede dar lugar a resultados microbiológicos erróneos.

En definitiva, si obtenemos la muestra de la manera adecuada, se procesa con diligencia y adecuadamente, podremos dar un resultado más rápido y certero, para poder empezar cuanto antes con el tratamiento adecuado y minimizar así la posibilidad de producirse una infección más grave.

6 Bibliografía

- Protocolos laboratorio microbiología Hospital Vital Alvarez Buylla
- <https://scielo.conicyt.cl>
- <http://scielo.sld.cu>
- <https://www.seimc.org/>

Capítulo 641

PRINCIPALES CONTRAINDICACIONES A LA EXPOSICIÓN DE LOS RAYOS X

JORGE SAL GARCIA

1 Introducción

Las contraindicaciones a los rayos x consisten principalmente a los factores por los cuales una exposición a los rayos X no se debería de hacer según unos criterios.

2 Objetivos

Analizar las principales contraindicaciones de la exposición a la radiación X para la toma de imágenes con carácter diagnóstico o preventivo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de bases de datos electrónicas (Pubmed, Scielo) analizando diversos artículos con las palabras: problemas, contraindicaciones, rayos X.

4 Resultados

Tras el análisis y lectura de diversos artículos y páginas científicas las principales contraindicaciones a la radiación X recaen sobre 2 grupos bien diferenciados,

estos dos grupos son: las personas embarazadas o que crean poder estarlo y los niños, de estos dos grupos en el grupo de las personas embarazadas o que crean poder estarlo deberán indicarlo antes de la realización de la prueba ya que los rayos x podrían ser dañinos para el feto o el embrión por tanto si se pudiera se intentaría realizar otra prueba diagnóstica la cual no necesite radiación X, en caso de que sea necesario y aprobada por un medico se realizara la prueba. los niños son otro grupo el cual tiene contraindicaciones puesto que aun su cuerpo está en crecimiento, por tanto en el caso de realización de pruebas diagnósticas que tenga radiación x sobre el paciente se utilizará protectores plomados para las gónadas y las glándulas tiroides siempre y cuándo no obstaculice la zona a examinar.

5 Discusión-Conclusión

Principalmente los grupos los cuales tienes más contraindicaciones son esos dos los cuales fueron mencionados, aun así hay muchas más contraindicaciones pero son minoritarias y más exclusivas dependiendo de la enfermedad, paciente, etc. Por tanto estos dos serían más globales y de los cuales podrían tener más casos.

6 Bibliografía

- La introducción de los rayos X en España: la ciencia médica y la sanidad al siglo XX. Sanid. Mil., Dic 2016, vol.72, no.4, p.296-300. ISSN 1887-8571.
- Ramos de Andrade, E. et al. Radiomodifying effect of organic grape juice supplementation on hematological parameters and organ weight in whole-body X-irradiation in rats. Nutr. Hosp., June 2009, vol.24, no.3, p.297-303. ISSN 0212-1611.

Capítulo 642

LA SIALOGRAFÍA O SIALOGRAMA.

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

AIDA GOMEZ COYA

ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

RAQUEL ALONSO ALONSO

1 Introducción

La sialografía o sialograma es un examen radiológico contrastado que se realiza para el estudio de los conductos salivares y de las estructuras glandulares relacionadas.

El término sialografía proviene del griego de sialon y grafo, salvia y dibujo. La sialografía se define como una técnica de diagnóstico por imagen que permite visualizar los conductos de las glándulas salivares parótidas y submaxilares.

Las glándulas salivales vierten saliva en la boca a través de los conductos que se abren en diversas partes de la misma. Las de ángulo salivales se dividen en glándulas salivales mayores y menores. Dentro de las mayores nos encontramos con las siguientes:

- La glándula parótida: es una glándula salival muy voluminosa, está situada a ambos lados de la cara es la mayor de las glándulas. La atraviesan 3 estructuras importantes que son el nervio facial, la vena retromandibular y la carótida. Su secreción es serosa. La secreción la hace a través del conducto de stenson o parotídeo.
- La glándula submandibular o submaxilar: se localiza en el triángulo submandibular, son dos y están situadas debajo de los músculos de la boca. Su secreción es

mixta (serosa y mucosa). Su Conducto escritorio es el conducto de Wharton, cuya función es transportar la saliva submaxilar a la cavidad bucal.

La glándula sublingual está formada por pequeñas glándulas que están situadas directamente debajo de la mucosa del suelo de la boca. Su secreción es mucosa.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste el estudio de la sialografía, cuando está indicado y qué preparación necesita el paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre la sialografía, publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Cuiden. Las palabras clave utilizadas han sido: sialograma, sialografía, indicaciones.

4 Resultados

Existen tres tipos de indicaciones a la hora de realizar una sialografía.

- Trastorno de la producción de saliva.
- Obstrucción de las glándulas salivales.
- Inflamación de las glándulas salivales.

El examen se realiza mediante un equipo de radioscopia para poder visualizar las estructuras contrastadas durante el examen. Se canaliza el conducto principal y se inyecta contraste yodado hidrosoluble.

La preparación del paciente para este estudio es la siguiente:

- El paciente debe estar en ayunas de 4 a 6 horas.
- Se debe realizar un enjuague de la boca con una solución antiséptica.
- Está contraindicado en pacientes embarazadas.
- El paciente debe firmar el consentimiento informado para la administración de contraste radiológico.

Procedimiento:

- Antes de comenzar se administra al paciente un sedante y Y un estimulante para la secreción salival para de esta manera abrir los conductos y poder identificarlos con mayor facilidad.
- Primero se realiza una radiografía de la zona sin contraste, a continuación se procede a inyectar el contraste.
- Una vez introducido el contraste se procede a realizar la radiografías, en función de la glándula estudiar realizaremos las siguientes:
Para la glándula parótida realizaremos la posición tangencial y lateral.
Para la glándula submaxilar realizaremos la posición lateral e intraoral.
Para la sublingual realizaremos la posición intraoral.
Una vez realizadas todas las radiografías que correspondan se realiza una última radiografía de eliminación.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer la técnica correcta de la sialografía para conocer el estado del conducto salival cuando lo requiere.

6 Bibliografía

- Eisenberg RL. Radiología Patológica. Barcelona : Mosby YearBook, 1992.
- Diagnóstico por imagen. César S. Pedrosa y Rafael Casanova, segunda edición. McGraw-Hill-Interamericana. 2000.
- SERAM (Sociedad española de radiología médica).

Capítulo 643

IMPORTANCIA DEL DIMERO D EN EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLITICA VENOSA EN EL LABORATORIO

INMACULADA JUNCO LARIA

ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE

ALICIA VALLES TORRICO

MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ

M.AMPARO RODRIGUEZ BRAGA

1 Introducción

La enfermedad trombótica venosa es una patología clínica que engloba dos cuadros principales: la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). La enfermedad trombótica venosa suele comenzar como TVP en miembros inferiores, con formación de trombo parcial o total en el paso de la sangre en su circulación y luego, puede dar lugar al TEP, por migración de ese embolo hacia los pulmones. Ambas patologías tienen una estrecha relación, ya que el 70% de casos con TEP presentan trombosis venosa profunda en extremidades inferiores.

El TEP es considerado una de las complicaciones más graves de dicha enfermedad; ésta presenta unos elevados costes económicos, así como una alta mortalidad (en torno al 7,5%), siendo la embolia pulmonar la causa del 4-8% de las muertes de las personas mayores institucionalizadas.

El diagnóstico de la Trombosis Venosa Profunda puede ser difícil debido a una clínica poco específica. Se han desarrollado diversos algoritmos en los que el Dímero-D tiene un importante papel, debido a su alto valor predictivo negativo. El Dímero-D aumenta con la edad y disminuye desde la aparición de los síntomas, si ajustamos su punto de corte teniendo en cuenta estos dos parámetros, es posible aumentar su rendimiento diagnóstico.

El Dímero-D fue descrito en la década de los 70 y su aplicación diagnóstica fue desarrollada en la década de los 90. Es uno de los parámetros de la hemostasia más estudiados, debido a su papel en el diagnóstico no invasivo de la enfermedad trombótica venosa.

Es una molécula producto de degradación de la fibrina presente en el trombo. Éste se genera cuando la fibrina es proteolizada por la plasmina. Su vida media es de entorno a las 8 horas. Ha emergido como un test rápido y sencillo, con un lugar definido en los algoritmos de exclusión de la enfermedad tromboembólica venosa, en el diagnóstico de coagulación intravascular diseminada y en los últimos años con aplicación en la predicción de la recidiva de trombosis venosa profunda.

La medición del dímero D tiene un alto valor predictivo negativo (98-100%) en la enfermedad tromboembólica y es de gran utilidad para determinar la continuidad de la terapia de anticoagulación en pacientes con un primer evento no provocado de trombosis venosa profunda, su utilidad en otros escenarios está en estudio. Los niveles de dímero-D se elevan en el plasma en presencia de un coágulo agudo, tras la activación simultánea de la coagulación y la fibrinólisis.

Sus niveles plasmáticos se encuentran elevados en la trombosis venosa profunda (TVP), el tromboembolismo pulmonar (TEP), en neoplasias, infartos, trombosis arterial, coagulación intravascular diseminada, neumonía, embarazo, traumatismo reciente o hepatopatía. Por lo tanto, un análisis de sangre para medir el índice de dímero-D permite detectar la presencia de un coágulo sanguíneo.

Un nivel de dímero-D normal establece una baja probabilidad de TEP agudo o trombosis venosa profunda, es decir, el valor predictivo negativo (VPN) del dímero-D es alto. Algunos factores pueden provocar el aumento de la concen-

tracción de dímero-D en la sangre y algunas condiciones fisiológicas provocan la formación de pequeñas cantidades de fibrina: después de una intervención quirúrgica, durante un embarazo, patologías inflamatorias, reabsorción de un hematoma, hemorragias y también el índice sanguíneo de dímero-D aumenta con la edad, por lo que, a pesar de que el dímero-D es específico por la fibrina, su valor predictivo positivo (VPP) es bajo. Por lo tanto, el dímero-D no es útil para confirmar el TEP.

2 Objetivos

Describir la utilización del Dímero-D en el laboratorio de coagulación para descartar posible tromboembolismo pulmonar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

1. Perrier et al, 1999; Kruijff et al, 2002; Perrier et al, 2004a; Perrier et al, 2005.
2. Perrier et al, 1999; Wells et al, 2001; Perrier et al, 2004a; Perrier et al, 2005.
3. Stein et al, 2004b; di Nisio et al, 2007.
4. López de Ullibarri Galparsoro I, Pita Fernández S. Curvas ROC. Cad Aten Primaria 1998;5(4):229-6.

Capítulo 644

INSTRUMENTAL DE OBTURACIÓN CON COMPOSITE, EN LA CLÍNICA DENTAL

MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La odontología es la ciencia que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención, por tanto de toda la cavidad bucal, de las enfermedades del aparato estomatognático.

La operatoria dental es la parte de la odontología que se encarga de la reparación y reconstrucción de las piezas dentales que han sufrido alguna alteración en su estructura.

El instrumental dental se refiere aquel que se coge con la mano para realizar diferentes técnicas dentro del campo de la odontología.

1. Historia

Los mayas, los incas y los aztecas tenían métodos para la restauración de piezas dentales con piedras preciosas y metales, esto no sólo se realizaba por la estética sino también por la ornamentación que significaba en la época.

El padre de la Odontología actual se llama Fauchard, el cual desarrolla grandes avances en la práctica de la profesión y escribe un libro y tratados basados en las técnicas. En el siglo XIX se empezó a utilizar materiales e instrumental para

amoldar el amalgama, y a estudiar los materiales del oro y porcelana. En 1985 Black realiza investigaciones sobre los materiales.

En 1928 se constituye la Asociación dental Americana (ADA) y ello permite consensuar opiniones y decisiones entre EE.UU y el resto del mundo. ADA junto con asociaciones de otros países investigan sobre las características físicas y químicas de las sustancias, métodos o instrumental que se pueden o deben emplear hasta nuestros días.

2. Partes

- Parte activa: Es aquella que se usa para realizar la función para la que se ha diseñado el instrumento.
- Parte inactiva o mango: Es aquella por donde se sujeta el instrumento para realizar la función.

3. Clasificación de los instrumentos.

- Instrumental de mano: Es aquel instrumento que coge el dentista con la mano.
- Instrumento rígido, que tiene una sola parte activa y no tienen apertura y cierre.
- Instrumento articulado, tiene apertura y cierre y son articulados.
- Instrumental rotatorio: es aquel que va en el equipo dental sujetado por unas mangueras que hacen que el instrumental gire a distintas velocidades para mover una fresa que se colocará en el extremo.

Dentro del mismo podemos encontrar estos:

- Turbina: Instrumento rotatorio de alta velocidad (100.000-500.mmm rpm). Se suele emplear para eliminar tejidos duros del diente como el esmalte para abrir la cavidad que será posteriormente restaurada.

La turbina tiene dos partes bien diferenciadas: La cabeza, tiene una salida de agua para irrigar la fresa y evitar su calentamiento, un sistema de sujeción, y es donde se inserta la fresa. En el cuerpo va integrado el sistema de aire y agua, es la zona de presión para que el sistema de rotación funcione a la velocidad adecuada.

- Micromotor: Instrumento rotatorio de baja velocidad (0- 40.000rpm), por tanto se usará para la zona dentino- pulpar, que permite giro y contragiro en el se pueden colocar el contraángulo y la pieza de mano que hace de conector.
- Contraángulo: Instrumento rotatorio de baja velocidad, son más lentos que la turbina pero alcanzan mayor fuerza de rotación. Se usan para pulir las obturaciones y para las reconstrucciones mas profundas.
- Pieza de mano: Instrumento rotatorio que se usa en cirugías y para el retoque de prótesis dental con fresas de acero o carbono de tungsteno.

4. Tipo de instrumentos dentales dentro de la operatoria dental.

Instrumental de exploración (en este caso se empleará para la exploración intraoral que se realiza dentro de la cavidad bucal):

- El espejo sirve para observar paladar duro, blando, mejillas u otra zona dentro de la boca.
- La sonda que sirve para detectar la caries, fisuras, entre otras.
- La pinza se usa para coger algún material o instrumental, como por ejemplo una fresa, algodones etc...

Instrumental de bandeja de anestesia (esta bandeja sirve para paliar el dolor que un paciente puede tener en la consulta del dentista mientras le realizan una reconstrucción):

- Anestesia tópica para aliviar la punción.
- Anestesia local con punción, llevará los elementos que a continuación se describen : el carpule que llevará dentro el fármaco, aguja y jeringa, para aliviar el dolor que le suponga la técnica a realizar y la profundidad de la caries.

Instrumental de aislamiento (en esta bandeja servirá para aislar de la humedad el campo y así tener un buen pronóstico y mejor resultado):

- Dique de goma: plástico elástico que se coloca encima del diente.
- Clamps o grapas, sirven para sujetar el dique de goma.
- Pinzas del mismo que sujetarán el clamp, tendrá distintas formas y tamaños que dependerá de la pieza a colocar.
- Perforador de dique de goma, que se usa para recortar el dique al tamaño que se necesite.
- Vaselina y seda o cinta de diques.

Instrumental y material para realizar la cavidad:

- Los composites o resinas son los mas usados en la actualidad por la mejora de la estética dental y porque no son perjudiciales para la salud, como ocurría con los amalgamas.

Se usará para reparar la cavidad el diente instrumental y material:

- Turbina, contraángulo y las fresas correspondientes (de bola, de forma de hoja, de lanza etc...) dependiendo de la cavidad y del momento empleado, ya que se necesitarán al principio de la obturación para abrir la cavidad y al final para pulir y dar forma anatómica al diente.
- Escariador o cucharilla que nos servirán para dejar bien limpia la zona después de abrir la cavidad con la turbina.

- Matrices que se ajusten a la pieza para hacer una buena anatomía y que la obturación quede bien sellada.
- Ácido grabador y adhesivo que permitirá dejar porosa la zona a tratar para que se adhiera bien el composite al diente.
- Composite del color del diente, que generalmente se mira por la guía Vita.
- Instrumento de bola y plástico para rellenar la cavidad.
- Lámpara de polimerización para secar el composite al diente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Comprender la utilización del instrumental dental, dentro de la clínica.

Objetivos secundarios:

- Visualizar las superficies dentales y mejorar la funcionalidad.
- Exploración intraoral de toda la boca, tanto el paladar blando, como duro.
- Eliminar la caries y las zonas afectadas.
- Restauración de las cavidades dentales.
- Mejorar la estética y funcional del paciente.
- Asir, sujetar o trasladar distintos materiales para la ayuda de las reconstrucciones, en la cavidad bucal.
- Aplicar adhesivo, flow o composite.
- Anestesiarse la mucosa para no percibir dolor en la zona a tratar.
- Separar los tejidos bucales y proteger la lengua de posibles lesiones.
- Aislar la zona afectada por posible contaminación.
- Perforación de las cavidades para realizarla reconstrucción.
- Alisar y pulir las zonas del diente que tuvieron que ser sometidas a tratamiento.
- Encofrar la parte afectada, para tener una buena anatomía y funcionalidad.
- Sellar las cavidades de material provisional o definitivo.
- Polimerización del composite o flow para cerrar la cavidad y que quede permanente.
- Color o tinción adecuada para tener una buena estética dental.
- Reducir la halitosis por la destrucción de las bacterias.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar. Se ha utilizado en criterios de búsqueda

en revistas científicas y libros encontrados en páginas web relacionadas con el instrumental dental de operatoria, la odontología en general, y las caries.

4 Resultados

En este apartado veremos la finalidad de realizar una obturación o reconstrucción, ya que depende tanto del profesional, como del instrumental o material utilizados. Será de vital importancia la estética dental y la anatomía del diente, teniendo en cuenta la funcionalidad del mismo. El instrumental si se utiliza de manera adecuada y respetando los tiempos, puede dar muy buenos resultados y que la obturación dure más.

Ha de engrasarse bien el instrumental rotatorio para que funcione perfectamente. El material debe conservarse en lugar fresco y sin humedad para su buena conservación. El instrumental será lavado, desinfectado y esterilizado en el autoclave para acabar con las bacterias y los virus que puedan tener. La anestesia no debe estar caducada para evitar infecciones o cualquier otro problema. Debe guardarse todo el instrumental en bolsas estériles para conseguir la mayor asepsia posible.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se ha intentado hacer un ejercicio de reflexión sobre el instrumental dental en operatoria y sus características. También podemos destacar algunas definiciones, la historia de la odontología y las partes del instrumental en operatoria. Se tratará de explicar de forma resumida la clasificación del instrumental y los tipos dentro de este campo.

Se ha intentado reflejar tanto los materiales como el instrumental siguiendo los pasos para realizar una obturación o reconstrucción. El nivel de aprendizaje y de adquisición de conocimientos me ha sido de gran utilidad.

6 Bibliografía

1. LinkedIn Corporation, 2019. <https://es.slideshare.net>
2. Mas que dientes, 2019. <https://www.masquedientes.com>
3. Galindo C., Ramos C., Heredia M., A. Cardelús R. 2015. Grado medio de Cuidados Auxiliares de Enfermería.
4. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Macmillán profesional.

5. Prezi, INC, 2019. <https://prezi.com>
6. Fundación Wikimedia, INC, 2019.
7. <https://es.wikipedia.org>
8. Colgate-Palmolive Company, 2019 <https://www.colgate.com>
9. Instrumental odontológico, 2019. <https://www.instrumentalodontologico.es>
10. Ediciones Peldaño, 2019. <https://gacetadental.com>

Capítulo 645

INSTRUMENTAL PARA REALIZAR UNA HIGIENE EN LA CLÍNICA DENTAL

MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La odontología es la ciencia que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención, por tanto de toda la cavidad bucal, de las enfermedades del aparato estomatognático. La higiene dental se refiere a la higienización de los dientes mediante diferentes técnicas y con distintos materiales e instrumental. El instrumental dental se refiere aquel que se coge con la mano para realizar diferentes técnicas dentro del campo de la odontología.

2 Objetivos

- Evitar posibles enfermedades periodontales, caries o incluso la pérdida de dientes.
- Mejorar la estética, la anatomía y la funcionalidad de los dientes.
- Evitar infecciones u otras enfermedades asociadas a la mala higiene oral.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se ha utilizado criterios de búsqueda en re-

vistas científicas y libros encontrados en páginas web relacionadas con la higiene dental, las bandejas para hacerla posible, el material y el instrumental.

4 Resultados

Partes

- Parte activa: Es aquella que se usa para realizar la función para la que se ha diseñado el instrumento.
- Parte inactiva o mango: Es aquella por donde se sujeta el instrumento para realizar la función.

Clasificación del instrumental dental.

- Instrumental de mano: Es aquel instrumento que coge el dentista con la mano.
- Instrumento articulado, tiene apertura y cierre y son articulados.
- Instrumento rígido, que tiene una sola parte activa y no tienen apertura y cierre.
- Instrumental rotatorio: Es aquel que va en el equipo dental sujetado por unas mangueras que hacen que el instrumental gire a distintas velocidades para mover una fresa que se colocará en el extremo. Dentro del instrumental rotatorio encontramos estos:

Turbina: Instrumento rotatorio de alta velocidad (100.000-500.000 rpm) Se suele emplear para eliminar tejidos duros del diente como el esmalte para abrir la cavidad que será posteriormente restaurada. La turbina tiene dos partes bien diferenciadas. La cabeza, tiene una salida de agua para irrigar la fresa y evitar su calentamiento, un sistema de sujeción, y es donde se inserta la fresa. En el cuerpo va integrado el sistema de aire y agua, es la zona de presión para que el sistema de rotación funcione a la velocidad adecuada.

- Micromotor: Instrumento rotatorio de baja velocidad (0- 40.000rpm), por tanto se usará para la zona dentino- pulpar, que permite giro y contragiro en el se pueden colocar el contraángulo y la pieza de mano que hace de conector.
- Contraángulo: Instrumento rotatorio de baja velocidad, son mas lentos que la turbina pero alcanzan mayor fuerza de rotación. Se usan para pulir las obturaciones y para las reconstrucciones mas profundas.
- Pieza de mano: Instrumento rotatorio que se usa en cirugías y para el retoque de prótesis dental con fresas de acero o carbono de tungsteno.

Instrumental y material utilizados en una higiene.

A continuación se citará el material e instrumental necesario para realizar una buena higiene dental dentro de la consulta del dentista:

Bandeja de exploración.

Para la exploración intraoral se usan los siguientes elementos:

- Pinza porta-algodones: es una pinza de presión digital, acodada y usada para la sujeción, para coger algún material o para extraer algún material de la cavidad bucal.
- Sonda de exploración: esta puede tener una o dos partes activas, se usa en la primera exploración, para retirar algún exceso de tejido o material.
- Sonda periodontal: este instrumento es imprescindible para el examen, la sonda de la OMS que tiene un código de colores (negro/gris) que permite visualizar la profundidad de la bolsa periodontal y está marcada cada 3mm. Esta nos reflejará la pérdida ósea y la inserción que tiene al hueso y al periodonto.

Bandeja de profilaxis.

Dentro de la bandeja habrá diferentes elementos a tener en cuenta:

- La pieza de mano: instrumento rotatorio que tiene una vibración (20-30 hercios), se usa como conductor de la vibración a la punta ultrasónica.
- Puntas ultrasónicas: son las encargadas de transmitir la vibración de la pieza de mano a la cavidad oral.
- Llave para apretar las puntas: su función es la de ajustar la punta ultrasónica para que permanezcan inmóviles para evitar posibles lesiones.

Bandeja para la eliminación de manchas.

Para ello necesitaremos copas, cepillos de profilaxis o fresas arkansas, que mediante un sistema rotatorio y su correspondiente pasta, en el caso de los cepillos, (detrartine), se eliminarán las manchas de café, té tabaco etc..

También podremos usar el sistema de bicarbonato a alta presión, es un aparato, en el que se introduce bicarbonato que se coloca en la manguera del equipo dental y que junto con agua expulsa unas partículas de bicarbonato que ayuda a la eliminación de manchas difíciles.

Técnica de cepillado.

- Colocar el cepillo de dientes inclinado 45° mirando hacia la encía.
- Comenzar por grupos de tres o cuatro dientes con movimientos de barrido y circulares, y cepillar la zona oclusal.
- No indicir demasiado en la encía para que no haya posteriores retracciones.
- Cepillar bien la lengua o usar raspador lingual.
- Uso de la seda dental para zonas interproximales, haciendo el mismo recorrido que el diente y arrastrando toda la suciedad hacia el otro extremo, sin erosionar la encía.

- Utilizar colutorio dental adecuado a cada boca, yq que depende de factores como: la ortodoncia, la sensibilidad, etc...

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se ha intentado reflejar los diferentes pasos a seguir para realizar una correcta higiene dental. Además se han explicado los materiales y el instrumental necesario para ello.

6 Bibliografía

- Fundación Wikimedia, INC, 2019. <https://es.wikipedia.org>
- Galindo C., Ramos C., Heredia M., A. Cardelús R. 2015. Grado medio de Cuidados Auxiliares de Enfermería. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. Macmillán profesional.
- Clínicas Esteve. 2017. Motivación en odontología.
- Colgate-palmolive company. 2018. Cepillado dental.
- Deltadent. 2015. Técnicas de cepillado. <https://deltadent.es>
- La Asociación Dental Americana Producción, 2019. <https://www.mouthhealthy.org>
- Artículos de google académico, 2019 <https://books.google.es>

Capítulo 646

LA IMPORTANCIA DE LA MAMOGRAFÍA

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las glándulas mamarias están situadas en el tórax, más concretamente en la región pectoral superficial. Estas glándulas están formadas por conductos y lóbulos secretores que convergen formando entre 15 y 20 conductos galactóforos desembocando en el pezón, que está rodeado por la areola.

En España, el cáncer mama en mujeres es la segunda causa de mortalidad por detrás de las enfermedades cardiovasculares. Esta enfermedad tiene un origen multifactorial, es decir, se debe a factores genéticos (antecedentes familiares de cáncer de mama, portadores del síndrome mama/ovario hereditario por el gen BRCA) y a factores externos referentes al estilo de vida (tabaquismo, alcoholismo, obesidad, sedentarismo). Además hay otros aspectos relacionados con el cáncer de mama como son la nuliparidad, tener el primer embarazo después de los 30 años o tomar terapia hormonal sustitutiva. Existen unas recomendaciones para

reducir el riesgo de padecer esta enfermedad como pueden ser los cambios de hábitos de estilo saludable (dieta, actividad física, no hábitos tóxicos) y fomentar la lactancia materna en caso de tener descendencia. Sin embargo, estas medidas son en muchos casos insuficientes para prevenir la enfermedad.

Dado que es una patología con una alta incidencia y prevalencia en la población, sobre todo en mujeres, es importante el cribado con mamografía para detectar el cáncer antes de que se manifieste clínicamente y poder obtener un tratamiento precoz frente a la enfermedad que nos permita disminuir la mortalidad y aumentar la calidad de vida. En España, todas las mujeres de 50 a 64 años tienen acceso a un programa de cribado en la sanidad pública. El objetivo de la mamografía es obtener imágenes de alta resolución de la glándula mamaria que nos permita detectar posibles lesiones.

2 Objetivos

Demostrar la importancia de la utilización de la mamografía como método de detección precoz de cáncer de mama.

3 Metodología

Se ha realizado diversas búsquedas en bases de datos y revistas de medicina. También se han utilizado otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico y publicaciones de otros hospitales españoles y extranjeros. Las palabras clave utilizadas han sido: "mamografía", "cribado cáncer de mama", "cáncer de mama", "detección precoz cáncer de mama". Se ha filtrado la búsqueda de artículos sólo en español y de fecha comprendida entre 2000-2019.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica efectuada podemos observar que el programa de detección de cáncer de mama utiliza la mamografía como prueba por excelencia en mujeres con edades comprendidas entre los 50 y los 64 años.

La mamografía ya sea de cribado (prevención en mujeres asintomáticas) o de diagnóstico (cuando la paciente presenta algún síntoma) consta de cuatro imágenes, dos de cada mama en dos proyecciones diferentes que son craneocaudal (CC) y oblicua medio lateral (OBL).

Existen también otras proyecciones adicionales que realizaremos sólo en casos especiales. La mediolateral (ML) 90° que nos servirá para ubicar zonas de lesiones, la proyección del Valle o del surco mamario, la proyección rotada donde las estructuras varían su posición, la magnificada para asegurar o descartar lesiones, la focalizada que obtiene mayor nitidez en una sola zona, la proyección de la cola axilar para coger más pectoral o la técnica de Eklund que se realiza a pacientes con implantes mamarios y consiste en retirar hacia atrás la prótesis a la hora de realizar la mamografía.

Los resultados de la mamografía van determinados por una clasificación denominada BIRAD que corresponde al acrónimo en inglés "Breast Imaging Reporting And Data System". El manual se creó para estandarizar los resultados, mejorar la calidad y la comunicación entre médicos, radiólogos y pacientes.

-BIRAD 0; es una valoración incompleta donde el radiólogo no puede dar un diagnóstico con las proyecciones y datos clínicos de los que dispone. Por lo tanto, necesita imágenes adicionales.

-BIRAD 1; estudio negativo, control anual (aunque en la mayoría de CCAA será bianual).

-BIRAD 2; cambios benignos, control bianual.

-BIRAD 3; hallazgos probablemente benignos que requieren un seguimiento periódico de 6, 12, 18, 24 meses.

-BIRAD 4; hallazgos sospechosos de anormalidad donde se suele considerar hacer una biopsia.

-BIRAD 5; hallazgos sospechosos de malignidad.

En cuanto a las técnicas complementarias para completar el diagnóstico nos encontramos:

-La ecografía es una técnica que obtiene imágenes a través de ultrasonidos. Nos puede servir para distinguir alguna lesión o bien para guiar punciones.

-La resonancia magnética obtiene las imágenes combinando el campo magnético de un imán y las ondas de radiofrecuencia. En este estudio se analizarán tanto el estudio anatómico como el fisiológico. Suele usarse para complicaciones con los implantes mamarios (como posibles roturas, quistes) o con contraste para lesiones ya encontradas.

-La galactografía es una mamografía con contraste que se introduce por el pezón para rellenar los conductos galactóforos. Está indicada cuando hay secreciones por sospecha de papiloma intraductal.

También existen técnicas intervencionistas:

-El arpón-guía es un sistema de marcaje de la lesión que se hace de manera previa

a un quirófano. Puede realizarse con control ecográfico o mamográfico (dependiendo de por qué método sea localizada la lesión).

-El Galacto-arpón combina las dos técnicas explicadas anteriormente.

-La PBC-Esterotaxia es una punción-biopsia de una lesión no palpable para evitar la intervención quirúrgica.

-La esterotaxia nos permite localizar la lesión en los tres planos y puede ser vertical (acoplada al mamógrafo) u horizontal (la paciente en decúbito prono estando el aparato de esterotaxia debajo de la camilla)

-LA PBC-ecografía es una punción-biopsia de una lesión guiada por ecografía.

-La punción aspiración con aguja fina o PAAF es la punción-biopsia de una lesión que puede realizarse tanto guiada por ecografía como por esterotaxia. También puede realizarse una punción con aguja gruesa (BAG).

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres en nuestro país. El número de casos aumenta cada año, disminuyendo el número de muertes gracias a los programas de detección precoz de esta enfermedad. Además, el diagnóstico nos permite un tratamiento precoz que conlleva una mejor calidad de vida para la paciente.

6 Bibliografía

-Drake, Richard L., Vogl Wayne, Mitchell Adam W. L. "Gray Anatomía para estudiantes" Ed: Elsevier (2005)

-Herráiz, Fez, and Francisco Javier Rodríguez Alcalá. "El cribado de cáncer de mama a examen." *Revista Clínica de Medicina de Familia* 12.3 (2019): 115-118.

-Aguilar Cordero, M., et al. "Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama." *Nutrición hospitalaria* 25.6 (2010): 954-958.

-Marzo-Castillejo, Mercè, et al. "Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018." *Atencion primaria* 50.Suppl 1 (2018): 41.

-Sicras-Mainar, Antoni, and Ruth Navarro-Artieda. "Validación retrospectiva del Johns-Hopkins ACG Case-Mix System en la población española." *Gaceta Sanitaria* 23 (2009): 228-231.

-Barrionuevo Pérez, Natividad "Imagenología de la mama" Formación Continuada Logoss (2008)

-Padrón Pérez, Carlos "Protocolos de actuación para el estudio de la mama en radiodiagnóstico" Asociación Española de Técnicos en Radiología (AETR) (2006)

- Ortega, Dulia, et al. "Mamografía digital: el desafío del presente." *Revista chilena de radiología* 10.1 (2004): 35-37.
- Yúnez, Israel Díaz, et al. "Mamografía digital vs análoga en el diagnóstico de cáncer de mama." *Revista Colombiana de Cancerología* 17.4 (2013): 173-174.
- Sardanelli, Francesco, et al. "Mamografía: actualización de las recomendaciones de la EUSOBI sobre la información a las mujeres." (2016).
- Poveda, César Augusto. "Sistema BIRADS: descifrando el informe mamográfico." *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía* 19.1 (2010): 18-20.

Capítulo 647

LOS ARTEFACTOS EN ECOGRAFÍA Y RECOMENDACIONES PARA EVITARLOS.

VANESA ARJONA TUYA

ELIZABETH TRILLO GONZALEZ

EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS

PABLO MACHO JUNQUERA

1 Introducción

La ecografía es un técnica de diagnóstico por imagen que utiliza la energía mecánica de las ondas sonoras de los ultrasonidos, y aprovecha las distintas propiedades acústicas de la materia para formar esa imagen. Cuando usamos los ultrasonidos en ecografía, estamos haciendo pasar una onda sonora a través del paciente que rebotará en los diferentes tejidos del organismo del sujeto en cuestión y a su paso, esa onda va a sufrir efectos de rebote o ecos de retorno, que van a ser recogidos por la sonda ecográfica y convertidos en una imagen diagnóstica.

Por lo tanto, estamos hablando de una técnica muy sencilla de realizar, que no es invasiva y es bastante accesible. La principal desventaja que tiene es que es dependiente del ecografista, el cual debe tener amplios conocimientos en la materia y estar familiarizado con la sonoanatomía de los tejidos para ser capaz de reconocer los denominados como artefactos, y así evitar diagnósticos erróneos.

Los artefactos son anomalías que aparecen en la imagen, alterándola o falseándola, lo cual puede inducir a un error de interpretación.

2 Objetivos

Dar a conocer los artefactos más comunes que podemos encontrarnos en ecografía, su repercusión a la hora de hacer un estudio y cómo prevenirlos en la medida de lo posible.

3 Metodología

Se ha realizado una comprobación sistemática de bibliografía referente a este tema, utilizando para ello determinadas bases de datos como por ejemplo Pubmed o Medline, así como diversos libros específicos de ecografía. El buscador de preferencia ha sido Google académico desde el año 1995 al 2018. Como método inclusivo se han seleccionado los artículos que más amplia y comprensible información aportaban en referencia al tema a tratar. Y como método exclusivo, los artículos demasiados complejos y de difícil interpretación. Los descriptores que se han utilizado han sido: “ecografía”, “artefactos”, “refracción” y “reverberación”.

4 Resultados

A continuación haremos un listado con los artefactos más comunes que hemos encontrado y una breve descripción de los mismos:

- Sombra Acústica Posterior: Se produce cuando los ecos chocan con una interfase que es muy reflectante y no los deja pasar, no detectándose por tanto ninguna imagen detrás, dejando una especie de sombra posterior.
- Refuerzo Acústico Posterior: Ocurre cuando el ultrasonido atraviesa un medio sin interfases en su interior y pasa a un medio sólido ecogénico. Es el artefacto típico de imágenes quísticas.
- Cola de cometa: Es un artefacto de reverberación que se produce cuando el haz de ultrasonidos colisiona con una interfase estrecha y muy ecogénica. Lo que ocurre es que esa interfase refleja el haz de ultrasonidos por completo, de forma que rebota entre ambas estructuras. La cola de cometa produce una serie de ecos falsos muy juntos, discretos y brillantes. Suele estar relacionado con la presencia de un objeto metálico o de vidrio.

- Ring-Down - Su apariencia es similar al de “cola de cometa”, sin embargo se sabe que este artefacto aparece mayoritariamente por la presencia de gas (y no de metal como suele ser el anterior). Hacen falta múltiples burbujas de gas para que se produzca, y cuando el ultrasonido las alcanza, hace que el líquido que queda atrapado entre las burbujas resuene.
- Reverberaciones – Ocurren cuando el ultrasonido atraviesa una interfase que separa dos medios materiales de muy distinta densidad o impedancia, como por ejemplo un sólido y un gas. Los ecos devueltos por la interfase no los capta en su totalidad el transductor sino que rebotan en él volviendo a dicha interfase, que vuelve a reflejarlos, y continúa así sucesivamente hasta que se agota la energía. Este artefacto se observa como una especie de bandas paralelas de mayor a menor hiperecogenicidad.
- Imagen en espejo o especular – Se produce cuando una interfase muy ecogénica se encuentra delante de otra tan ecogénica como ella. Parte de los ultrasonidos se reflejan hacia delante y atrás produciendo imágenes en espejo. El mejor espejo acústico del organismo es el gas, ya que refleja casi el 100% del sonido que le llega.
- Refracción divergente – Este fenómeno sucede cuando el ultrasonido pasa de forma oblicua a través de la interfase entre dos tejidos que transmiten las ondas sonoras a distinta velocidad. Lo que se observa es un efecto de discontinuidad, que es irreal pues lo que lo provoca es el cambio de velocidad entre dos tejidos de diferente impedancia.
- Aliasing – Es un tipo de artefacto característico de la ecografía Doppler. Se produce cuando la velocidad de captación del eco por el equipo ecográfico es menor que la velocidad de la sangre circulando en el vaso que se está explorando.
- Anisotropía – Se define como la cualidad que poseen algunos tejidos de variar su ecogenicidad dependiendo del ángulo con el que incida el ultrasonido. Las estructuras anisotrópicas por excelencia en los organismos son los tendones.
- Imagen doble – Debido a la refracción, pueden situarse elementos reales en ubicaciones falsas. Para conseguir evitar o minimizar este artefacto el ángulo de incidencia debe procurarse que sea lo más cercano posible a 90°.
- Ausencia de apoyo – Puede producirse por no apoyar correctamente el transductor sobre la piel del paciente, bien porque la propia estructura anatómica no nos lo permita o bien por falta de gel.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía ofrece notables ventajas sobre otras técnicas de imagen, como por ejemplo permitir el estudio dinámico del aparato musculoesquelético y articular. El examen, que se realiza en tiempo real, muestra la imagen en movimiento de las diferentes estructuras y eso nos permite valorar además su capacidad funcional.

En la ecografía podemos hablar principalmente de dos limitaciones: Una de tipo técnico, ya que no es posible examinar el hueso subcortical. Y la segunda es que su precisión en el diagnóstico depende en gran parte de la experiencia del explorador que requiere de un aprendizaje previo y un buen conocimiento de la anatomía topográfica.

Los ultrasonidos cuando penetran en los tejidos y estos devuelven los ecos de retorno, no siempre lo hacen de una forma coherente, por lo que a veces las imágenes que recibimos no son reales, y eso son los artefactos.

Algunas recomendaciones para tratar de minimizar su aparición son las siguientes:

- Tratar de acceder a la zona objeto de exploración por otra ventana diferente.
- Utilizar la cantidad de gel adecuada para que la transmisión de los ultrasonidos sea óptima.
- Hacer el estudio con diferentes frecuencias o anchos de banda.
- Ajuste de la ganancia total y parcial.
- Revisar la situación del foco
- Cambiar la profundidad y el ángulo de incidencia
- Mover al paciente cuando sea posible, por ejemplo para tratar de movilizar el gas intestinal cuando hay mucho.

6 Bibliografía

- Díaz-Rodríguez, N., Garrido-Chamorro, R. P., & Castellano-Alarcón, J. (2007). Ecografía: principios físicos, ecógrafos y lenguaje ecográfico. *Semergen-Medicina de Familia*, 33(7), 362-369.
- Metodología y técnicas. Ecografía: principios físicos, ecógrafos y lenguaje ecográfico. N Díaz-Rodríguez, RP Garrido-Chamorro, J Castellano-Alarcón *Semergen* 2007;33:362-9.
- Rumack CM; Levine D: *Diagnostic Ultrasound E-book 5th Edition*. Ed. Elsevier 2017.

- Siegel M. Ecografía Pediátrica: Ed.Marban. 2004.
- <https://ecografiafacil.com/2019/04/21/150-indice/>.
- Díaz Rodríguez N. Ecografía músculo-tendinosa del hombro normal: técnica ecográfica. Vigo: GTE; 2000.
- Hofer M. Ultrasound teaching Manual. Nueva York: Thieme; 1999.
- Vargas, A., Amescua-Guerra, L. M., Bernal, M. A., & Pineda, C. (2008). Principios físicos básicos del ultrasonido, sonoanatomía del sistema musculoesquelético y artefactos ecográficos. Acta ortopédica mexicana, 22(6), 361-373.

Capítulo 648

TÉCNICA DE PUNCIÓN-BIOPSIA GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

RAQUEL ALONSO ALONSO

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

AIDA GOMEZ COYA

1 Introducción

La radiología intervencionista torácica incluye múltiples técnicas y procedimientos que se pueden dividir en diagnósticas y terapéuticas, no vasculares y vasculares.

Dentro de los procedimientos diagnósticos no vasculares encontramos la técnica de punción-biopsia guiada por tomografía computarizada (TC). Consiste en obtener una muestra de tejido de una lesión intratorácica a través de la piel mediante la introducción de una aguja. Generalmente las punciones se guían por fluoroscopio, tomografía computarizada o mediante ecografía.

2 Objetivos

- Describir la técnica de la punción-biopsia guiada por tomografía computarizada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la técnica de la punción-biopsia guiada por tomografía computarizada.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En las punciones-biopsias guiadas por fluoroscopia, se requieren al menos dos proyecciones para asegurar la correcta localización de la aguja. Al finalizar el procedimiento se deberán obtener imágenes de TC para valorar las complicaciones que pueden surgir después de la punción.

En la Técnica de punción-biopsia guiada por tomografía computarizada se colocarán unos marcadores radiopacos sobre la piel del paciente a la altura de la zona de la lesión. Se realiza un topograma primario, donde se valorará la correcta localización de las agujas sobre la lesión, a continuación, se realizarán una serie de cortes axiales con el fin de valorar la dirección de la aguja hacia la lesión. El radiólogo realizará la punción y comprobará la correcta localización de la aguja en el interior de la lesión. Se llevarán a cabo siempre cortes axiales por encima y por debajo de la lesión, al menos cinco cortes por encima y cinco cortes por debajo del sitio donde se ha realizado la punción. Una vez finalizado el procedimiento valorar la existencia de complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de esta técnica consiste en la obtención de una muestra de tejido de la zona afectada con un fin diagnóstico. Para ello nos ayudamos guiándonos de la obtención de imágenes mediante tomografía computarizada, haciendo tantos cortes como sean necesarios hasta llegar a la lesión intratorácica.

Es importante realizar la técnica de forma correcta para llegar al diagnóstico.

6 Bibliografía

- Laurent F, Montaudon M, Latrabe V, Bégueret H. Per-cutaneous biopsy in lung cancer. *European Journal of Radiology* 2003; 45: 60-8.
- Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. J. Azpeitia, J. Puig, R. Soler.
- Laurent F, Montaudon M, Latrabe V, Bégueret H. Per-cutaneous biopsy in lung cancer. *European Journal of Radiology* 2003; 45: 60-8.

Capítulo 649

EFECTOS DE LA RADIACIÓN

AIDA GOMEZ COYA

RAQUEL ALONSO ALONSO

ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

1 Introducción

Los órganos están constituidos por una agrupación de células especializadas que a su vez forman los tejidos. En los tejidos podemos distinguir distintos tipos de células: las que hacen función de órgano:

- Parénquima: las que se encargan de aportar sostén, cohesión y vascularización.
- Estroma y células madre: mediante división y maduración se encargan de la renovación de los tejidos.

La radiosensibilidad en los tejidos depende de la sensibilidad de las células que lo constituyen (Ley de Bergonie-Tribondeau). Las células más sensibles a la radiación son aquellas que poseen un número de mitosis elevado y una menor diferenciación.

2 Objetivos

Estudiar los diferentes efectos de la radiación en los tejidos así como de sus consecuencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave: efectos radiación, radiación x.

4 Resultados

El principal efecto de la radiación es la pérdida de la capacidad de proliferación celular, viéndose más afectados aquellos tejidos en los que la renovación celular es más alta (hematopoyético y gastrointestinal).

Efectos agudos de la radiación.

La manifestación clínica aparece a las horas o días y depende de la dosis de radiación, vómitos, fiebre, malestar, cefalea, vértigo, diarrea etc. Después le sigue un periodo de latencia en el que no se manifiesta ningún síntoma pero que es predecesor al desarrollo de los síndromes agudos:

- Síndrome hematológico: dosis de 200 a 1000 cGY. Periodo de latencia de 2 semanas. Efectos agudos agudos, anemia, hemorragias, infecciones.
- Síndrome gastrointestinal : dosis entre 1000 y 5000cGY. Periodo de latencia de 3 a 5 días. Efectos agudos muerte.
- Síndrome del sistema nervioso central:dosis 5000cGY .Periodo de latencia de horas. Efectos agudos,convulsiones,dificultad para respirar coma y muerte en todos los casos.

Efectos sobre el embrión y feto.

Pueden ser consecuencia de la interacción de la radiación con las células germinales (óvulo ,esperma) produciendo trastornos genéticos o bien alteraciones que se produzcan en el propio embrión o feto durante su desarrollo y cuya consecuencia son las alteraciones congénitas. Los efectos de la irradiación sobre el embrión son: aborto, anomalías congénitas, retraso mental, neoplasias malignas en infancia, problemas de desarrollo y crecimiento y mutaciones genéticas. No hay una dosis-respuesta para estos efectos.

Efectos tardíos.

Tienen un periodo de latencia de unos seis meses pero aunque los efectos son tardíos son irreversibles y pueden diferenciarse en efectos somáticos localizados

o genéticos. Efectos localizados:

- SNC: alteración de en las células del endotelio vascular.
- Sistema vascular: debidas a lesiones en el endotelio ,son más evidentes en capilares y arteriolas.
- Tubo digestivo: lesión de las células epiteliales de la mucosa .
- Pulmón: engrosamiento de los tabiques interalveolares y disminución de la producción de surfactante, fibrosis.
- Corazón: pericarditis fibrosa.
- Riñón: fibrosis, atrofia y disminución de tamaño.
- Hígado: fibrosis.
- Tiroides: bocio hipotiroideo.
- Ojo: cataratas.
- Testículos: esterilidad con recuperación en un año (200 cGY).
- Ovarios: amenorrea y esterilidad definitiva.

5 Discusión-Conclusión

Hay conocer los efectos de la radiación ionizante para así poder tomar conciencia de las medidas necesarias para evitar sus efectos negativos.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/radiationexposure.html>.
- <https://emergency.cdc.gov/es/radiation/ars.asp>.
- Manual para técnico superior en imagen para el diagnostico, Panamericana.

Capítulo 650

LUXACION DE HOMBRO POR TRAUMATISMO

SARA LOZANO MERA

1 Introducción

Una luxación es la pérdida de contacto completa entre dos superficies articulares, que provoca una alteración claramente visible. Normalmente requiere una rápida reducción y tratamiento definitivo para evitar recidivas. En este trabajo nos centraremos en la articulación del hombro.

2 Objetivos

- Visualizar y valorar la articulación glenohumeral a través de rayos x en radiografía simple, TC (tomografía computarizada) o RM (resonancia magnética), permitiendo establecer un diagnóstico radiológico e identificar la posible luxación. En caso de confirmarse la luxación, confirmar el grado (luxación o subluxación), la cronología (habitual, aguda, crónica, congénita) o dirección (multidireccional, unidireccional). –Observar la geometría y estabilidad articular, cápsula glenoidea, fibrocartílagos, tendón del bíceps y músculos rotadores.
- Evaluar posibles lesiones óseas (fracturas, afectaciones en la cápsula o cabeza humeral, en troquíter), lesiones en el manguito rotador o lesiones capsuloligamentosas (como el desgaste o afectación del rodete glenoideo o labrum) y su tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente varón de 5 años, sin antecedentes destacables que es llevado a urgencias hospitalarias tras sufrir una caída. Expresa dolor en el hombro derecho con limitación del movimiento y alteración en el relieve, además de alargamiento del miembro referido. Tras una anamnesis con la correspondiente exploración física se procede a administrar un analgésico por vía intravenosa con el fin de paliar el dolor para poder realizar otro tipo de intervenciones complementarias, como radiografías simples de hombro. Previo a la realización de la radiografía debemos explicar al paciente y familiares con terminología adecuada las pruebas que se le van a realizar con la intención de reducir el miedo o ansiedad que pueda experimentar. Realizaremos radiografías en diversas proyecciones (AP , axial o rotaciones) utilizando el mandil plomado para proteger zonas especialmente radiosensibles.

4 Resultados

El análisis de la imagen radiológica confirma la luxación posterior del hombro, se procede a realizar medidas terapéuticas, claves para facilitar la reducción del mismo. Tras la reducción es posible la necesidad de una 2ª radiografía de control, que confirma buena reducción de la articulación glenohumeral.

El paciente es dado de alta, con medidas de inmovilización para mantener la correcta posición del brazo durante unos 10 días acompañado si precisa de analgesia habitual.

5 Discusión-Conclusión

La proyección de radiografía simple de hombro permite el diagnóstico correcto de luxación. Tras ello es importante una rápida y delicada reducción de la articulación, siempre sin olvidarse de administrar una adecuada analgesia.

6 Bibliografía

García Pérez Eduardo, Ferrer Lozano Yovanny, Morejón Trofimova Yanett. Luxación de hombro en el niño. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2015.

Capítulo 651

SÍLICE CRISTALINA RESPIRABLE, EFECTOS SOBRE LA SALUD.

VERÓNICA FERNÁNDEZ SUÁREZ

GRACIELA PEÓN MARTÍNEZ

MARTA MARIA GONZALEZ ARBESÚ

ÁNGELA JORGE ÁLVAREZ

1 Introducción

La sílice es un sólido muy abundante en la naturaleza, dónde se presenta formando parte de muchos minerales como el cuarzo o el ópalo. Está compuesto por Silicio y Oxígeno (SiO_2) y se presenta en diferentes formas; estado cristalino (la más frecuente) y estado amorfo entre otras.

La sílice cristalina es dura, químicamente inerte y su punto de fusión es elevado, debido a éstas características es muy apreciada y se encuentra presente en diferentes actividades industriales como; industria cerámica, áridos, cemento, fundición, vidrio, industria de minerales industriales y minerales metalíferos, piedra natural, mortero y hormigón prefabricado entre otros. En total se estima que 5.3000000 trabajadores de la Unión Europea están expuestos a la inhalación de la sílice cristalina en su lugar de trabajo, es por ello que las patologías derivadas de su inhalación son consideradas como una “epidemia silenciosa”.

2 Objetivos

- Identificar las principales consecuencias en la salud de la sílice cristalina respirable.
- Revisar las enfermedades producidas por su inhalación como la legislación que se ha establecido en el ámbito de la Unión Europea para prevenir o clasificar las diferentes patologías como enfermedades profesionales.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica para localizar la información disponible sobre sílice cristalina y salud. La búsqueda se inició con la revisión de varios protocolos y guías técnicas especializadas del Instituto Nacional de Silicosis, de Nepsi (Red Europea del Sílice) y de distintos sectores de la industria especialmente afectados como son las cementeras o la minería. A partir de las citas bibliográficas de dichas publicaciones, se recuperaron diversos artículos, así como la legislación vigente en esta materia.

Se realizaron varias búsquedas a través de Pubmed. En la primera de ellas se hizo una búsqueda general con los términos:

- "Silicon Dioxide".
- "Silica".
- "Occupational diseases".
- "Silicosis".
- "Pneumoconiosis".

De esta combinación se obtienen 65 citas.

A continuación se realizó una segunda búsqueda donde se identificaron los siguientes términos MeShTerms:

- "Silicon Dioxide" / Toxicity.
- "Dust".
- "Occupationaldiseases"/AdverseEffects/Etiology/Epidimiology/Mortality/Clasification/Comp
- .
- "Silicosis".

Se obtienen 54 artículos. De todos los artículos encontrados se han reseñado los más relevantes por su contenido y su actualidad, empleando como criterios de inclusión: publicación en los últimos 10 años y Free full text.

4 Resultados

En las industrias dónde está presente la sílice cristalina, los trabajadores están expuestos a la inhalación de partículas de polvo que están en el aire. Existen tres fracciones de polvo: las fracciones inhalables, torácicas y respirables, que se definen en la norma europea EN4812.

Las fracciones de polvo menores de 10 μm son capaces de ser arrastradas por la corriente aérea inspiratoria y quedan retenidas en la zona naso-bucal o bien en la tráquea o en los bronquios y constituyen las fracciones inhalables y torácicas. Éstas partículas serán eliminadas en un corto periodo de tiempo por el transporte mucociliar.

Las partículas menores de 5 μm que, por su pequeño tamaño, no han impactado por encima del bronquiolo terminal alcanzan el saco alveolar. El aclaramiento alveolar se efectúa a través de múltiples mecanismos, generalmente relacionados entre sí: movimiento de la capa fluida que cubre la pared alveolar, fagocitosis de partículas de la luz alveolar por los macrófagos y arrastre hasta el transporte mucociliar y vía linfática. Estas partículas de menor tamaño y mayor penetración que pueden llegar al intesticio alveolar y quedan retenidas serán las que van a producir enfermedad³.

Fig.1. Depósito de partículas en el tracto respiratorio de acuerdo a sus diámetros. El poder patógeno de la sílice tiene relación con el tamaño de las partículas, la forma y la cantidad inhalada. Entre las enfermedades que surgen de la inhalación de la sílice cristalina se encuentran:

1. Silicosis:

La silicosis es una enfermedad respiratoria grave, progresiva e irreversible y no existen tratamientos curativos efectivos⁴. Constituye la fibrosis pulmonar más preocupante no sólo porque no ha disminuido su incidencia, ya que ha emergido en otras industrias distintas a las tradicionales, sino que se ha demostrado una relación entre padecer silicosis y tener un riesgo más elevado de padecer cáncer de pulmón, existen diversos estudios científicos que lo avalan. La silicosis se clasifica en:

- Silicosis primer grado: La enfermedad se manifiesta y se diagnostica radiológicamente. No tiene la consideración de situación constitutiva de invalidez, pero la normativa establece un cambio del puesto de trabajo.
- Silicosis segundo grado: Se accede a la Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual con una incapacidad del 55%.

- Silicosis tercer grado: La enfermedad se manifiesta al menor esfuerzo físico por lo que resulta incompatible con todo tipo de trabajo.

2. Tuberculosis:

La relación entre exposición al sílice, silicosis y tuberculosis es conocida tanto por estudios *in vitro* y experimentales, como por estudios epidemiológicos. Últimamente se considera que la incidencia de tuberculosis (pulmonar y extrapulmonar) es tres veces superior que en grupos de similar edad y exposición a sílice pero sin silicosis.

3. Cáncer de pulmón:

En 1996 la sílice cristalina fue clasificada en el grupo I (carcinógeno en humanos) por la IARC (International Agency for Research on Cancer). Hay evidencia de que los pacientes con silicosis tienen incrementado el riesgo de cáncer de pulmón. La evidencia es menor acerca de si la exposición a sílice o asbesto, en ausencia de silicosis o asbestosis, es un factor de riesgo para el cáncer. Así ha quedado reflejado en la Directiva (UE) 2017/23988 que considera que el polvo de sílice cristalina respirable es un agente cancerígeno y establece un valor límite de exposición ambiental de 0,1 mg/m³. Posteriormente, se ha reconocido el cáncer de pulmón producido por estar expuesto a sílice cristalina como enfermedad profesional (Real Decreto 257/20189).

4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):

Es cada vez mayor la evidencia de que la inhalación de polvo inorgánico en el medio laboral es un factor de riesgo de EPOC. En resumen, las partículas de sílice acumuladas en el tejido pulmonar, pueden dar lugar a la formación del tejido fibroso reduciendo la capacidad de intercambio de gases y provocando las denominadas neumoconiosis. Existirá una respuesta individual que depende de las siguientes variables:

- La naturaleza (tamaño de la partícula y la química de la superficie) y el contenido en sílice cristalina del polvo.
- La fracción de polvo.
- El grado y naturaleza de la exposición individual (duración, frecuencia e intensidad, sobre los que pueden influir los métodos de trabajo).
- Características fisiológicas individuales.
- Hábitos de fumador.

5 Discusión-Conclusión

Existe una relación demostrada entre la inhalación de la sílice cristalina en el ámbito laboral y el desarrollo de enfermedades del sistema respiratorio. Puesto que la sílice es un material ampliamente extendido y vinculado a sectores con un gran número de trabajadores, como puede ser la construcción o la minería, la incidencia de estas enfermedades es aún muy elevada.

Para hacer frente a todas estas repercusiones negativas, se deben establecer una serie de medidas preventivas como pueden ser; medidas técnicas u organizativas, de higiene personal y de protección individual. Todo esto, conlleva el desarrollo de una legislación paralela que permita delimitar el límite de exposición máximo, cómo se debe evaluar la exposición de los trabajadores a ésta sustancia y regular estas enfermedades como enfermedades profesionales.

6 Bibliografía

- Agrupación de Fabricantes de Cemento de España (OFICEMEN). Protocolo de aplicación en el sector cementero español del “Acuerdo sobre la protección de la salud de los trabajadores mediante buenas prácticas en la manipulación y uso de materiales que contengan sílice cristalina”. 2008.
- Cristina González Gaya, José Luis Fuentes Bargues, Francisco Brocal Fernandez, Alberto Sánchez Lite. Exposure to crystalline silica at construction: a new and emerging risk. 21th International Congress on Project Management and Engineering Cádiz, 12th - 14th July 2017.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos a silicosis y otras neumoconiosis. Diciembre 2001.
- European Industrial Minerals Association (IMA-Europe) (2014). What is Respirable Crystalline Silica (RCS)?
- European Commission (2016). Guidance for National Labour Inspector son addressing risks from worker exposure to respirable crystalline silica (RCS) on construction sites. Marzo 2017.
- Health and Safety Executive (HSE).
- Igor N. Zelko, Jianxin Zhu, Jeffrey D. Ritzenthaler and Jesse Roman. Pulmonary hypertension and vascular remodeling in mice exposed to crystalline silica. Zelko et al. Respiratory Research. 2016.17:160 DOI 10.1186/s12931-016-0478-5.
- Instituto Nacional de Silicosis, Departamento Técnico. Guía para el control del

riesgo por exposición a sílice cristalina respirable.

- Julián Velasco Ortega, Roberto Hernani Mayo. Fracción inhalable de materia particulada: evaluación ambiental. Prevención: Revista técnica de seguridad y salud laborales. 2008. ISSN 0034-8732, N° 186, pags. 22-31.
- M.P. Gómez-Tena, E. Zumaquero, M.J. Ibañez, C. Machí, A. Escrig. Sílice cristalina respirable: Metodologías de análisis. 2012. Comunicación oral en el XII Foro Global del recubrimiento cerámico. Castellón.
- Natividad Montes. Mediciones ambientales de sílice cristalina respirable en marmolerías del País Vasco. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2019.
- Qiuyun Wu, Lei Han, Ming Xu, Hengdong Zhang, Bangmei Ding and Baoli Zhu. Effects of occupational exposure to dust on chest radiograph, pulmonary function, blood pressure and electrocardiogram among coal miners in an eastern province, China. 2019. Wu et al. BMC Public Health. (2019) 19:1229.
- Red Europea de la Sílice (NEPSI). Guía de Buenas Prácticas para la Protección de la Salud del Trabajador mediante la Adecuada Manipulación y Uso Correcto de la Sílice Cristalina y de los Productos que la Contengan. 2006
- Safecement. Guía informativa. El polvo y la sílice cristalina respirable en el sector de los áridos. 2015.
- Scarselli, A. Binazzi, F. Forastiere, F. Cavariani and A. Marinaccio. Industry and job-specific mortality after occupational exposure to silica dust. Occupational Medicine. 2011. 61:422-429. June 2011 doi:10.1093/occmed/kqr060.
- Satiavani Poinen-Rughooputh, Mahesh Shumsher Rughooputh, Yanjun Guo, Yi Rong and Weihong Chen. Occupational exposure to silica dust and risk of lung cancer: an updated metaanalysis of epidemiological studies. BMC Public Health (2016) 16:1137. DOI 10.1186/s12889-016-3791-5.
- Takashi Sato, Takeshi Shimosato, Dennis M Klinman. Silicosis and lung cancer: current perspectives. Lung Cancer: Targets and Therapy. Diciembre 2019.
- Veruscka Leso, Luca Fontana, Rosaria Romano, Paola Gervetti and Ivo Iavicoli. Artificial Stone Associated Silicosis: A Systematic Review. Febrero 2019.
- Yuewei Liu, Kyle Steenland, Yi Rong, Eva Hnizdo, Xiji Huang, Hai Zhang, Tingming Shi, Yi Sun, Tangchun Wu, and Weihong Chen. Exposure-Response Analysis and Risk Assessment for Lung Cancer in Relationship to Silica Exposure: A 44-Year Cohort Study of 34,018 Workers. Am J Epidemiol. 2013 November 1; 178(9): 1424-1433.
- Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

- 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.
- Directiva (UE) 2017/2398 Parlamento Europeo Consejo de 12 de diciembre de 2017 por la que se modifica la Directiva 2004/37/CE relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes carcinógenos o mutágenos durante el trabajo.
- Real Decreto 257/2018, de 4 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Capítulo 652

EL TÉCNICO EN LA OBTENCIÓN DE IMÁGENES RADIOLÓGICAS EN EL MELANOMA

DANIEL GARCÍA VALLINA

DARIO DIAZ MENENDEZ

1 Introducción

La mayor parte de los melanomas atraen la atención del médico cuando muestran signos o síntomas. En ese caso, el médico hará pruebas y exámenes para descartar un posible melanoma (principalmente biopsias, que pueden ir guiadas mediante pruebas de imagen como la ecografía), o por lo contrario, confirmar si se trata de un cáncer de piel de este tipo.

El melanoma es un cáncer de tipo metastásico, de forma que se propaga a otras partes del cuerpo con suma facilidad, lo que le hace realmente peligroso. Los estudios por imágenes se pueden hacer para ayudar a determinar la eficacia del tratamiento o signos de que el cáncer pudiera haber recurrido tras el tratamiento.

Las técnicas empleadas para el estudio del melanoma son:

- Radiografía de tórax.
- Tomografía computarizada.
- Imágenes por resonancia magnética.
- Tomografía por emisión de positrones.

2 Objetivos

- Destacar las técnicas de imagen que con mayor frecuencia se emplean en el diagnóstico de un cáncer avanzado de tipo melanoma.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre las diferentes técnicas de imagen para poder valorar las lesiones y extensión del cáncer de piel. Para ello se utilizaron diferentes publicaciones en páginas web, junto con artículos de revistas. Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: documentos escritos en español y documentos publicados en los últimos 15 años.

Criterios de exclusión: documentos escritos en idiomas distintos al español. Empleo de palabras clave: “melanoma”, “tc melanoma”, “rm melanoma”, “radiografía tórax melanoma” “pet melanoma”.

4 Resultados

Las pruebas de imagen para la detección de este cáncer son útiles cuando está en un estadio avanzado o existe metástasis, pues en estadios prematuros no se aprecia en la imagen. En función de los recursos del centro, se realizarán radiografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas o tomografía por emisión de positrones.

- Radiografía de tórax: este estudio puede realizarse para ayudar a determinar si el melanoma se ha propagado a los pulmones.
- Tomografía computarizada: este estudio puede ayudar a indicar si cualquier ganglio linfático está agrandado o si hay áreas sospechosas. También puede ayudar a identificar la propagación a los pulmones mejor que las radiografías convencionales de tórax.
- Imágenes de resonancia magnética: proveen imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo, mediante el uso de campos magnéticos, en lugar de radiaciones ionizantes. La principal ventaja de esta técnica es que se obtienen imágenes de alta resolución sin dañar al paciente.
- Tomografía por emisión de positrones (PET): esta técnica muestra si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo, siendo útil en

personas con melanomas en etapas más avanzadas. En esta prueba se le inyecta al paciente una sustancia radiactiva, un tipo de azúcar relacionado con glucosa. Debido a que las células cancerosas crecen aceleradamente en el cuerpo, éstas absorben más azúcar radioactiva, lo que hace que sean reveladas mediante el uso de una gammacámara, que crea una fotografía de las áreas de radiactividad en el cuerpo.

5 Discusión-Conclusión

Por norma general, algo crucial para la supervivencia del paciente oncológico es el tiempo que se tarde en la detección del cáncer.

En el melanoma, es aún más importante este hecho, pues al tratarse de un cáncer metastásico, si no se detecta de forma temprana, puede provocar la muerte.

Ante cualquier sospecha de malignidad en una mancha de la piel o lunar, se debe acudir al médico para que realice una biopsia o determine si fuera necesaria una prueba de imagen.

6 Bibliografía

1. Rick Alteri, Mamta Kalidas, Lynn Yadao, Cynthia Ogoro. Estudios por imágenes (Radiología) y cáncer. American Cancer Society (Internet).
2. Robert J. Friedman, Darrell S. Rigel, Alfred W. Kopf, David Polsky. Cancer de Piel Melanoma. Skin Cancer Foundation (Internet).

Capítulo 653

ECOGRAFÍA ABDOMINAL PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TUBO DIGESTIVO

NOELIA ÁLVAREZ GARCÍA

MARIA ISABEL GARCIA BLANCO

1 Introducción

La ecografía es una técnica de exploración que usa ondas de sonido de alta frecuencia, y así visualizar imágenes de órganos internos y de otros tejidos. Consta de un pequeño instrumento (transductor), el cual transforma la corriente eléctrica en ondas sonoras que se envían a los diferentes tejidos del organismo. Dichas ondas, rebotan en las diferentes estructuras del cuerpo reflejándose en el transductor, que las convierte en señales eléctricas. Finalmente, a través de ordenador esas señales eléctricas se convierten en una imagen, que se visualiza en un monitor, en forma de imagen digital.

Es un estudio indoloro y de poco coste .Las afecciones que afectan al aparato digestivo se denominan trastornos digestivos. Algunos pueden afectar simultáneamente varias partes del aparato digestivo, mientras que otros afectan solo a una parte o un órgano. Es por ello, que la ecografía es una técnica muy importante , en el diagnóstico de las enfermedades digestivas, especialmente las del hígado, dando lugar a un diagnóstico veraz, evitando así, procedimientos peligrosos e invasivos. También, ha contribuido a determinar y estadificar en estadios ciertas enfermedades patológicas al ser utilizada como la primera herramienta diagnóstica. Es un estudio, que reduce el tiempo de diagnóstico por la extensa disponibilidad de equipos de ecografía en todos los hospitales. Por todo ello, es la ecografía

abdominal, la técnica de diagnóstico por imagen que se usa para estudiar y visualizar de los órganos internos del abdomen: hígado, vesícula biliar, páncreas, bazo, riñones y grandes vasos sanguíneos abdominales.

2 Objetivos

Explicar la utilidad e indicaciones de la ecografía abdominal para el estudio del aparato digestivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Indicaciones:

- Solicitar dicha prueba para valoración y estudio de cualquier enfermedad que afecte los órganos abdominales por parte del médico especialista indicada para enfermedades tales como: enfermedades del hígado, estudio de dolor abdominal, estudio de litiasis biliar, médico.
- Analizar la efectividad, utilidad clínica y eficiencia de la ultrasonografía.
- Ofrecer al paciente los tratamientos adecuados, aportando la máxima calidad.
- Localizar la causa de un dolor en el abdomen.
- Descubrir la causa de infecciones renales.
- Diagnosticar ascitis.
- Diagnosticar tumores y cánceres.
- Detectar el motivo de hinchazón de un órgano abdominal.
- Buscar cálculos en la vesícula o el riñón.
- Descubrir daño después de una lesión.
- Localizar la causa en exámenes de sangre anormales.
- Buscar la causa de una fiebre.

Para poder realizar adecuadamente la ecografía abdominal, es necesario tener en cuenta que es una técnica que requiere gran habilidad y cierta experiencia por parte del especialista.

La preparación depende de la patología que tenga el paciente, aunque, normalmente, no se debe comer ni beber nada durante varias horas antes de la prueba.

Debe acudir con al menos 7 horas de ayuno, y así evitar, posibles gases intestinales que disfrazarán el estudio.

Inicialmente, hay que colocar al paciente correctamente en decúbito supino y despejar bien el abdomen para tener un amplio campo de exploración.

En primer lugar, el médico aplica un gel conductor transparente sobre el abdomen del paciente, que está acostado. Después, pasa el transductor sobre el abdomen, y, mediante ondas sonoras de alta frecuencia, transmite las imágenes de las estructuras del interior del cuerpo a una pantalla donde se visualiza la imagen. La duración de la prueba suele ser de 30 minutos máximo.

Para poder realizar una exploración ecográfica abdominal completa y precisa es fundamental conocer las medidas normales de los distintos órganos y por supuesto de su anatomía. Así conoceremos e identificaremos con mayor precisión la patología y su localización.

Para el especialista es muy importante tener una adecuada forma de exploración ,trabajar siempre la misma dirección de barrido y así explorar bien todos los órganos. La forma sería realizando cortes longitudinales, transversales y oblicuos para visualizar todos los órganos abdominales, por el epigastrio, el hipocondrio derecho, el hipocondrio izquierdo, ambos fosas ilíacas y la zona hipogástrica.Es de importancia, usar siempre la misma sistemática de exploración, conocer la anatomía de la cavidad abdominal y de la patología, para así realizar una ecografía lo más detallada y completa posible.

Los resultados de un estudio de ecografía abdominal incluirá los datos sobre todos los órganos explorados y los hallazgos descubiertos. Estos pueden tener variaciones dependiendo del órgano estudiado y de su patología. En algunas ocasiones, se pueden encontrar tumores benignos o malignos, abscesos o inflamaciones en algún órgano, malformaciones o patología de la vía biliar o de las vías urinarias.

En cuanto a los vasos que riegan los distintos órganos o de la aorta abdominal, se pueden localizar trombos, infartos vasculares, aneurismas o hemorragias. Por

ello, en algunas ocasiones es necesario repetir la prueba para ver la evolución de las distintas lesiones.

La ecografía abdominal tiene inconvenientes : la presencia de gas en los intestinos provoca que el aire no transmita adecuadamente las ondas de ultrasonido, y ello conlleva la correcta visualización de los órganos que estén detrás de las asas intestinales. Un ejemplo son los pacientes obesos, porque cuanto mayor es la cantidad de tejido que tienen que atravesar las ondas de ultrasonido peores son las imágenes obtenidas.

Es importante que el paciente acuda a recoger el resultado y no asumir que todo está normal. El médico que le solicitó la prueba será el encargado de informarle acerca de los resultados y así indicarle si es procedente realizar otras pruebas complementarias o necesidad de tratamiento.

Las situaciones clínicas en las que una ecografía abdominal puede ser útil para ayudar al diagnóstico son múltiples, aunque podemos señalar como más frecuentes : el dolor en el hipocondrio derecho, con o sin fiebre , las alteraciones analíticas, la ictericia clínica. También, para el seguimiento de lesiones como los pólipos de vesícula biliar, colelitiasis, colecistitis, litiasis, tumor,.

5 Discusión-Conclusión

Todo lo mencionado anteriormente, justifica que la ecografía abdominal es una técnica fundamental para la evaluación inicial de los pacientes, con posibles problemas en el tubo digestivo, y llegar a poder valorar con exactitud el diagnóstico.

La ecografía tiene ventajas sobre la TC, ya que no emplea radiación ionizante ni es invasiva, y sobre la RM porque es más accesible y barata, el tiempo de exploración más corto y, muy bien tolerada por el paciente. Además, se puede realizar de forma regular debido a su inocuidad para el paciente.

La integración de la ecografía en la práctica diaria de la medicina es fundamental para mejorar el cuidado y la atención de los pacientes. El uso de la ecografía puede reducir los diagnósticos diferenciales basándose en la información clínica revelada por el examen físico tradicional.

6 Bibliografía

- <https://www.accuesp.com-laecografia-intestinal>
- <https://magnetosur.com-ecografia-abdominal>
- www.sedia.es-wp-content-uproads
- <https://www.segg.es-dowload>

Capítulo 654

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN QUIRÓFANOS

NOELIA ÁLVAREZ GARCÍA

MARIA ISABEL GARCIA BLANCO

1 Introducción

En el área del quirófano, el uso de rayos X han conllevado importantes progresos en el tratamiento y progreso de numerosas enfermedades, pero ello no está exento de peligros para la salud de los pacientes y los profesionales implicados. En la actualidad, existen una serie de medidas y normas que nos permitirán trabajar en condiciones de seguridad con radiaciones ionizantes en el quirófano. En los quirófanos de Traumatología , Cirugía General y Digestivo (colangiografías), los profesionales deben de tener los conocimientos precisos sobre el uso que de las radiaciones .Es de gran importancia cumplir los protocolos y normas de seguridad al ingreso en la sala para evitar la contaminación biológica y disminuir los riesgos inherentes a la utilización de rayos X.

2 Objetivos

- Minimizar los riesgos de las radiaciones ionizantes (protegiendo al paciente y al personal).
- Justificar las prácticas.
- Prevenir lesiones en el paciente.
- Lograr que las dosis en el paciente y el equipo sean tan bajas como razonablemente sea posible.

- Conocer el peligro de los efectos biológicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Aspectos clave.

- Los trabajadores que están expuestos a la radiación deberán conocer el riesgo que suponen las radiaciones ionizantes, los límites de dosis, dosímetros personales.
- Se ha de controlar los accesos a la sala del quirófano y así evitar la entrada de personas mientras haya exposición.
- Cierre de puertas previamente al inicio de la exploración.
- Uso de dosímetro personal o de área, delantal plomado y todos los componentes de protección necesarios.
- El equipo radiológico llamado Arco en C debe de cubrirse con fundas de protección previamente antes de introducirlo en la del quirófano.
- Colimar el campo que se va a irradiar lo máximo posible según estudio a realizar.
- En cuanto a la sujeción del chasis emplearemos dispositivos mecánicos.
- Usar la técnica más adecuada optimizando la dosis.
- Visibilidad de carteles indicando tanto a pacientes como a profesionales que indiquen si están embarazadas o con posibilidad de estarlo.

Controlar: Colimación, Tiempo, y Distancia para asegurar reducir la dosis de radiación en la sala del quirófano. Ello se conseguirá proporcionando un buen entrenamiento y formación en protección radiológica y en los equipos de protección.

Tener en cuenta que la protección individual para el equipo y para el paciente es indispensable para preservar los efectos perjudiciales sobre su salud. Así mismo,

es necesario mantener en buenas condiciones las instalaciones de la sala de quirófano y el perfecto funcionamiento de los aparatos para así mejorar la seguridad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

En el campo del quirófano, el uso de los rayos X nos ha llevado a avanzar en el diagnóstico y tratamiento de numerosas enfermedades. Ello conlleva a enfrentarnos a posibles riesgos tanto para los profesionales expuestos como para la salud de los pacientes por causa de la radiación. En la actualidad, hay que seguir una serie de normas en el quirófano en cuanto a radiaciones ionizantes se refiere, y así cumplir las condiciones de seguridad adecuadas en cada caso.

La protección radiológica debe primar en todo el proceso (tanto en la instalación como en el equipo). El personal recibirá menos dosis si el paciente recibe menos dosis.

6 Bibliografía

- [https:// www.sciencedirect.com/science/article/pii](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii)
- <https://www.elsevier.es-es-revista-técnicas-quirúrgicas-ortopedia>
- www.radioprotección.org.ar/online-doc
- <https://www.paho.org/HSS-blindaje-hospitales-pequeños2013>

Capítulo 655

EL TÉCNICO EN LA OBTENCIÓN DE IMÁGENES DEL GLIOBLASTOMA

DARIO DIAZ MENENDEZ

DANIEL GARCÍA VALLINA

1 Introducción

Un glioblastoma o GBM (por sus siglas en inglés) es el tumor cerebral más común y maligno entre las neoplasias de la glía. También recibe el nombre de glioblastoma multiforme o simplemente glioma.

Este tipo de tumores tiene una esperanza de vida muy corta ya que la zona donde está ubicado es una zona muy sensible y difícil de abordar. La esperanza de vida puede aumentar gracias a resecciones quirúrgicas junto a tratamiento con quimioterapia concomitante con radioterapia.

2 Objetivos

Dar a conocer un caso de tumor cerebral que se ha visto aumentado su incidencia en los últimos años, afectando mas a pacientes en una edad comprendida entre los 30 y 50 años, y poder realizar las pruebas radiológicas correspondientes si el paciente presenta algunos de los síntomas mas comunes anteriormente descritos, ya que a veces tales síntomas como el dolor de cabeza, debilidad en una parte del cuerpo, pueden confundirse con un episodio de migraña y pasar por alto el hecho de que exista un tumor cerebral.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la información de este tipo de tumores y sus pruebas radiológicas así como los síntomas que producen. Para ello se utilizaron diferentes publicaciones en páginas web, junto con artículos de revistas.

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión: El glioblastoma y sus incidencias. Texto gratuito y sin restricciones en año. palabras clave: glioblastoma, tumores cerebrales, oligosarcoma, grado iv

4 Resultados

En el sistema nervioso (cerebro y medula) las neuronas están protegidas y cuidadas por otras células. Este grupo celular se denomina glía y está formada por varios tipos de células las cuales son: astrocitos, oligodendrocitos y células ependimarias.

Por razones desconocidas estas células pueden comenzar a crecer de forma autónoma y más o menos desordenada, formando tumores dentro del tejido nervioso sin una clara delimitación con el tejido nervioso normal que le rodea. Como cualquier tumor, el crecimiento es expansivo, aparte de tener límites infiltrantes o que tienen como “raíces” en el tejido normal.

Esta tumoración podría crecer porque genera líquido en su interior (tumoración quística) o porque en algún momento de su evolución se produzca una hemorragia, por rotura de los vasos anómalos que se ven formando a medida que crece el tumor, para que a sus células les llegue la “alimentación” a través de la sangre. Estos tumores pueden ser muy benignos, con capacidad de crecimiento muy lenta y apenas invaden el tejido normal. O por el contrario, pueden ser muy agresivos, con gran capacidad o velocidad de división de sus células, y por tanto tener un crecimiento expansivo e infiltrante muy rápido. La OMS llegó a un consenso para clasificar los tumores en grados, de I a IV.

Los que corresponden a los grados I y II son benignos siendo los de grado I bien diferenciados y los de grado II moderadamente diferenciados, pero la apariencia y la organización del tejido del tumor tienen una apariencia cercana a la normal.

Los que corresponden con los grados III y IV no se ven como las células y el tejido normal y tienden a crecer rápidamente y a diseminarse con más rapidez que los

tumores de un grado más bajo. El grado III sería escasamente diferenciado y el grado IV sería indiferenciado de las células normales, siendo de este último grupo el glioblastoma.

¿Qué es un Glioblastoma?

El glioblastoma (también conocido como astrocitoma de grado IV, GBM, y glioblastoma multiforme) es el tumor más común y con peor pronóstico entre las neoplasias de la glía. Este tumor presenta dos variedades: el glioblastoma de células gigantes y el gliosarcoma.

Este tumor tiene un rápido crecimiento, compuesto por una mezcla heterogénea de células tumorales astrocitarias (principales y más numerosas células gliales) pobremente diferenciadas, con pleomorfismo, necrosis, proliferación vascular y frecuentes mitosis. Puede manifestarse a cualquier edad, pero afecta principalmente a adultos entre los 45 y los 70 años en el 70% de los casos, el promedio de edad es de 53 años. Se ha demostrado que el 8,8% de los glioblastomas son pediátricos, aunque los diagnósticos de gliomas malignos mediante ecografía se muestran que el glioblastoma prenatal puede manifestarse a las 29 semanas de gestación.

Se presenta más a menudo en la materia blanca de los hemisferios cerebrales, siendo menos frecuente su localización en el tronco encefálico o la médula espinal. Los sitios más frecuentes que se ven afectados son el lóbulo temporal (31%), el lóbulo parietal (24%), el frontal (23%) y el occipital (16%) y es típica la combinación frontotemporal. La neoplasia a menudo puede extenderse por infiltración a los ganglios basales y al hemisferio contralateral, por otro lado, los glioblastomas intraventriculares son excepcionales y pueden provocar una hidrocefalia al impedir el paso del líquido cefalorraquídeo entre los ventrículos, los del tronco encefálico sin embargo son poco frecuentes, si bien en niños su incidencia es significativa. El cerebelo y la columna vertebral raramente resultan afectados por esta neoplasia.

Al igual que todos los tumores cerebrales, excepto en casos muy extraños no se expande más allá de las estructuras del sistema nervioso central. La enfermedad suele progresar muy rápidamente entre 2 y 3 meses, excepto cuando el glioblastoma se desarrolla dentro de un astrocitoma de bajo grado preexistente (glioblastoma secundario).

El glioblastoma de células gigantes (o glioblastoma gigantocelular) es una var-

iedad histológica del glioblastoma, que presenta una prevalencia de células bizarras, gigantes (hasta 400 μm de diámetro) y multinucleadas (más de 20 núcleos). En ocasiones muestra una abundante red de reticulina en el estroma y presenta una alta frecuencia de mutaciones en el gen TP53.

Por otro lado, el gliosarcoma es un tipo de neoplasia cerebral. Se caracteriza por presentar un componente glial y otro sarcomatoso. Se considera una variante poco frecuente del glioblastoma, aproximadamente el 2,1% de todos los glioblastomas son gliosarcomas. Tiende a diseminarse infiltrando los tejidos próximos, entre el 11 y el 15% de los casos provoca metástasis por diseminación a otros órganos, principalmente a los pulmones, el hígado y los ganglios linfáticos.

La epidemiología de los gliosarcomas es similar a la de los glioblastomas, la edad media de aparición es 54 años, es más habitual en hombres que en mujeres y se presenta con más frecuencia en el lóbulo temporal del cerebro.

Los síntomas y signos de estas dos variantes son similares a los del glioblastoma ordinario. La metodología diagnóstica y el tratamiento son los mismos. El pronóstico es similar al del glioblastoma ordinario (alrededor de 12 meses).

Síntomas que produce el tumor

Los síntomas dependen del tamaño del tumor, su localización, si se han diseminado lejos y si hay inflamación cerebral debido a este, la historia clínica de la enfermedad puede ser corta (menos de 3 meses en más del 50% de los casos), a menos que el tumor no se desarrolle por la progresión de un astrocitoma de bajo grado.

Los síntomas más comunes son:

- Dolor de cabeza
- Cambios en las funciones mentales del individuo
- Convulsiones (en especial en personas de edad avanzada)
- Debilidad en una parte del cuerpo

Respecto a los dolores de cabeza causado por tumores cerebrales pueden:

- Ser peores cuando la persona se levanta en la mañana y se alivian a las pocas horas
- Aparecer durante el sueño
- Ocurrir con vómitos, confusión, visión doble, debilidad o entumecimiento
- Empeorar con la tos, realizando ejercicio, o con un cambio en la posición del cuerpo

- Si existe una hidrocefalia activa a causa del tumor si este es intraventricular

Otros síntomas que pueden aparecer son:

- Cambio en la lucidez mental (incluso somnolencia, coma o inconsciencia)
- Cambio en los sentidos del gusto, oído o el olfato
- Confusión o pérdida de memoria
- Dificultad para leer o escribir
- Temblor de manos
- Cambios que afecta al tacto y a la capacidad para sentir dolor, presión, temperaturas diferentes u otros estímulos
- Mareo o vértigo
- Problemas en los ojos (párpado caído, pupilas con diferente tamaño, movimiento incontrolable de los ojos, dificultad en la visión, incluso pérdida total de visión)
- No control de esfínteres
- Pérdida del equilibrio, torpeza, pérdida de la coordinación y problemas al caminar
- Debilidad muscular en la cara, el brazo, o la pierna
- Cambios de personalidad, estado de ánimo, comportamiento y emociones
- Dificultad para hablar y o entender a otros que estén hablando

Otros síntomas que pueden presentarse si el tumor es hipofisario son:

- Secreción anormal del pezón
- Manos y pies agrandados
- Desarrollo de mamas en hombres
- Ausencia de menstruación
- Cambios faciales
- Vello corporal excesivo
- Obesidad
- Presión arterial baja
- Sensibilidad al calor o al frío

Pruebas diagnósticas para confirmar y localizar el tumor

Existen varias pruebas y exámenes para confirmar y localizar el tumor. Cuando se llega al hospital con alguno de los síntomas anteriormente descritos la primera prueba que se realiza es la tomografía computarizada de la cabeza ya que es la prueba más accesible y de primera elección en estos casos.

La resonancia magnética tiene una mayor sensibilidad en comparación con la TC en la identificación de estas lesiones, pero no siempre es de fácil acceso para el

paciente, o es incompatible con marcapasos y prótesis u objetos susceptibles por el campo magnético (ferromagnéticos).

El uso de contraste (yodo en el caso de TC, gadolinio [paramagnético] en el caso de RM), permite obtener información sobre la vascularización y sobre la integridad de la barrera hematoencefálica, una mejor definición del nódulo tumoral respecto al edema circundante y permite avanzar hipótesis sobre el grado de malignidad.

El examen radiológico permite también evaluar los efectos mecánicos (y los consiguientes cambios en la relación de las estructuras cerebrales) derivados de la presencia de la masa "extraña": hidrocefalia y hernias, cuyos efectos también pueden ser letales.

Tras la aplicación de contraste aparecen gruesos anillos alrededor de las áreas necróticas. En la RM, la parte sólida aparece hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con zonas de señal más elevada en las partes de mayor celularidad. Las áreas necróticas, hiperintensas en T2, pueden presentarse hipo-, iso- o hiperintensas en T1 en función del contenido proteico o de productos de la degradación de la hemoglobina. El realce tras el contraste suele ser intenso e irregular en la periferia del tumor e identifica sobre todo la componente celular "proliferativa" de la neoplasia. Son comunes las áreas puntiformes y serpiginosas de ausencia de señal de flujo, asociadas a la presencia de una neovascularización rica. Estos vasos de neoformación patológica carecen de barrera hematoencefálica, lo que explica tanto la abundante impregnación como el edema vasogénico perilesional, debido al paso de líquido al medio extracelular.

5 Discusión-Conclusión

Si un paciente entra con una crisis grave de dolor de cabeza, debilidad, temblor o hasta incluso se le nota extraño, ya siendo que se encuentre desorientado o que existan comportamientos erráticos se le debería de realizar una Tomografía de urgencia y comprobar que no exista nada anómalo en el cerebro o en sus áreas circundantes

6 Bibliografía

- García de Sola R. ¿Qué es el glioma cerebral? | Oncología y enfermedades | Infosalus [Internet]. Infosalus.com. 2019.

- E. Sharpless N. Grado de un tumor [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2013.
- Toledano I. Glioblastoma (grado IV) | NeuroWikia [Internet]. Neurowikia.es. 2007.

Capítulo 656

ALTERACIONES ERITROCITARIAS

NEREA MORAIS ALVAREZ

MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ

SABRINA ZANGO POZO

1 Introducción

La serie roja son las células más numerosas en la sangre y está compuesta por los glóbulos rojos o eritrocitos, originarios de la médula ósea. Se diferencian fácilmente de las demás células ya que no presentan núcleo ni otras estructuras celulares (ribosomas, mitocondrias, centriolos...) (1)

En el interior de los glóbulos rojos se encuentra la hemoglobina (Hb) en solución acuosa que ocupa su totalidad, está compuesta por el grupo “hemo” en cuyo centro se localiza un átomo de hierro y por el grupo “globina” que es la porción proteica. Su principal función es el transporte del oxígeno desde los pulmones a los diferentes tejidos y órganos además de darle el color rojo a los eritrocitos. (2)

La estructura de los eritrocitos es bicóncava con una hendidura en el centro, miden unas 8 μm de diámetro y 2 μm de espesor en la zona ancha y 1 μm en la estrecha. Su vida media es de unos 120 días. La forma bicóncava le da elasticidad, por la relación entre superficie y volumen, esto permite su paso por vasos pequeños (capilares), si la viscosidad disminuye también lo hace su vida media. (3)

El valor normal es en hombres 5,5-6 mil/ mm^3 y 4,5-5 mil/ mm^3 en mujeres. Estos valores varían con edad, altitud, actividad, factores ambientales... Un aumento de

glóbulos rojos en sangre se denomina Policitemia y el descenso Eritrocitopenia.
(4)

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer como son y que funciones cumplen los eritrocitos así como sus alteraciones en diferentes aspectos como puede ser tamaño, cantidad, forma...

3 Metodología

Las bases de datos consultadas han sido PubMed, el buscador Google académico y la editorial Elsevier.

Algunos de los descriptores utilizados fueron “glóbulos rojos”, “eritrocitos”, “alteraciones”.

4 Resultados

A continuación se describen las diferentes alteraciones morfológicas de los eritrocitos. Se pueden dividir en anomalías de tamaño, forma, color, inclusiones intra eritrocitarias y agrupaciones.

Alteraciones del tamaño:

- Macroцитosis: predominan los hematíes de mayor tamaño (8-11 μm) y mayor VCM (>100 fL). Este tipo de alteración puede aparecer en diferentes anemias (megaloblástica, aplásica) y hepatopatías crónicas.
- Microцитosis: se debe a una alteración en la formación de la hemoglobina. La mayoría de los hematíes son de menor tamaño (<6 μm) y menos VCM (<80 fL). Se pueden observar en anemias ferropénicas, sidreoblásticas y las talasemias.
- Megalocitosis: es la expresión máxima de macroцитosis con un diámetro superior a 11 μm .
- Anisocitosis: coexistencia de hematíes de diferentes tamaños. Suele aparecer en pacientes transfundidos (5,6,7,8).

Alteraciones de la forma:

Las alteraciones de la forma de los hematíes se denominan poiquilocitosis. A continuación se detallan las formas anómalas más frecuentes.

- Esferocitos: son hematíes con forma esférica y muy coloreados. Presentes en anemias hemolíticas congénitas o adquirida y en pacientes que han sido transfundidos.
- Eliptocitos: son alargados con extremos casi simétricos y contorno regular, tiene una forma elíptica. Aparecen en talasemias y anemias ferropénicas o megaloblásticas.
- Ovalocitos: hematíes con forma ovalada. Pueden verse en anemias megaloblásticas.
- Dacriocitos: forma de lágrima debido a una prolongación anómala. Se observan en mielofibrosis primaria, talasemia, anemia severa...
- Dianocitos: su área central contiene más hemoglobina, son similares a una diana. Presentes en talasemias, anemia ferropénica, hepatopatías y hemoglobinopatías.
- Estomatocitos: son aquellos hematíes que presentan exceso de agua formándose una hendidura en el centro en forma de boca. Suelen verse en anemias hemolíticas o pacientes alcohólicos.
- Esquistocitos: hematíes fragmentados, son muy pequeños y aparecen en anemias hemolíticas microangiopáticas.
- Equinocitos: presentan espículas cortas por toda su superficie. Se observan en sangre conservada e insuficiencia renal.
- Acantocitos: son redondos con espículas alargadas y distribuidas irregularmente en la superficie. Puede verse en cirrosis hepáticas.
- Drepanocitos: también conocidos como hematíes falciformes, tiene una forma semilunar, alargados y estrechos. Presentes en anemia falciforme y después de hipoxia.
- Excentrocitos: tiene su hemoglobina en uno de los extremos. Estomatocitosis congénita y xerocitosis congénita.
- Keratocitos: sufren una distorsión en su estructura y aparecen en forma de casco.(5,8,9)

Alteraciones del color:

Estas alteraciones se deben a la cantidad de hemoglobina que presenta el hematíe.

- Anisocromia: se llama a la falta de uniformidad en la coloración. Es típica de anemia refractaria o tratadas con transfusiones.
- Hipocromía: la cantidad de hemoglobina es inferior a la normal por lo que los hematíes son pálidos y con claridad central. Se puede ver en anemias ferropénicas.
- Hiperchromía: los eritrocitos están intentamente coloreados debido a un exceso de hemoglobina. Son característicos de anemias hereditarias y megaloblásticas y esferocitosis hereditaria.

- Policromasia: son hematíes jóvenes con material basófilo en el citoplasma a los cuales se les denomina reticulocitos. (5,8)

Presencia de inclusiones:

Las inclusiones son de diferentes tipos y son debidas a diferentes causas:

- Punteado basófilo: se debe a restos de ADN y mitocondrias. Con la tinción de Wright se obserban azules. Puede verse en intoxicaciones por plomo y eritropoyesis acelerada.
- Cuerpos de Heinz: son pequeñas inclusiones, redondas. Se produce cuando se destruye la hemoglobina.
- Cuerpos de Howell Jolly: son restos nucleares que se tiñen de azul. Suelen aparecer después de la esplenectomía.
- Cuerpos de Pappenheimer: son acúmulos de hemosiderina asociados a restos de hierro. Son típicos de la anemia refractaria sideroblástica.
- Anillos de Cabot: son restos de membrana nuclear dispuesta en forma de anillo. Traduce un grave trastorno de la eritropoyesis. (8, 9, 10, 11)

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido apreciar y después de repasar todas las alteraciones que pueden verse en la serie roja debe de existir personal especializado para hacer este tipo de estudios y así poder ayudar al diagnóstico precoz y en el seguimiento de muchas de estas afecciones.

6 Bibliografía

- (1) Gustavo Ramon, La sangre, Conocimiento corporal IV (Revisado 26, Dic. 2019)
- (2) Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 20894 [Revisado 23 Oct. 2019]
- (3) Megías M, Molist P, Pombal MA. Atlas de histología vegetal y animal. Tipos celulares. [Revisado 17 Dic. 2019]
- (4) Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 20894 [Revisado 2 Dic. 2019]
- (5) Dr. Saul Sosa Cerna [Internet]. Iquimicas. Alteraciones de los hematíes. 2011-2018
- (6) N López-Santiago. [Internet]. La biometría hemática. Vol.37 N° 4. [Revisado Jul.-Agos. 2016]

- (7) Técnico especialista en laboratorio de atención primaria. II Volumen. [Internet]. Mad. [Primera edición Marzo 2016]
- (8) Educación continuada en el laboratorio clínico. [Internet] Alteraciones morfológicas de los eritrocitos. Cont. Lab. Clín. [2014-2015]
- (9) Atlas de hematología. [Internet] Células de la sangre. [Revisado 20 Oct. 2007]
- (10) Prezi User. [Internet] Prezi. [Actualizada 7 Sep. 2013]
- (11) Inclusiones citoplasmáticas y alteraciones morfológicas. [Internet] Slideshare. [Publicado 16 Feb. 2011]

Capítulo 657

CASO DE ENDOMETRIOSIS SEVERA

MARIA LANA FERNÁNDEZ

JULIA ÁLVAREZ PEREIRA

1 Introducción

La endometriosis es una enfermedad que se caracteriza por la existencia de tejido del endometrio fuera del útero, generalmente en ovarios, trompas de Falopio, vejiga urinaria o intestinos. En consecuencia, también una parte de este tejido endometrial se desprende y sangra durante la menstruación. Como consecuencia, la menstruación resulta mucho más dolorosa y llega a ser incapacitante porque el endometrio, que ha crecido indebidamente, se inflama y causa alteraciones en otros tejidos y órganos. Según el Ministerio de Sanidad 1 de cada 10 mujeres se ven afectadas por endometriosis.

2 Objetivos

Presentar el caso de una mujer que comenzó con unos dolores abdominales, resultado ser una endometriosis severa.

3 Caso clínico

Paciente de 25 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumadora de 20 cigarros/día, no bebe. No historia de hipertensión arterial (HTA), diabetes ni dislipemias. No antecedentes quirúrgicos previos ni tratamientos crónicos llega a urgencias por episodio de dolor abdominal localizado en hipogastrio y fosa ilíaca

izquierda (FII) de unas 24 horas de evolución. Dolor con exacerbaciones cólicas que no se acompañó de náuseas, vómitos ni alteraciones en el ámbito intestinal aunque sí febrícula.

Analítica de sangre:

- Hematíes 4.820.000/mm³
- Hemoglobina 14.90 g/dl
- Hematocrito 46.50%
- Plaquetas 323.000/mm³
- Leucocitos 10.000/mm³
- Estudio de coagulación normal
- Glucosa 94 mg/dl
- Urea 27 mg/dl
- Creatinina 0.86 mg/dl
- Sodio 138 mEq/L
- Potasio 4.80 mEq/L

Exploración Física:

Genitales externos y vagina normales con un cérvix bien epitelizado y útero globulosos, fijo, con induración de ambos úterosacros muy sensibles y empastamiento anexial izquierdo.

Ecografía: útero de tamaño normal, con ovario izquierdo quístico de unos 3 cm y ovario derecho con otra formación quística de unos 2 cm de aspecto endometriósico.

4 Resultados

Para explorar la cavidad pélvica y concretar el grado de endometriosis se realiza laparoscopia, objetivando endometrioma de ovario derecho y quiste mucinoso de ovario izquierdo, se realizan quistectomías.

5 Discusión-Conclusión

Tras varias revisiones en el servicio de ginecología, 3 visitas a urgencias por cuadros de dolor muy fuertes y tratamientos analgésicos insuficientes se estudia el caso y se propone para tratamiento quirúrgico. Se realiza laparotomía mediante incisión de Pfannenstiel confirmándose un útero globuloso y bloqueo adherencial pélvico severo que engloba intestino grueso y asas de intestino delgado, con

pequeñas formaciones quísticas en ovario que rompen con salida de contenido achocolatado. Se realiza histerectomía total con doble anexectomía y adhesiolisis con las dificultades propias del bloqueo adherencial.

El postoperatorio cursó satisfactoriamente, apirético y sin anemia. Se le da el alta con tratamiento hormonal y revisiones en el servicio de ginecología.

6 Bibliografía

- <https://www.msmanuals.com/>
- <https://www.mayoclinic.org/>
- <https://medlineplus.gov/>
- Bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

Capítulo 658

PASOS A SEGUIR EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

LAURA GONZÁLEZ DÍAZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA

ALBERTO DÍAZ GARCÍA

EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

Hoy en día, el cáncer de mama, es uno de los más evidentes en todo el mundo y el que más sufre el cuerpo de la mujer. En los últimos 15 años ha crecido un 12% (con un crecimiento del doble en mujeres que en hombres). En nuestro país se estima que en 2019 se han diagnosticado más de 33000 casos de cáncer de mama. Gracias a los programas de prevención que existen en la actualidad en todas las comunidades autónomas (screening de mama) y los avances en las tecnologías de imagen, el diagnóstico de este tipo de cáncer es muy precoz y por ello, al ser muchos de ellos cogidos a tiempo, su tasa de supervivencia es superior al 90%. Peralta, Octavio. (1)

Con el screening de mama se trata de obtener el cribado del cáncer de mama del 100% de las mujeres españolas. Suelen acudir a la llamada el 70% de ellas, y en torno al 5% necesitan pruebas adicionales por algún tipo de hallazgo. Ascunce, Nieves, et al. (2)

Estas pruebas adicionales son mamografías complementarias, ecografías o pruebas invasivas como Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF) o Biopsia con Aguja Gruesa (BAG), que nos sirven para visualizar mejor esos hallazgos encontrados en el screening de mama. Las mamografías se vienen haciendo desde principios de 1900. Guerrero, Jorge. (3) Son pruebas de Rx que nos dan una imagen de la glándula mamaria, de la cual necesitamos una alta definición y una alta resolución espacial, ya que contiene tejidos muy similares entre si y hay que diferenciarlos bien. Brandan et al. (4)

A partir de estas pruebas se pueden necesitar realizar otras más específicas como la ecografía, punción aspiración con aguja fina o biopsia, que nos llevaran a un diagnóstico más certero, el cual puede necesitar también la realización de una resonancia magnética de ambas mamas. La resonancia magnética ha logrado un gran desarrollo en los últimos años. En relación al diagnóstico de tumores en la mama se ha evidenciado su superioridad con respecto a otras pruebas, ya que ayuda a valorar mejor la extensión local de la lesión y al seguimiento del tumor después de someterlos a tratamiento con quimioterapia. Tardivon, Anne. (5)

2 Objetivos

- Describir los pasos a seguir en el diagnóstico del cáncer de mama, desde el inicio (screening de mama), pasando por las pruebas diagnósticas y pruebas complementarias, hasta su operación quirúrgica o tratamiento.

3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos, páginas de Internet, publicaciones de hospitales extranjeros y españoles, revistas digitales de investigación, buscadores de artículos médicos como Google académico y buscadores médicos como PubMed, Elsevier, Dialnet, Scielo, Fistera, Medline...; acotando las fechas de dichas fuentes, publicaciones y artículos a partir del año 2000; En dicha búsqueda se han utilizado las palabras claves (en inglés y en español): screening, mama, cáncer, diagnóstico, ecografía, mamografía, PAAF, BAG, resonancia magnética, mammography, breast, diagnosis, cáncer.

4 Resultados

- La mujer española que por edad entra en el programa de screening de mama es citada por carta. Cuando llega al servicio de radiología se le hace una encuesta para saber datos sobre ella (edad, antecedentes familiares de cáncer de mama, reglas, pezones, embarazos, lactancia, etc.). Después de realizarle la encuesta se le hacen 4 mamografías, dos de cada pecho, en proyecciones cráneo-caudal y oblicua. Una vez realizadas esas 4 mamografías la paciente se va a su casa a esperar los resultados. Si todo está correcto, a los dos años, se le vuelve a citar para su correspondiente revisión por screening de mama. Si por el contrario el radiólogo ha detectado algún tipo de hallazgo, la paciente será remitida a la sección de la mama del servicio de radiodiagnóstico de su hospital de referencia para realizarle pruebas complementarias.

Como pruebas complementarias se le realizan nuevamente mamografías, pero esta vez son más proyecciones, según el criterio del médico radiólogo y la patología que se esté estudiando (Cráneo-caudales, oblicuas, laterales, magnificadas...). Actualmente en los hospitales existe un método de diagnóstico denominado "acto único" el cual beneficia al diagnóstico precoz de este tipo de tumores, ya que todas las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico se realizan simultáneamente el mismo día y en el mismo lugar. Por lo tanto, justamente después de realizar las mamografías el médico radiólogo las valora y decide si hay que continuar haciendo más pruebas.

En el caso de que así fuera, el siguiente paso sería realizar una ecografía de la mama y acto seguido, si fuera necesario, se realizaría una punción aspiración con aguja fina (PAAF) para sacar una muestra de células de tejido mamario para su estudio citológico y/o una biopsia con aguja gruesa (BAG) para sacar una muestra más grande de tejido para su estudio histológico. Las muestras se enviarían al servicio de anatomía patológica y se esperarían los resultados.

Habitualmente suele realizarse también una resonancia magnética con contraste intravenoso para ver la forma, extensión y el comportamiento del tumor mediante la inyección de contraste.

Después de realizar y valorar todas estas pruebas tendríamos un estudio completo de ambas mamas y un diagnóstico exhaustivo. A partir de este diagnóstico se puede programar el tratamiento a seguir con cada paciente y planificar la cirugía si fuera necesaria.

En resumen, los pasos a seguir por la mujer sana que entra en el programa de detección precoz de cáncer de mama son:

La paciente llega al servicio de radiodiagnóstico y se somete al screening de

mama de su comunidad autónoma. Se le realizan dos mamografías de cada pecho. Si existe algún tipo de hallazgo es derivada al servicio de la mama de su hospital de referencia para que le realicen mamografías complementarias, ecografía de la zona en concreto a estudiar, PAAF o BAG del nódulo o lesión, resonancia de las dos mamas con contraste intravenoso y colocación de arpón para señalar concretamente la zona a extirpar para su inminente cirugía. (O las pruebas que sean necesarias para cada tipo de patología o tumor).

5 Discusión-Conclusión

La patología de mama es prevalente en la sociedad actual, su diagnóstico y tratamiento es complejo, exigiendo el conocimiento de su manejo de todo el equipo de cuidados sanitarios. Este equipo es eminentemente multidisciplinar y con un único fin, el cuidado holístico del paciente.

6 Bibliografía

- 1. Peralta, Octavio. "Cáncer de mama en Chile: Datos epidemiológicos." *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 67.6 (2002): 439-445.
- 2. Ascunce, Nieves, et al. "Programas de detección precoz de cáncer de mama en España: características y principales resultados." *Medicina Clínica* 141.1 (2013): 13-23.
- 3. Guerrero, Jorge. "El rol de la mamografía en el diagnóstico del cáncer de mama." *Carcinos* 1.2 (2011): 68-75.
- 4. Brandan, María Ester, and Yolanda Villaseñor. "Detección del cáncer de mama: estado de la mamografía en México." *Cancerología* 1.3 (2006): 147-162.
- 5. Tardivon, Anne. "Resonancia magnética de mama. Técnica e indicaciones actuales." *Revista Argentina de Radiología* 71.3 (2007): 289-294.

Capítulo 659

IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

VANESA BLANCO ESPEJO

SARA LOZANO MERA

1 Introducción

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es un estadio intermedio entre el deterioro cognitivo esperado debido al envejecimiento normal y el deterioro más grave de la demencia. Puede implicar problemas con la memoria, el lenguaje, el pensamiento y el juicio que son más significativos que los cambios normales relacionados con el envejecimiento.

2 Objetivos

-Identificar el diagnóstico precoz de deterioro cognitivo leve o grave el caso clínico expuesto.

3 Caso clínico

Paciente de 65 años acude a consulta por varios motivos:

- Se olvida de las cosas frecuentemente.
- Comienza a tener dificultades para la ubicación.
- Se ha vuelto más impulsivo y muestra un sentido de la realidad cada vez más deteriorado.

Su familia también refiere que le notan un cambio de actitud y personalidad desde hace unos meses y su estado anímico cada vez es más bajo. Se realizaron pruebas radiológicas y clínicas para determinar su estado, el objetivo principal de esto es averiguar si se trata verdaderamente de un deterioro cognitivo y no de otro tipo de enfermedad en evolución cómo puede llegar a ser el Alzheimer.

Las personas con trastorno cognitivo leve tienen un riesgo importante (aunque no con certeza) de padecer demencia. En general, alrededor de un 1 a un 3 % de los adultos mayores padece demencia todos los años.

4 Resultados

No existe una única causa del deterioro cognitivo leve, como tampoco existe un único resultado para el trastorno. Los síntomas del pueden permanecer estables durante años, progresar a la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia o mejorar con el tiempo.

En el caso de este paciente habría que empezar por evaluarlo con test neurológicos y realizar una prueba de imagen por resonancia magnética en la cual incluiríamos la secuencia "PROBE"(espectroscopia).

La espectroscopia por resonancia es una técnica de imagen que añade información bioquímica a los estudios morfológicos. La principal característica de la ERM es su capacidad para obtener y cuantificar, un conjunto de moléculas (metabolitos) de un volumen cerebral determinado. La valoración de una patología se basa en el análisis de las variaciones de los metabolitos que normalmente se encuentran en el cerebro sano, así como la posible aparición de otros. Estas variaciones de los metabolitos se reflejan en un espectro que tiene una referencia (el pico del agua) y son medidas en unidades independientes del campo, llamadas partes por millón (ppm).

5 Discusión-Conclusión

Tras las pruebas realizadas se llegaría al punto de determinar si se necesitarían más pruebas concretas como por ejemplo la punción de líquido cefalorraquídeo para determinar verdaderamente si es un deterioro cognitivo o estamos antes otro tipo de enfermedad. Gracias a todos estos avances en la medicina el paciente podría llegar a recibir tratamiento farmacéutico que podría frenar su enfermedad.

6 Bibliografía

-<https://www.mayoclinic.org/>

-<https://www.ineco.org.ar/>

-<http://www.unsam.edu.ar/>

Capítulo 660

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EXTRAVASACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE YODADO EN TAC

AROA IGLESIAS MARTÍNEZ

JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ

ANGELA BAÑOS TRABANCO

RAQUEL SERRANO FERRERO

1 Introducción

En los estudios de TAC es muy habitual usar contrastes yodados intravenosos para mejorar las imágenes obtenidas y facilitar el diagnóstico. La salida accidental de dicho contraste desde la vena hacia los tejidos blandos adyacentes es una de las complicaciones más frecuentes. Las zonas afectadas generalmente presentan lesiones leves caracterizadas por aumento de volumen y eritema. Por estas razones es fundamental conocer los pacientes en riesgo, las medidas de precaución, los factores técnicos específicos, el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta complicación. Estos elementos constituyen competencias básicas que todo TER debe poseer.

2 Objetivos

- Disminuir la incidencia de esta complicación en pacientes ambulatorios, se deben considerar algunas medidas básicas.
- Realizar una adecuada elección del sitio de inyección, puncionando venas gruesas a partir del pliegue del codo hacia proximal.

3 Caso clínico

Paciente varón de 67 años acude al hospital para la realización de un TAC abdominal con contraste intravenoso. En la sala se le coloca la vía de calibre 20 y se procede a realizar el estudio.

Primeramente se hace una prueba de la vía administrando suero con el mismo caudal que llevará el contraste. Todo correcto. Se procede a la inyección.

El paciente no refiere dolor, pero al visualizar el estudio no aparece contrastado.

Se activa el protocolo de actuación en extravasación.

- Retirar la vía venosa al mismo tiempo que se aspira suavemente para intentar extraer la mayor cantidad posible de contraste adyacente al catéter.
- Realización de una radiografía de la zona afectada para estimar el volumen y ver tipo de extravasación.
- Elevación de la extremidad afectada por encima del corazón.
- Aplicación de bolsa de frío local.
- Registro en la ficha creada para tal y en la historia clínica del paciente.
- Si es necesario observar al paciente y si es ambulatorio llamar al paciente a las 24 horas para preguntarle sobre la evolución.
- Si se sospecha de complicación pedir consulta con cirugía plástica.

4 Resultados

La gran mayoría de los pacientes que sufren una extravasación de un MCI evolucionarán hacia la resolución espontánea y los síntomas y signos se resolverán entre 24 a 48 horas.

5 Discusión-Conclusión

Su incidencia es baja, ocurre entre el 0,1 y el 0,9 % de los pacientes que se someten a estos estudios.

En general, al momento de extravasación los pacientes suelen referir síntomas tales como: disconfort, dolor, ardor, parestesias, sensación de compresión o rigidez en el sitio de inyección o movilidad disminuida de la extremidad comprometida. Sin embargo, algunos pacientes son asintomáticos y la extravasación se pesquisa por el aumento de volumen que se visualiza y/o palpa en el sitio de inyección o en ocasiones al constatar la ausencia de MCI en las imágenes del estudio obtenido.

6 Bibliografía

1. American College of Radiology, Manual on Contrast Media. Version 9, 2013. Disponible en: <http://www.acr.org/quality-safety/resources/contrast-manua>
2. www.esur.org/guidelines
3. www.scielo.es

Capítulo 661

MEDIOS DE CONTRASTE EN RESONANCIA MAGNÉTICA

RAQUEL SERRANO FERRERO

ANGELA BAÑOS TRABANCO

SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ

JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Frecuentemente, los medios de contraste son sustancias opacificantes que proporcionan opacidad al órgano que va a estudiarse por un método de imagen diagnóstica. Los utilizados en resonancia magnética (RM), amplifican la señal entre las diversas estructuras orgánicas obteniéndose información nueva y mas específica.

Los medios de contraste que se emplean actualmente en RM para aumentar la eficiencia diagnóstica de esta exploración son moléculas ligadas a un átomo de Gadolinio (Gd). Estos compuestos son imprescindibles para detectar y analizar las lesiones típicas de muchas de las enfermedades más importantes.

El uso de estos contrastes es relativamente reciente, comenzando a usarse en la década de los años 80.

2 Objetivos

- Estudiar y clasificar los medios de contraste en la resonancia magnética.

3 Metodología

Podemos clasificar estos compuestos de la siguiente manera:

Según el principio activo:

- Paramagnéticos. Son los basados en el Gadolinio Gd, y en el manganeso Mn, siendo los primeros los más utilizados. Tienen un momento magnético muy intenso, con un número de electrones no apareados mayor, haciendo esto que posean un mayor magnetismo. Sustancias como la melanina y la metahe-moglobina, son sustancias producidas por el cuerpo, que también tienen estas propiedades paramagnéticas, acortando el T1 y viéndose hiper-intensas.
- Superparamagnéticos. Compuestos por óxido de hierro. Dos ejemplos de estos contrastes son el USPIO (Ultrasmall Superparamagnetic Iron Oxide) y el SPIO (Superparamagnetic Iron Oxide)

Según su distribución:

- Inespecíficos extracelulares. Tras su administración intravenosa, atraviesa la circulación pulmonar y llega al espacio extracelular o intersticio. Dentro de este grupo el más utilizado sería el Gadolinio.
- Específicos intracelulares. Los que unidos a los ligantes, llegan específicamente al hepatocito.
- Específicos intravasculares que son partículas ultrafinas que permanecen un tiempo en la sangre.

Según la modificación de la señal:

- Positivos: aumentando la intensidad de la señal del tejido a estudiar. Un ejemplo sería el Gadolinio.
- Negativos: disminuyendo la intensidad de la señal del órgano o tejido a estudiar. Estos serían el USPIO y el SPIO.

Todos los medios de contraste pueden actuar como positivos y negativos dependiendo de las propiedades de las moléculas, la concentración y la secuencia utilizada.

Estos medios de contraste pueden administrarse por vía endovenosa o por vía enteral.

Los más utilizados son los endovenosos siendo el Gadolinio el más frecuente, empleado para la evaluación del sistema nervioso central. Su dosis habitual es de 0,1 mmol/kg de peso, pudiendo ser útil en algunos casos subir la dosis hasta 0,3mmol/kg. Estos contrastes con Gadolinio son prácticamente inocuos y no tienen contraindicaciones, salvo alergia previa.

El manganeso y las partículas de óxido de hierro son también contrastes endovenosos, pero menos utilizados por sus contraindicaciones como insuficiencia renal, enfermedad cardíaca, lactancia, etc.

Los administrados por vía enteral son de uso muy limitado, pero dado su interés diagnóstico son utilizados cada vez más para colonoscopia virtual o patologías intestinales. Su alto coste hace que algunas empresas lo sustituyan por diluciones de Gadolinio en agua.

4 Resultados

Hace unos años se alertó de un efecto secundario asociado a la inestabilidad ligada con el Gd. Aunque su seguridad llega a ser muy alta, su empleo a dosis mayores de las permitidas y en pacientes con insuficiencia renal avanzada generó alarma al asociarse con la enfermedad de la Fibrosis Sistémica Nefrogénica (FSN). Afortunadamente, la FSN prácticamente ha desaparecido tras ajustar las dosis administradas, a pacientes con este problema.

Otro efecto secundario es la retención de trazas de estos contrastes en el cuerpo. Los datos disponibles indican que los pacientes sometidos a múltiples exámenes de RM con contraste retienen una muy pequeña cantidad del contraste administrado, principalmente en el hueso y sistema nervioso central, por un largo periodo de tiempo y con una depuración progresiva.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, no se ha demostrado que estos efectos se asocien a un daño tisular ni a una manifestación clínica evidente. Los radiólogos son conscientes de los beneficios que tienen estos contrastes empleados en RM y superan ampliamente a los riesgos y efectos secundarios que hemos citado anteriormente.

En la actualidad, la búsqueda de nuevos agentes de contraste se encamina, no solo a que ofrezcan información sobre los tumores, sino a que den pistas sobre

su malignidad.

6 Bibliografía

1. <https://4doctors.science/blog/>
2. Almandoz T. equipo Osatek. Guía práctica para profesionales de RM. Bilbao: Osatek SA; 2003
3. Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. 2016.

Capítulo 662

MARCADORES TUMORALES.

DANIEL CORDERO CHOI

1 Introducción

Los marcadores tumorales son sustancias que se pueden encontrar en la sangre u orina entre otros líquidos y son producidas por células tumorales o por células como respuesta ante un tumor.

Uno de los inconvenientes que presentan los marcadores tumorales es su inespecificidad, además pueden no estar elevados en todos los pacientes con el mismo tipo de cáncer, pudiendo incluso estar elevados en personas que no cursan con un tumor.

2 Objetivos

- Poner en conocimiento del TEL acerca de los tipos de marcadores tumorales.
- Informar acerca de cuales son los tipos de marcadores tumorales más importantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente

4 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/>
- <http://scielo.isciii.es/>
- <https://www.medigraphic.com>

Capítulo 663

DIABETES MELLITUS. PRUEBAS DIAGNOSTICAS

EVA PILOÑETA GONZALEZ

VANESSA RODRIGUEZ GARCIA

ALMUDENA SUERO ALVAREZ

HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o en ambas.

La glucosa es vital para la salud porque es una fuente importante de energía para las células que forman tejidos y músculos, de hecho es la única fuente de energía para el cerebro.

La glucosa presente en la sangre procede:

- Los hidratos de carbono ingeridos en la dieta.
- La glucogenolisis del glucógeno hepático.
- La gluconeogénesis a partir de proteínas, piruvato, lactato, glicerol.

Además entre otras, la diabetes se puede clasificar en diabetes tipo I, tipo II, tipo gestacional y otros tipos específicos de diabetes mellitus por otra causa. Es por ello importante el diagnóstico precoz y exacto de la diabetes para poner en marcha un tratamiento eficaz.

2 Objetivos

- Establecer las pruebas de laboratorio para el cribado y diagnóstico de la diabetes mellitus, así como para prediabetes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las pruebas de laboratorio por las que se diagnostica la diabetes mellitus:

- Glucemia plasmática en ayunas: los métodos para determinar la concentración de glucosa se clasifican en dos grandes grupos:

Métodos basados en el poder reductor de los hidratos de carbono (reacción de Benedict, método de la O-toluidina).

Métodos enzimáticos: los más utilizados son la glucosa-oxidasa, hexoquinasa (referencia) y glucosa-deshidrogenasa. Son específicos, rápidos y automatizables.

- Hemoglobina glicosilada: los métodos para determinar la concentración de hemoglobina glicosilada:

Métodos basados en la diferencia de carga: electroforesis, isoelectroenfoque, cromatografía de intercambio iónico.

Método mediante la cromatografía líquida de alta afinidad (HPLC).

Métodos basados en la diferencia de estructura: cromatografía de afinidad y métodos inmunológicos.

- Otras determinaciones:

Sobrecarga oral de glucosa, glucosuria, cuerpos cetónicos, cribado (test de o'sullivan), fructosamina, insulina, péptido C, microalbuminuria, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia diagnosticar la diabetes mellitus precozmente, ya que una hiperglucemia no controlada puede causar serios trastornos tanto agudos como a largo plazo, afectando gravemente a la calidad de vida. La prevalencia de esta patología es realmente elevada y es necesario un diagnóstico precoz, además de un manejo multidisciplinar para ofrecer el mejor cuidado holístico al paciente.

6 Bibliografía

- Jordan Valenzuela M, Miralles García MD, Ramos Morcillo A, Torres García M. Intervenciones enfermeras ante el paciente diabético. Torredonjimeno: Formación Continuada Logoss; 2009.
- Addie- Gentle P, Azok J, Azzarello J, Edelman m. Diabetes Mellitus. Guía para el manejo del paciente. Madrid: Williams and Wilkins; 2007.
- Rodergas I Pages J. Cuidados de enfermería al paciente diabético. Madrid: FUDEN; 2009.

Capítulo 664

HEMOSTASIA: PRUEBAS PARA EL ESTUDIO DE LA COAGULACIÓN.

DANIEL CORDERO CHOI

1 Introducción

La hemostasia es un mecanismo de defensa del organismo que se activa después de sufrir una lesión o traumatismo para prevenir la salida de la sangre del interior de los vasos sanguíneos. Este mecanismo desencadena una serie de reacciones en cadena para lograr tal fin.

2 Objetivos

- Describir las diferentes pruebas de laboratorio para el estudio de la coagulación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el campo de la hematología se produce una gran variedad de enfermedades que incluyen no sólo los trastornos de los órganos hematopoyéticos y los órganos celulares de la sangre periférica, sino también alteraciones de los sistemas linfocítico y hemostático. Este último representa una compleja interacción entre los vasos sanguíneos, las plaquetas y los factores plasmáticos de la coagulación. Las alteraciones de la hemostasia se clasifican según la fase de la coagulación que se encuentre afectada: trastornos de la hemostasia primaria (encargada de formar el tapón plaquetario) y trastornos de la hemostasia secundaria (depende de las proteínas plasmáticas y de los factores de la coagulación).

5 Discusión-Conclusión

Durante el proceso de la coagulación, intervienen los factores de la coagulación y otros componentes, y gracias a las pruebas de la coagulación, podemos averiguar en qué punto existe una alteración.

6 Bibliografía

- <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v28n2/hih05212.pdf>
- http://www.scartd.org/arxius/hemostasia_05.pdf

Capítulo 665

DETECCIÓN DE ALCOHOL EN SANGRE. PRUEBA JUDICIAL

HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ

ALMUDENA SUERO ALVAREZ

VANESSA RODRIGUEZ GARCIA

EVA PILOÑETA GONZALEZ

1 Introducción

En ocasiones llega al laboratorio de análisis clínicos muestras de sangre para realizar el test de alcoholemia por dudas con el resultado del test realizado en aire por agentes del orden.

En estos casos las muestras pueden llegar incluso custodiadas por agentes judiciales o agentes de la ley.

Estas muestras tienen que llegar en un tubo, que puede ser con anticoagulante o vale en suero también, (heparina de litio por ejemplo) y un gel separador (glosa) para separar células del plasma. estas muestras deben de venir por duplicado. las centrifugaremos y una de ellas, rotulada con fecha y número de muestra, la congelaremos para tener para futuras consultas.

La otra muestra, una vez centrifugada, no la abriremos hasta el momento de procesarla, pues el alcohol es muy volátil y puede escaparse, dando como resultado un falso negativo y, por tanto, una invalidez total del resultado.

2 Objetivos

- Hacer ver la importancia de esto para la autoridad competente y para nuestra sociedad en general.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los resultados obtenidos fijan el estado de embriaguez de la persona a la que se realiza el análisis.

Un resultado óptimo sería 0.0 gr/l. A partir de ahí todos los resultados serían negativos para el sujeto analizado. Hasta 0.5 g/l no es sancionable, pero a partir de esa cantidad se puede sancionar a la persona que tuviese esa tasa de alcohol en sangre y aplicarle la ley.

En los laboratorios de análisis clínicos el método empleado para realizar estas muestras es un analizador de bioquímica tipo Architect. Existen diferentes tipos y modelos, pero el sistema de análisis es el mismo. Un analizador que toma una pequeña fracción de la muestra con la que une el reactivo adecuado y realiza la analítica para dar el resultado correcto. Este resultado es el que se archiva y esta esperando a la solicitud judicial para su envío.

5 Discusión-Conclusión

Esta prueba, siempre que se realice correctamente, es 100% fiable, pero en la práctica, no lo es tanto. Para poder usar esta prueba en un juicio, la muestra no ha podido romper la línea de custodia que debiera seguir desde que se pincha al sujeto hasta la realización de la prueba. Ha de comprobarse también que el aparato está en óptimas condiciones con controles y calibradores pasados. Es una prueba

muy fiable, pero fácilmente desmontable en un juicio debido a todas las tramas legales que posee la prueba.

6 Bibliografía

- <http://www.dgt.es/>
- <https://medlineplus.gov/>

Capítulo 666

INMUNIDAD HUMANA

ESTEFANIA MARENTES MENENDEZ

1 Introducción

El termino inmunidad comprende todas aquellas propiedades del huésped que le confieren resistencia a un agente infeccioso específico. Esta resistencia puede ser de todos los grados, desde la susceptibilidad casi total hasta la no susceptibilidad completa.

La respuesta inmunitaria es reacción fisiológica (ha de ocurrir para el buen funcionamiento del organismo) que ejerce el sistema inmunitario para defendernos de una agresión externa, siempre ejercida por un antígeno. Tenemos así dos tipos de Inmunidad (innata y específica).

2 Objetivos

El Técnico de laboratorio participa en aplicación de los últimos avances científicos y un amplio espectro de técnicas avanzadas de alta complejidad. Además aporta también pruebas en inmunoterapia del cáncer entre otras. Las pruebas asistenciales para la prevención, diagnóstico y seguimiento de las enfermedades de origen inmunológico.

Estudiando con detenimiento el sistema inmunitario, este se compone de dos tipos de elementos: elementos formes (células) y elementos solubles (proteínas).

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de diferentes bibliografías, se han consultados distintos libros y artículos médicos para la elaboración del capítulo de inmunología. Realizando una selección selectiva desde el punto de vista de un profesional como es el técnico de laboratorio. Además, se han revisado artículos en páginas de revistas científicas.

4 Resultados

Indica el tipo de inmunidad que se adquiere o no a través del contacto con agente infeccioso dentro de la inmunidad natural y la que se adquiere por contacto del agente infectante o sus productos en la inmunidad adquirida.

La función en general del técnico de laboratorio se puede resumir como la búsqueda de antígenos extraños, que no pertenecen al cuerpo y su destrucción. En este proceso el sistema inmune mantiene su vigilancia de la aparición de antígenos nuevos extraños en células tumorales y trata de destruirlas dejando ilesos los antígenos normales presentes en células sanas.

Utilizando reacciones antígeno-anticuerpos que tienen diversas consecuencias y existen varios tipos como: por aglutinación o por precipitación, por neutralización, por lisis, por opsonización.

También estudian el sistema del complemento: es el mecanismo efector humoral más importante de la inmunología: "complementan" acción de los anticuerpos.

La acción del complemento resulta de la interacción de un grupo numeroso y complejo de proteínas.

Se realizan antígenos de histocompatibilidad: son células con moléculas en su superficie y son únicas para cada persona. El SI tiene capacidad de diferencia entre lo "propio" y lo "extraño". Se utiliza para el tipaje en trasplantes.

Células del sistema inmunitario:

- Granulocitos, Neutrófilos, basófilos y eosinófilos: Son células muy primitivas (actúan de la misma forma independientemente de qué antígeno sea). También conocidos como PMN.
- Monocitos/macrófagos Los monocitos se encuentran en la sangre, y los macrófagos están en los tejidos. También son primitivas en su modo de actuación. Tienen

capacidad de regular la respuesta inmunitaria, además de muchas otras funciones.

- Linfocitos T: Su función es regular la respuesta inmunitaria. Si son específicas.
- Linfocitos B: Las únicas células que producen anticuerpos. También son específicas.
- Células presentadoras de antígenos (CPA) Captan un antígeno, lo procesan y lo enseñan a los linfocitos.
- Otras células que no pertenecen al SI, pero también participan en la respuesta inmunitaria Mastocitos (en todos los tejidos), que producen inflamación, plaquetas, células endoteliales, etc.

5 Discusión-Conclusión

La respuesta inmunológica nos da información de:

- Especificidad es toda respuesta inmunitaria específica, que actúa específicamente para cada antígeno. Se da por el reconocimiento de los epítopos (partes específicas del antígeno a las que se une el anticuerpo). Cada epítipo tiene un anticuerpo específico, pero cada antígeno tiene distintos epítopos.
- Memoria de las células tienen una vida media muy larga. Hay T y B.
- Autolimitación Tiene sus propios mecanismos para recuperar su estado basal (a la espera que otro antígeno entre).
- Autotolerancia Solo actúa frente a proteínas extrañas, no con las propias. Si esto se rompe hay autoinmunidad (enfermedades).
- Proporciona la respuesta inmunitaria específica.
- Fase de selección clonal: De todos los linfocitos B, sólo uno reconoce al antígeno que entra. El linfocito se activa mediante la unión con el antígeno.
- Fase de expansión clonal: El linfocito se multiplica.
- Función efectora: La mayoría de los linfocitos hijos clónicos evolucionan a células plasmáticas. Son células grandes con mucho RE, que producen anticuerpos. No sirven para nada más (vida media corta). Otros se convierten a células de memoria, que recordarán al antígeno si entra por segunda vez, y la respuesta inmunitaria empezará aquí ya (vida media más larga).

Estas fases son comunes con el linfocito T, pero éste no produce anticuerpos, sino que realiza otras funciones.

6 Bibliografía

- Ricard Cervera Sequra (Enfermedades autoinmunes).
- Gloria Bertha Vega Robledo (Inmunología Básica y su correlación clínica).
- Mc Graw Hil, Mario César Salinas Carmona (La Inmunología en la salud y en la enfermedad).
- <https://www.inmunologia.org>
- <https://scielo.conicyt.cl>

Capítulo 667

PRACTICA RADIOLÓGICA EN UNA PACIENTE ONCOLÓGICA DE MAMA

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor mas frecuente en la mujer en la población femenina española. La dificultad para reducir su incidencia a través de la prevención primaria hace que los esfuerzos se centren en reducir la mortalidad a través del diagnóstico precoz, momento en que los tratamientos son más eficaces.

2 Objetivos

- Entender las consecuencias psicológicas atravesadas durante el proceso radiológico para el diagnóstico de cáncer de mama, mediante un caso clínico.
- conocer mediante la explicación de un caso clínico el proceso por el que debe pasar el paciente cuando es sometido a exploraciones radiográficas en busca de un diagnostico final y la importancia del papel del técnico

3 Caso clínico

Paciente de 20 años que acude al servicio de radiología derivada por atención primaria, que refiere dolor en mama derecha a la palpación y sin antecedentes previos.

Donde tras las pruebas diagnósticas se haya un carcinoma ductal de mamá derecha T3N1M0.

4 Resultados

Se comprueban que las primeras pruebas de imagen realizadas con las que mas incertidumbre y ansiedad genera a la paciente es el miedo al resultado diagnóstico y tratamiento va a depender de dichas pruebas,

Todo el personal involucrado se le ruega empatía y escucha activa.

El papel del técnico debe de cumplir los siguientes roles: Empatía, acompañamiento, escucha activa y asertividad.

Pruebas realizadas por el técnico.

- Ecografía, mamografía, PAAF/BAG.
- TAC y gammagrafía.
- Resonancia magnética.

Que siente el paciente:

- ¿Por qué me mandan más pruebas complementarias, es que han visto algo?
- ¿Me van a poner contraste y si tengo metástasis, cuándo sabré el resultado?
- ¿Aguantare la prueba, cuánto dudara?

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista sanitario y personal se valora que a través de el trato empático y asertivo en esos momentos donde la paciente se encuentra asustada y con miedo, hace que disminuyan.

De manera negativa observo que en muchas ocasiones el volumen trabajo y las condiciones laborales hace que nos deshumanicemos con el paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 668

TAC DE CRANEO

ANGELA BAÑOS TRABANCO

AROA IGLESIAS MARTÍNEZ

SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ

RAQUEL SERRANO FERRERO

1 Introducción

El TAC (tomografía axial computerizada) es un procedimiento de diagnóstico médico que utiliza una fuente de rayos X con un sistema informático que procesa las imágenes y permite obtener imágenes radiográficas en secciones progresivas de la zona del organismo a estudiar, y si es necesario, imágenes tridimensionales de los órganos o estructuras orgánicas.

EL TAC de cráneo se utiliza para ayudar a valorar lesiones en la cabeza, dolores de cabeza severos, mareos, y otros síntomas de aneurisma, sangrado, derrame cerebral y tumores cerebrales. También ayuda a valorar zonas de la cara, senos paranasales, y cráneo, o a planificar la radioterapia para el cáncer de cerebro. En casos de emergencia, puede determinar lesiones y hemorragias internas lo suficientemente rápido como para ayudar a salvar vidas.

Este tipo de estudio se ha convertido en una herramienta básica en el diagnóstico inicial de la patología vascular cerebral.

2 Objetivos

- Describir el examen radiológico TAC. así como sus ventajas y desventajas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El TAC es un examen médico de diagnóstico por imágenes basado en la utilización de radiación ionizante para la obtención de imágenes de cortes o secciones anatómicas del cuerpo. Las distintas partes del cuerpo se distinguen por las diferentes cantidades de rayos X que absorben.

En los estudios realizados por TAC, varios haces de rayos X y un conjunto de detectores electrónicos de rayos X rotan alrededor del paciente y miden la cantidad de radiación que absorbe cada parte del cuerpo.

En el estudio de cráneo la mesa de examen se moverá durante la exploración, de manera que el haz de rayos X siga una trayectoria en forma de espiral. Un programa informático procesa esta gran cantidad de datos para crear imágenes transversales y bidimensionales del cráneo mediante algoritmos de reconstrucción. Incluso se pueden generar imágenes tridimensionales. Estas imágenes pueden ser vistas en un monitor de computadora, imprimidas en una placa o con una impresora 3D, o transferidas a un CD o DVD.

El tubo de rayos X que gira alrededor del cráneo captura diferentes tomas en su rotación, el número de estas y el número de detectores que presenta el equipo establece en gran parte la calidad la resolución del escaneo. Al tiempo que el tubo y el detector giran alrededor del paciente, se mueven longitudinalmente para cubrir la superficie a estudiar y las imágenes pueden ser gruesas (si son mayores de 5mm) o delgadas (si son menores de 5mm) según el número de líneas de detectores. En los equipos más modernos pueden tener un número de detectores superior a 128. Las imágenes por TAC de cráneo, brindan mayores detalles que

los exámenes convencionales de rayos X, particularmente en el caso de los tejidos blandos y los vasos sanguíneos.

Las ventajas son:

- Las imágenes por TAC son exactas, no son invasivas y no provocan dolor.
- Se puede obtener imágenes de huesos, tejidos blandos y vasos sanguíneos al mismo tiempo.
- Son rápidos y sencillos; en casos de emergencia, pueden revelar lesiones y hemorragias internas lo suficientemente rápido como para ayudar a salvar vidas.
- Es menos sensible al movimiento de pacientes que la RMN.
- Un diagnóstico realizado por TAC puede eliminar la necesidad de una cirugía exploratoria y una biopsia quirúrgica.

Las desventajas son:

- Exposición excesiva a la radiación.
- La exploración por TAC en general no se recomienda para las mujeres embarazadas a no ser que sea medicamente necesaria, debido al riesgo potencial al bebé. Este riesgo, sin embargo, es mínimo con la exploración TAC de la craneo.
- Comparado con las imágenes obtenidas por RMN, los detalles precisos del tejido blando del cerebro son menos visibles en las exploraciones por TAC.
- El TAC no tiene sensibilidad para detectar inflamación de meninges, las membranas que cubren el cerebro.

5 Discusión-Conclusión

El estudio del cráneo a través del TAC nos aporta imágenes de huesos, tejidos blandos y vasos sanguíneos en un tiempo mínimo. Nos permite detectar cualquier lesión craneal lo suficientemente rápido como para poder salvar vidas y poder llevar a cabo una toma de decisiones ajustada ya que descarta o concreta la patología.

Es un método de diagnóstico fácil, accesible y disponible actualmente en la práctica totalidad de los servicios de urgencia hospitalaria y ofrece una información excelente en los diferentes procesos infecciosos, malformativos, tumorales o traumáticos del cráneo.

Por todo esto, aunque el TAC aporta una excesiva radiación a nuestro organismo, la dosis efectiva es de aproximadamente la misma proporción que una persona promedio recibe de radiación de fondo en tres años, el beneficio de un diagnóstico exacto pesa mucho más que el riesgo.

La mayor disponibilidad ha proporcionado una poderosa herramienta para el médico de urgencias para el diagnóstico rápido de un número creciente de patologías de urgencia. Sin embargo, debido al entorno médico-legal se sigue haciendo un uso inapropiado de los estudios por imagen. La solicitud de una exploración debe obtener un resultado que contribuya a variar la conducta diagnóstico-terapéutica del médico o a confirmar el diagnóstico. Por desgracia en algunos casos se expone a los pacientes a radiación de forma innecesaria.

6 Bibliografía

- <https://es.wikipedia.org>
- <http://www.neurowikia.es>
- <https://www.nibib.nih.gov/>
- <https://www.intramed.net/>
- <http://www.san.gva.es/>
- <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=headct>
- <https://laspalmas.tusaludnoespera.es>
- <https://medlineplus.gov/>
- <https://www.intramed.net>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 669

PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO EN LA SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL

ELIZABET GARCIA GRANDA

PATRICIA MARTINEZ GARCÍA

MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ

RAQUEL RUIZ TURRADO

ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO

1 Introducción

Definimos el maltrato infantil como cualquier daño ya sea físico, psicológico o social no accidental ocasionado a un menor, por sus padres o cuidadores, instituciones o la propia sociedad, como resultado de acciones físicas, sexuales, emocionales o negligencia de omisión o comisión.

En 1946 John Caffey, Radiólogo Pediátrico, describió un cuadro clínico en niños afectados de hematoma subdural y fracturas múltiples de origen probablemente traumático. F. Silverman años más tarde reconoce que los causantes de los traumatismos podían ser los padres por actitud negligente o descuido, cuando no por agresión deliberada. En 1957 Caffey describe las típicas fracturas del maltrato denominadas en esquina y en asa de cubeta, término de "niño sacudido".

El maltrato se clasifica de dos formas diferentes:

- Según su mecanismo de producción: físicos (incluido el síndrome de Münchausen por poderes, por negligencia y abandono), psicológicos, emocionales y sexual.
- Según el entorno en el que se producen : maltratos intrafamiliares (que suelen ser los mas frecuentes) y maltratos extrafamiliares.

2 Objetivos

- Considerar la utilización de la radiología como parte fundamental para el diagnóstico del abuso físico en niños, sobre todo en niños muy pequeños.
- Orientar al médico valorador hacia un diagnóstico seguro y evite errores diagnósticos, logrando poner en evidencia dichos casos de agresión infantil, evitando que se presente en los menores nuevas situaciones de riesgo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en diferentes manuales sobre protección radiológica, revistas médicas y en buscadores como Google académico y Pumbed, utilizando como palabras clave “maltrato infantil”, “traumatismo craneoencefálico infantil”, “patrones radiológicos” y “lesiones físicas en niños”.

Se emplean como criterios de inclusión: textos gratuitos en castellano; y como criterios de exclusión: textos publicados previamente al año 2001.

4 Resultados

Las fracturas en niños menores de 1 año son escasas por lo que debe hacernos sospechar. A los menores de 2 años en los que hay sospecha de maltrato se le realizará una serie esquelética de radiología simple que consta de:

- Radiografía de cráneo (anteroposterior, lateral y Towne).
- Radiografía de columna cervical
- Radiografía de Tórax (Anteroposterior)
- Radiografía Tóraco-lumbar (incluyendo la pelvis)
- Radiografía de las extremidades: superiores en las que se incluirán la cintura escapular y las manos. Inferiores en las que se incluirá el raquis lumbar, pelvis y pies.

Si están entre 2 y 5 años se les hará primero una clínica y a partir de ella se les realizará el estudio radiográfico.

Una vez se hayan realizado las radiografías para poder datar las lesiones se debe tener en cuenta:

- Entre los 5 y 10 días de la lesión, aparece el hueso nuevo perióstico.
- Entre los 10 y 14 días se forma el callo blando.
- Entre los 15 y 21 días aparece el callo duro.

Además de la radiología simple, algunos estudios son combinados con la tomografía Computarizada (TC) y la Resonancia Magnética Nuclear (RNM), que son utilizadas para descartar lesiones del sistema nervioso central (SNC). La Tomografía Computarizada se utiliza para diagnosticar hemorragias subaracnoideas y lesiones en la bóveda craneal. La Resonancia Magnética Nuclear es eficaz para lesiones cerebrales profundas, determinar la antigüedad de las acumulaciones líquidas extracelulares y distinguir entre hematomas subdurales crónicos y atrofia cerebral. La Gammagrafía es útil como prueba complementaria para sospecha de lesiones en el esqueleto apendicular y axial en niños menores de 2 años si no se detecta alteración radiográfica.

Respecto a las imágenes que obtenemos podemos diferenciar varios tipos de lesiones diferentes:

- Lesiones óseas o lesiones metafisiarias: estas lesiones son casi exclusivas de menores de 2 años. Ocurren frecuentemente en el fémur distal, tibia proximal o distal y húmero proximal, adoptando las formas de fracturas metafisiarias descritas como en "asa de cubeta" o en "esquina metafisiarias" que son imágenes distintas provocadas por la variación en la proyección radiológica de las fracturas descritas por Salter y Harris como del tipo II, que tienen su origen en movimientos bruscos de estiramiento y torsión simultánea provocados al coger por las extremidades a los niños para balancearlos, golpearlos contra algún objeto o proyectarlos a distancia. Los niños que han sido sometidos a maltrato físico, con mecanismo de producción consistente en la rotación del cuerpo, cogiendo al niño por la extremidad, que a los pocos días aparecían, en ambas tibias unos levantamientos periósticos, de tipo sólido o laminar, que considera patognomónicos del maltrato, y que no se observan en los peronés, al estar estos protegidos por la masa muscular.
- Lesiones costales: Las fracturas costales de aspecto posterior de los arcos costales y las fracturas de la primera costilla son las más específicas del abuso infantil, también se conocen de manera simultánea las fracturas de costillas adyacentes y de manera bilateral. Estas fracturas se visualizan como líneas radiolúci-

das a través de las costillas. Cuando las costillas son únicamente fisuradas son difíciles de diagnosticar, por lo que será necesario hacer un seguimiento radiológico para identificar signos de consolidación de callo óseo y formación de nuevo hueso subperióstico. El aplastamiento vertebral en forma de cuña es un hallazgo bastante característico del maltrato, siendo su origen la hiperflexión hiperextensión forzada al coger al niño por la cabeza y las piernas para golpearlo contra algún objeto. El golpe directo en esta zona puede producir, igualmente, fracturas, a veces, con luxación y lesión medular. o - Lesiones craneales: estas lesiones pueden ser debidas a fracturas craneales, como son fracturas múltiples (relacionadas con un trauma reiterado), fracturas estrellas (secundarias a impacto con objeto contundente), fractura continua (más de un fragmento), fractura occipital (requiere una enorme fuerza de impacto) y fracturas asociadas a signos de hipertensión endocraneana (separación de suturas y ensanchamiento de surcos).

- Lesiones viscerales: estas lesiones no son tan frecuentes como las lesiones óseas, pero sin embargo presentan una elevada mortalidad, debido al retraso en la búsqueda de estas lesiones.

El órgano abdominal que presenta más complicación es el intestino delgado, produciéndose lesiones como hematomas, laceración, lesión del mesenterio y estenosis postraumáticas. El yeyuno proximal y el duodeno son los segmentos mas afectados. Otro de los órganos implicado es el páncreas produciendo pancreatitis y pseudoquistes pancreáticos.

Las principales causas de estas lesiones son el trauma abdominal contuso y la desaceleración.

Los síntomas del traumatismo abdominal son:

- Hematomas (dolor abdominal y vómito por obstrucción).

- Perfor

- Pancreatitis (vómito, fiebre, dolor abdominal y aumento de la amilasa sérica)

- Lesiones del Sistema Nervioso Central: para el estudio del sistema nervioso central el método de elección es la Tomografía computarizada, detectando si hay hemorragias, edema y encefalopatías hipóxico-isquémicas. La resonancia magnética nuclear es utilizada para detectar presencia de pequeñas hemorragias subdurales, contusiones y laceraciones corticales no visibles en la tomografía computarizada, puesto que son las que dejan mayor número de secuelas. La resonancia magnética nuclear permite determinar con exactitud la edad de los hematomas subdurales y diferenciar los crónicos de higromas quísticos formados por el líquido cefalorraquídeo. La secuencia T2 de gradiente permite evaluar regiones de susceptibilidad magnética diferentes como la hemosiderina, que es

útil en la detección de hemorragias antiguas. Las imágenes de difusión se utiliza para la detección del daño axonal difuso en la etapa precoz. La necrosis cortical son el resultado de la estrangulación y puede ser detectada en imágenes potenciadas en T1.

5 Discusión-Conclusión

Cuando existen fracturas metafiso-epifisarias, en menores de 9 meses, fracturas costales (sobre todo en menores de 3 años), fracturas vertebrales en lactantes y la evolución de fracturas antiguas debe hacernos sospechar de maltrato.

Ante la presencia de cualquier menor con lesiones físicas sospechosas, lesiones mínimas o sin manifestaciones aparentes, pero del cual se sabe o se sospecha que es maltratado, se debe de poner en marcha un protocolo de actuación coordinado con diferentes profesionales de otros sectores.

6 Bibliografía

1. Gómez, I., Serrano, M. C. y M. Martínez. (2006). Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. *Cuad Med Forense*, 12(43-44), 21-37.
2. Chaves, A. (2001). Valoración médico legal de las víctimas del Síndrome de Münchhausen por poderes. Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración de la Comisión del Sistema de Estudios de Posgrado en Medicina Legal para optar por el grado de Especialista en Medicina Legal. Heredia, C.R., UCR.
3. Perez Candela, Victor. Las claves del maltrato. Actualización SERAM 2010. De la clínica a la imagen pediátrica. Lo que todo radiólogo debe conocer. Capítulo 7 (63-69).
4. Gómez de Terreros. diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. *Cuad Med Forense* 2006; 12 (43-44):21-37.

Capítulo 670

FROTIS SANGUÍNEO: ALTERACIONES DE LOS HEMATÍES.

DANIEL CORDERO CHOI

1 Introducción

El frotis de sangre periférica nos permite observar microscópicamente las diferentes células que contiene y nos da información acerca del color, tamaño y forma de las mismas. Durante el examen se pueden observar 3 tipos de células presentes en la sangre, hematíes, leucocitos y plaquetas, y cualquier variación en las características de estas células se considera algo anormal y puede indicar alguna patología.

2 Objetivos

- Establecer las diferentes alteraciones que se pueden observar en los hematíes mediante el examen microscópico de un frotis sanguíneo, a los técnicos especialistas de laboratorio (TEL).

3 Metodología

Se va a realizar un estudio a través de un cuestionario para la valoración de los conocimientos de los TEL en los principales hospitales del país, y seguidamente se les impartirá una charla formativa sobre las características macroscópicas y microscópicas del frotis sanguíneo, con una duración de 45 minutos. Posteriormente se revalorará sus conocimientos objetivándose si han mejorado o no, además de

si consideran útil la formación impartida para su trabajo diario. Esta formación se llevará a cabo durante 3 meses.

4 Bibliografía

- <http://www.scielo.org.co/pdf>
- <https://www.monografias.com/>
- <https://accessmedicina.mhmedical.com>

Capítulo 671

ESTUDIO DE LA ORINA

DANIEL CORDERO CHOI

1 Introducción

El análisis de orina es una de las pruebas más realizadas en un laboratorio de diagnósticos, y sus resultados pueden ayudar para conocer el estado de los riñones, el impacto de algunas enfermedades, detectar diferentes sustancias e incluso para la detección de gérmenes patógenos.

2 Objetivos

- Mejorar los conocimientos del técnico especialista en laboratorio (TEL) en los distintos tipos de análisis y de los elementos formes presentes en el estudio de una muestra de orina.

3 Metodología

Se va a realizar un estudio a través de un cuestionario para la valoración de los conocimientos de los TEL en los principales hospitales del país, y seguidamente se les impartirá una charla formativa sobre las características macroscópicas y microscópicas del sedimento urinario, con una duración de 45 minutos. Posteriormente se revalorará sus conocimientos objetivándose si han mejorado o no, además de si consideran útil la formación impartida para su trabajo diario. Esta formación se llevará a cabo durante 3 meses.

4 Bibliografía

- <https://www.abm.org.ar/>
- <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v61n10/03.pdf>
- Strasinger S., Di Lorenzo, M. *Ánàlisis de orina y delos líquidos corporales* 5º Edición
- <https://www.reumatologiaclinica.org/>

Capítulo 672

MICROBIOLOGÍA: ESTUDIO DE LAS BACTERIAS.

DANIEL CORDERO CHOI

1 Introducción

Las bacterias son organismos procariotas unicelulares, que se encuentran en casi todas las partes de la Tierra. Son vitales para los ecosistemas del planeta, algunas especies pueden vivir en condiciones realmente extremas de temperatura y presión. El cuerpo humano está lleno de bacterias, tanto es así, que hay más bacterias que células humanas.

La mayoría de estas bacterias no produce daño alguno, es más, algunas son beneficiosas, y otras en cantidad relativamente pequeña, son las que causan enfermedades.

2 Objetivos

- Aumentar el conocimiento del técnico especialista de laboratorio (TEL) respecto a las diferentes pruebas de estudio de las bacterias.

3 Metodología

Se va a realizar un estudio a través de un cuestionario para la valoración de los conocimientos de los TEL en los principales hospitales del país, y seguidamente se les impartirá una charla formativa sobre las características macroscópicas y microscópicas de la flora bacteriana así como de las pruebas a realizar (cultivos,

incubación, tintines, etc) con una duración de 45 minutos. Posteriormente se reevaluará sus conocimientos objetivándose si han mejorado o no, además de si consideran útil la formación impartida para su trabajo diario. Esta formación se llevará a cabo durante 3 meses.

Se ha reunido la información mediante la investigación de la literatura científica en libros de texto y artículos científicos existentes.

4 Bibliografía

- <https://www.seimc.org/>
- <http://www.higiene.edu.uy/>

Capítulo 673

AUMENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN JÓVENES

DIEGO PINTO CASTRILLÓN

1 Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) en las últimas 3 décadas se ha comportado como una auténtica epidemia, inicialmente más marcada en los países desarrollados, aunque actualmente se evidencia también en los países no industrializados. En relación con la edad de aparición de la DM 2, el grupo de edad que reúne mayor número de casos es el de los adultos entre 40 y 59 años. Este hecho ha despertado gran interés en los últimos años en varios países, por observarse un aumento constante en las personas menores de 20 años de edad, a tal punto que ha pasado a ser de una condición clínica previamente casi desconocida en edades pediátricas, a una realidad, incluso en algunos países actualmente es más frecuente que la diabetes mellitus tipo 1 (DM 1). Aunque clásicamente la DM 2 ha sido considerada un síndrome de personas adultas, en el año 1916 ya Reisman había reconocido que en algunos niños con diabetes mellitus (DM) las manifestaciones clínicas eran leves y tenían una progresión lenta, similar a lo que ocurre en los adultos.

2 Objetivos

- Encontrar los principales motivos por los cuales la DM2 ha ido en aumento con el paso de los años en personas menores de 20 años.

3 Metodología

La búsqueda ha sido realizada en “pubmed”, “google académico” y “preevid”. Como criterios de inclusión he usado la población adulta, idiomas inglés y castellano y el texto gratuito. Como criterios de exclusión aquellos trabajos publicados antes de 2002. Como descriptores se han empleado: “diabetes”, “jóvenes” “diagnóstico”.

4 Resultados

Como resultados después de la recopilación de información podemos llegar a conclusión de cuales son los factores que nos han llevado a estos datos:

Obesidad

El progreso de la epidemia de la DM 2 en personas jóvenes está indiscutiblemente asociado al incremento de la obesidad en estas poblaciones. El índice de incremento de la obesidad en algunos países es alarmante. Es conocido que el ejercicio físico sistemático contribuye a mejorar la sensibilidad a la insulina, mientras que, por el contrario, el sedentarismo aumenta el riesgo de DM 2.

El consumo de dieta no saludable (ingestión de grasa animal saturada, de carbohidratos refinados y baja en fibra dietética) favorece la obesidad, la insulinorresistencia a través de la lipotoxicidad. Todo ello se traduce en compromiso de la sensibilidad a la insulina.

Historia familiar de DM 2

El antecedente familiar de DM 2 puede confirmarse entre el 72 al 85 % de los casos. Otros plantean que la frecuencia de antecedentes de DM 2 familiar de primera y segunda línea, se puede encontrar entre 74-100 % de los jóvenes con DM 2. En general, la herencia en estos casos no es autosómica dominante, diferenciándose de la DM de comienzo adulto en el joven, Maturity Onset Diabetes Younger (MODY). Se ha comprobado que los niños afronorteamericanos tienen una sensibilidad a la insulina disminuida, cuando se comparan con niños europeo-americanos. Estas observaciones sugieren una base genética para el desarrollo de DM 2 en estos grupos de edades.

La historia familiar de DM 2 se asocia a un 25 % de la disminución de la sensibilidad a la insulina en niños no diabéticos afronorteamericanos, cuando se comparan con aquellos sin antecedentes familiares de DM 2.

Pubertad

La mayoría de los jóvenes con DM 2 se diagnostican en edades cercanas a la pubertad o durante este periodo fisiológico. Se ha observado que la sensibilidad a la insulina está disminuida en un 30 % en los adolescentes, cuando se compara con niños prepúber y adultos jóvenes. Estas alteraciones se ven favorecidas, en parte, por los cambios hormonales que se producen en la pubertad, como es el aumento transitorio de la hormona del crecimiento (GH) y/o del factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGF-1).

Género

Se comunica que la DM 2 se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres.

5 Discusión-Conclusión

Podemos llegar a la conclusión de que aunque pueda haber casos de DM2 por causas genéticas, la mayoría de los factores que contribuyen a ella son por el modo de vida. La cual se caracteriza por una vida sedentaria, con una mala dieta abundante en comida procesada y poca fibra, a la vez que no se practica el ejercicio necesario para quemar todas las calorías extra ni para evitar la obesidad.

6 Bibliografía

1. González P, Cabrera E. Resistencia a la insulina e historia familiar de diabetes en niños y adolescentes obesos con acantosis nigricans y sin ella. Cuba: Revista cubana de endocrinología; 2011.
2. Frenk P, Márquez E. diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes. México: Medicina en México; 2010.

Capítulo 674

FRACTURAS EN EL NIÑO. PRINCIPALES LESIONES TRAUMÁTICAS.

PABLO RODRÍGUEZ NEIRA

1 Introducción

Antes de la hablar de las fracturas, hay que saber que el esqueleto de un niño va creciendo y madurando con la edad, por lo que debemos conocer las fases de maduración ósea para poder identificar correctamente lo que es anómalo de lo que no lo es y así poder hacer un buen uso de la radiología diagnóstica.

Debemos aclarar que el cartílago tiene densidad agua, cuando va mineralizando aparecen núcleos de densidad calcio.

En el niño, las estructuras más importantes de la pelvis son cartilaginosas y, por lo tanto, radiológicamente invisibles, sobre todo la cabeza del fémur y el acetábulo.

Crecimiento y maduración ósea. La maduración ósea se hace en 3 fases:

- Maduración prenatal: se osifican los modelos cartilaginosos diafisarios.
- Maduración postnatal: se osifican los huesecillos del tarso y del carpo
- Maduración de la adolescencia: se osifican los cartílagos de crecimiento.

2 Objetivos

- Identificar las principales fracturas en los niños.
- Conocer las principales lesiones traumáticas en los niños.
- Analizar la incidencia de las lesiones traumáticas en los niños.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos como son Google académico, Pubmed, Scielo. Los descriptores que se han utilizado han sido los siguientes: fracturas, niños, lesiones traumáticas, traumatismos del parto.

4 Resultados

Con respecto a las principales lesiones traumáticas en niños se han hallado los siguientes resultados:

- Traumatismos del parto: su incidencia se estima en 2-7%. Algunos signos pueden ser considerados normales, como el caput succedaneum, el edema y las petequias o las partes procedentes del parto.
- Desprendimiento epifisario de la cabeza del fémur: puede sobrevenir al adolescente entre los 10 y 15 años, muy a menudo obeso y después de un traumatismo mínimo.
- Síndrome del niño apaleado: radiológicamente estos niños presentan un cuadro donde los traumatismos son múltiples y tienden a superponerse sobre huesos de densidad y arquitectura normal.
- Fracturas de la marcha: estas fracturas se dan después de una marcha prolongada cuando los niños empiezan a andar. Se caracterizan por un dolor y una impotencia funcional discretos.

5 Discusión-Conclusión

Cuando se habla de fracturas en niños hay que tener en cuenta que el esqueleto de un niño va creciendo y madurando con la edad, no es igual que el de un adulto. Va sufriendo cambios y evolucionando a medida que van transcurriendo los años, por lo que debemos conocer las fases de maduración ósea para poder identificar correctamente lo que es anómalo de lo que no lo es y así poder hacer un buen uso de la radiología diagnóstica.

6 Bibliografía

- Green, Neil E., and Marc F. Swiontkowski. Traumatismo esquelético en niños. Ed. Médica Panamericana, 2000.
- CABnEnÁ, JA HEnNANDEZ. "Osteosíntesis percutánea en fracturas diafisarias de antebrazo en niños y adolescentes." Rev. Esp. de Cir. Ost 12 (1977): 321-334.

- Guerrero-Cazares, María Felicitas, and Francisco Delgado-Guerrero. "Clasificación actual del síndrome del niño maltratado." *Revista del Hospital Juárez de México* 79.1 (2012): 43-47.
- Santiago-Ortíz, Ramón, Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán, and Roberto Rodríguez García. "Frecuencia de niños atendidos por lesiones esqueléticas accidentales en un Hospital General." *Revista Mexicana de Pediatría* 67.3 (2000): 103-106.
- Vega-Caicedo, Ricardo, Daniel Francisco Piñeros-Ramírez, and José Armando Amador-Gutiérrez. "Descripción epidemiológica y evaluación de los desenlaces de interés de las fracturas del tercio superior del húmero en niños." *Revista de la Facultad de Medicina* 62.3 (2014): 347-353.
- Redon-Tavera, Antonio, et al. "Densidad mineral ósea, estado nutricional y fracturas de huesos largos en niños." *Investigación en Discapacidad* 3.4 (2014): 168-176.

Capítulo 675

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT O TRABAJADOR QUEMADO

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

NATALIA TAMÉS RIESGO

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

1 Introducción

En la actualidad el mundo laboral presenta determinadas características que resultan novedosas y que quizá por haber sucedido de una manera rápida y brusca en nuestras vidas como trabajadores, originan que aparezcan problemáticas psicosociales que tienen una estrecha relación con el estrés laboral.

Recibe distintos nombres como: “estar quemado”, “desgaste emocional”, etc pero en realidad se trata de que aquellas personas, sobre todo las que se dedican a labores de ayuda a los demás como son el personal trabajador de hospitales o centros de salud, entre otros, que requieren una gran implicación emocional con problemas tanto físicos como mentales de otras personas que acuden a ellos en busca de ayuda. Esto puede minar de manera considerable la energía de estos trabajadores y hacer que no puedan ejercer apropiadamente su profesión y es también generador de conflictos interpersonales e indeseadas bajas laborales.

Muchas veces lo que se necesita es una reestructuración de las tareas y funciones o un cambio en el ambiente de trabajo que haga que se recupere el gusto por el

trabajo y se recuerden aquellas ideas primigenias que hicieron que ese trabajo resultase agradable y gratificante tanto para quien lo ejerce, como para las personas que resultan beneficiadas del buen hacer de esos profesionales que se encargan de su salud.

El síndrome de Burnout se considera hoy en día uno de los principales problemas que encontramos en salud mental y suele ser el inicio de patologías psicológicas más importantes.

2 Objetivos

- Identificar las señales que nos indican un trabajador con síndrome Burnout y describir las técnicas que podemos usar para superarlo.

3 Metodología

Como método de trabajo empleamos una amplia revisión teórica de distintas fuentes entorno al tema del síndrome de Burnout.

Se emplean como motores de búsqueda diversos artículos, libros y páginas web de organismo oficiales e igualmente se hace una exhaustiva revisión bibliográfica en las bases de datos: Dialnet, Cuidagte, Enfispo, Pubmed y Lilacs. Hemos empleado palabras clave y tesauros relativos al tema a estudio y con este método conseguimos acceder a unos 15 documentos de los que hemos escogido unos 4 para plasmar la información que nos ha parecido más útil para elaborar el presente capítulo.

4 Resultados

El síndrome del quemado o del profesional agotado se manifiesta en forma de síntomas tanto físicos como mentales que pueden empezar de manera lenta y asumible pero ir desarrollándose y acumulándose hasta alcanzar dimensiones que ya no es posible manejar, incluso llegando a la agresividad manifiesta. Es por ello muy importante identificar cuáles son esos síntomas lo más pronto posible y actuar sobre ellos en la medida de lo posible. Entre los más comunes se encuentran algunos de tipo físico y psicosomático pero también otros relativos a las relaciones interpersonales: el estrés casi continuo que puede provocar dolores de cabeza o problemas intestinales, mareos, infecciones, alergias o/y alteraciones del sueño. Hay un agotamiento y cansancio continuo, falta de energía para afrontar

el día a día, todo ello consecuencia del agotamiento emocional. Hay una gran negatividad ante las tareas, no pueden concentrarse con facilidad y manifiestan falta de creatividad. Consideran su trabajo estresante y son víctimas de una gran frustración que les hace alejarse de los demás emocionalmente. Las personas que se sienten “quemadas” pueden mostrarse irritables y malhumoradas, están a la defensiva y presentan cinismo, suspicacia y sarcasmo excesivos.

Entre las causas de esta situación de distrés laboral podemos encontrar la presencia de trabajos que exigen gran resiliencia y que requieren mucha concentración, con alta responsabilidad, trabajos de atención al público, o trabajos en los que no tenemos claro que se espera de nosotros o en los que tenemos que afrontar tareas repetitivas, aburridas y carentes de incentivos. Otra causa puede ser un ambiente laboral de acoso, o en el que podemos sentirnos solos o aislados. O también situaciones en las que se dé un desequilibrio entre la vida personal y la vida laboral, dándose una discordancia entre ellas.

Una vez conocidos los síntomas y las posibles causas, nos podemos hacer una idea de cómo podemos hacer para superar esa sensación de “quemado” laboralmente hablando. Lo primero sería analizar qué es lo que hace que nos sintamos así, cuáles son los factores estresantes o agobiantes. Lo siguiente es pensar que si estamos padeciendo un Burnout lo primero es descansar y tratar de desconectar de esa situación que nos produce estrés, quizá nos convenga revisar nuestras tareas y tratar de delegar para reducir nuestra carga de trabajo. Tendremos que tratar de establecer un equilibrio entre nuestra vida personal y la laboral y hacer una clasificación de prioridades en nuestra vida. A nivel físico conviene que hagamos una buena combinación de alimentación, ocio, técnicas de relajación y ejercicio físico. Y por último deberemos buscar apoyo en nuestro entorno y si es necesario a nivel profesional, tratando de entrenar nuestra inteligencia emocional y gestionando nuestras emociones y practicando comportamientos asertivos. De esta forma seremos capaces de expresar lo que nos disgusta de manera adecuada para que no produzca situaciones de conflicto ni con nosotros mismos ni con los demás.

5 Discusión-Conclusión

Una vez conocidos los indicadores de estrés o violencia en el trabajo, se debe hacer una evaluación de los riesgos psicosociales en que puede derivar en cada puesto específico, aunque en realidad no es algo que afecte a un solo puesto de trabajo sino que se trata más bien de una situación de conflicto organizativa y a

nivel de relaciones interpersonales.

Descubierto el problema deberemos adoptar una serie de medidas, tanto a nivel individual como del entorno, que impliquen una serie de acciones antiestrés o anti-violencia psicológica, frenando a tiempo el problema y sin ignorarlo esperando a que pase, antes de que las consecuencias de la situación de distrés desemboquen en problemas mayores que repercutan negativamente en el buen hacer diario.

6 Bibliografía

- BOSQUE, MARISA (2007). ¡Que no te pese el trabajo! Cómo combatir el estrés y la ansiedad en el ámbito laboral: mobbing, estar quemado, tecnoestrés. EDICIONES GESTIÓN 2000.
- GIL-MONTE, PEDRO R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. PIRÁMIDE.
- SANDRÍN, LUCIANO (2005). Ayudar sin quemarse: Cómo superar el Burnout en las profesiones de ayuda. SAN PABLO.
- Acoso Psicológico en el Trabajo. Diario de Incidentes. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010.

Capítulo 676

SEGURIDAD EN EL ÁREA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA

MARIA JOSEFA FERNÁNDEZ ROSAL

1 Introducción

La importancia de la seguridad y calidad en la sanidad es incuestionable. Por tanto, también en el área de la Resonancia Magnética (RM) debemos ser cuidadosos y estrictos con las normas y precauciones. Es fundamental conocer los riesgos asociados a ésta técnica, tanto para los trabajadores como para los pacientes, que pueden ser fácilmente evitables, conociendo e informando a unos y otros.

2 Objetivos

Identificar las principales fuentes de riesgo en una unidad de RM. Para ello se deben determinar las pautas de actuación con los pacientes. Con esto se obtendrá una mejor calidad del estudio y se evitarán accidentes innecesarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la unidad de RM hay objetos ferromagnéticos externos al paciente que pueden suponer riesgos potenciales como: camillas, bombonas de oxígeno, llaves, tijeras, clips, etc. Además hay también objetos ferromagnéticos internos al paciente como pueden ser: marcapasos, válvulas cardíacas, clips vasculares, prótesis metálicas o audífonos.

Esta unidad está dividida en zonas:

- Zona I: acceso libre.
- Zona II: área de transición entre zonas restringidas. En ella el paciente debe moverse bajo supervisión del personal de RM.
- Zona III: área de riesgo. Restringido al acceso de público incluido personal administrativo y hospitalario. Controlada por técnicos de RM.
- Zona IV: sala de exploración que contiene físicamente el equipo de RM. Claramente señalada como potencialmente peligrosa y tiene un dispositivo luminoso que indica el funcionamiento permanente del imán.

Además hay una zona de información al paciente donde se entrega la documentación con las características de la prueba, su utilidad diagnóstica y los posibles riesgos. También se entrega el consentimiento informado y el cuestionario que debe rellenar antes de realizar la prueba.

5 Discusión-Conclusión

La información al personal y al público reduce los riesgos derivados del equipo de RM. Además se consigue que los pacientes colaboren en la realización del estudio y favorece el adecuado diagnóstico por parte del radiólogo responsable.

6 Bibliografía

- Bayarri, Á. A., Bonmatí, L. M., Lafuente, J., & del Castillo, E. G. (2013). Utilización segura de la resonancia magnética. Recomendaciones prácticas para el personal que trabaja con resonancia magnética. *Radiología*, 55(2), 99-106.
- Pons, R. M., Aznar, E. M., Ballester, V. M., Muñoz, E. A., Mena, D. S., & Aparisi, E. S. (2018). Seguridad en RM. *Seram*.
- Muñoz, S. C., Blanco, C. C., Marcin, J., Álvarez, C. F., & Martínez, J. L. (2014). Contrastes basados en gadolinio utilizados en resonancia magnética. *Radiología*, 56, 21-28.

-Ottolenghi, F. H., Cárdenas, L., Gaibor, M., & Romero, C. E. (2019). Seguridad de la resonancia magnética en pacientes portadores de marcapasos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 44(1), 68-73.

Capítulo 677

LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL DE UN HOSPITAL

LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ

DAVID MARTÍNEZ NIETO

PAULA GARCIA MIRANDA

LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Existe un alto número de casos de infecciones nosocomiales por no llevar a cabo una correcta higiene de manos. El lavado de manos es un procedimiento sencillo y eficaz para la prevención de infecciones. El personal del ámbito hospitalario está en contacto con múltiples gérmenes patógenos, circunstancia que los convierte en potencial portador y transmisor a otros pacientes. La Organización Mundial de la Salud incorpora el lavado de manos con compuesto hidroalcohólico gracias a la gran cualidad que tienen estos jabones líquidos para eliminar virus y bacterias. La higiene de las manos es una medida prioritaria y obligatoria en hospitales para evitar la transmisión de agentes infecciosos

2 Objetivos

-Orientar sobre la forma correcta del lavado de manos para prevenir infecciones en el ámbito hospitalario.

-Analizar la eficacia de un correcto lavado de manos y la importancia de la implicación de los profesionales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La técnica del lavado de manos con gel o solución hidroalcohólica es una prevención segura y efectiva que actúa de manera favorable para prevenir infecciones. Los dispensadores son imprescindibles para una correcta higiene. Se debe aplicar dicha solución desde puntas de dedos hasta los codos. El lavado debe tener una duración mínima de 90 segundos y las manos siempre deben estar un nivel por encima de los codos. No es necesario el secado con toallas ni papel.

5 Discusión-Conclusión

Con el correcto lavado de manos se pueden prevenir muchas infecciones, sobre todo nosocomiales. Muchas de ellas están causadas por patógenos muy virulentos y que pueden producir incluso la muerte por lo que el lavado de manos salva vidas.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 678

REVISION BIBLIOGRAFICA SOBRE LA MEDICINA NUCLEAR

JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS

RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Medicina Nuclear es una especialidad que proporciona informaciones esenciales y funcionales, así como el tratamiento correcto de diversas patologías utilizando para ello radioisótopos, es decir radiaciones nucleares.

Estas radiaciones pueden ser(2):

- Radiación gamma, es decir, radiaciones electromagnéticas.
- Emisiones de partículas alpha o beta.

Estas radiaciones son producidas en ciclotrones y se pueden encontrar en 2 formas químicas:

- Estructuras simples.
- Estructuras complejas, denominadas radiofármacos.

Las enfermedades que la Medicina Nuclear es capaz de diagnosticar son: diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardiacas, enfermedades gastrointestinales, enfermedades neurológicas. Debido a que permite analizar las diferentes actividades moleculares que se producen en el organismo es posible detectar una enfermedad en las primeras etapas.(2)

La Medicina Nuclear utiliza un agente de la imagen(radiofármaco) que es administrado en el organismo a través de una inyección o por vía oral, es capaz de

emitir una señal que es detectada por un dispositivo de detección de imagen que puede ser una gammacámara, un PET/TC o un SPECT.

2 Objetivos

Objetivos Generales:

- Profundizar en el estudio de la medicina nuclear.
- Describir los usos que tiene la medicina nuclear.

Objetivos Específicos:

- Explicar los isotopos utilizados en medicina nuclear.
- Enumerar los beneficios y los riesgos de la medicina nuclear.
- Identificar los equipos utilizados para los estudios de medicina nuclear.

3 Metodología

Se ha obtenido la información recopilando artículos en páginas web de internet a través de buscadores como Google Académico, Pubmed. Se han buscado tanto páginas en castellano como páginas en inglés, utilizando las palabras clave: medicina nuclear, nuclear medicine, spect, pet, gammacámara, diagnóstico por imagen.

4 Resultados

Orígenes de la medicina nuclear.

Los aportes multidisciplinarios de esta especialidad médica, hace que sea difícil para los historiadores determinar el nacimiento de la medicina nuclear. Aún así, se considera que el descubrimiento de la producción artificial de radionúclidos por Frédéric Joliot-Curie e Irène Joliot-Curie en febrero de 1934 y la producción de radionúclidos por el laboratorio nacional de Oak Ridge para uso médico en 1946 fueron los pasos más importantes para la medicina nuclear. El primer contador de centelleo construido por Cassen en la Universidad de California Los Ángeles en 1949 y sus posteriores incorporaciones, amplió la joven disciplina de la Medicina Nuclear en una especialidad de imagen médica completa. El desarrollo de la tecnología de Tomografía por Emisión de Fotón Único permitió la obtención de imágenes tridimensionales.(1)

El concepto de tomografía por emisión y transmisión había sido desarrollado por David E. Kuhl y Roy Edwards ya en la década de 1950. Estas innovaciones llevaron a imágenes de fusión con SPECT y CT por Bruce Hasegawa de la Universidad de California en San Francisco y el primer prototipo de PET/CT por D. W. Townsend de la Universidad de Pittsburgh en 1998. La imagen PET y la imagen híbrida PET/TAC experimentó un crecimiento más lento en sus primeros años debido al coste de la nueva modalidad y a las limitaciones que en un principio tenía el manejo de los radionuclidos necesarios, que se producen en un ciclotrón, y que deben ser rápidamente transportados a las Unidades de Medicina Nuclear.(1)

Usos de la medicina nuclear.

La Medicina Nuclear es utilizada en los siguientes procedimientos:

- Corazón: detección del flujo sanguíneo y de la enfermedad de la arteria coronaria. Permite calcular los daños después de sufrir un ataque al corazón y determinar si es posible someter a un paciente a una intervención para colocar un bypass o una angioplastia, descubrir si existe rechazo después de un trasplante.
- Pulmones: al igual que con el corazón la Medicina Nuclear permite detectar problemas de flujo de sangre y problemas respiratorios así como complicaciones de un trasplante.
- Huesos: permite detectar fracturas, infecciones o artritis. También puede descubrir tumores óseos.
- Cerebro: permite investigar anomalías, convulsiones, pérdida de memoria y alteraciones en el flujo sanguíneo.
- Cáncer: permite ubicar los ganglios linfáticos antes de la cirugía en pacientes con cáncer de mama o de piel.
- Riñones: detecta posibles obstrucciones de las vías urinarias.

Debido a la utilización de estas técnicas los profesionales de la salud han conseguido grandes avances en:

- Comprender los diferentes mecanismos de distintas enfermedades.
- Hallar nuevos fármacos.
- Mejorar los tratamientos para cada paciente.
- Calcular la respuesta a los nuevos tratamientos.(2)

Isótopos utilizados en Medicina Nuclear.

El isótopo que más se utiliza en Medicina Nuclear es el Tecnecio⁹⁹ metaestable (Tc-99m) ya que permite combinaciones con moléculas que permiten realizar estudios del esqueleto, el corazón, el hígado, el bazo, las vías biliares, el tracto digestivo y el cerebro. También son utilizados otros isótopos como el Talio-201 que se

emplea en estudios del corazón, el Galio-67 para detectar tumores, el Indio-111, el Yodo-131 para realizar estudios del tiroides y el Xenon-133 para los pulmones. Todos ellos tienen en común que poseen un periodo de semidesintegración corto.(3)

En el PET(Tomografía por emisión de positrones) se utiliza el Flúor-18 y en los estudios de radioinmunoanálisis el Yodo-125

Beneficios y riesgos de la Medicina Nuclear.

Beneficios:

- Los exámenes de Medicina Nuclear proporcionan información única.
- La Medicina Nuclear brinda información muy útil para el diagnóstico o tratamiento de muchas enfermedades.
- Es más barata que la cirugía exploratoria.
- Es posible identificar enfermedades en los primeros estadios.
- Pueden detectar si una lesión es benigna o maligna por lo que las exploraciones por PET pueden reducir el número de biopsias o pueden señalar la mejor localización para una biopsia.

Riesgos:

- Aunque la dosis que recibe el paciente es muy baja éste está expuesto a una baja radiación que podría ser perjudicial.
- No presenta efectos adversos a largo plazo debido a esa baja exposición a la radiación.
- Las reacciones alérgicas a los radiofármacos son raras y en caso de que se produzcan suelen ser moderadas.
- La inyección puede provocar un leve dolor en la zona en la que se realiza.

Equipos utilizados en Medicina Nuclear.

Gammacámara:

La gammacámara es un dispositivo que captura la radiación emitida por el radiofármaco en la zona de estudio y poder obtener así imágenes de esa zona. Está formada por un detector de centelleo sólido que proporciona información acerca de la posición de la lámina que interacciona con el fotón y de la energía cedida y la dirección de éste. También está formada por un colimador, un tubo fotomultiplicador, un circuito de posicionamiento, un analizador de la altura del pulso y un display o almacenador.(4)

PET/TC 1 (tomografía por emisión de positrones).

Es una exploración no invasiva de diagnóstico por imagen e investigación «in vivo» que es capaz de medir la actividad metabólica del cuerpo humano y que se

realiza en un servicio de Medicina Nuclear. Al igual que el resto de técnicas diagnósticas en Medicina Nuclear, la PET se basa en detectar y analizar la distribución en tres dimensiones que adopta en el interior del cuerpo un radiofármaco de vida media ultracorta administrado a través de una inyección intravenosa. La imagen se obtiene gracias a que los tomógrafos son capaces de detectar los fotones gamma emitidos por el paciente, es decir, que detectan la distribución anatómica de ese radiotrazador y obtienen una imagen de cuerpo entero. El más importante de ellos es el radiotrazador llamado flúorodesoxiglucosa.(5)

La utilización de este radiotrazador ¹⁸FDG en los procesos neoplásicos está basado en el hecho de que en el interior de las células tumorales se produce un metabolismo fundamentalmente anaerobio que incrementa la expresión de las moléculas transportadoras de glucosa. La ¹⁸FDG sí es captada por las células pero al no poder ser metabolizada, sufre un «atrapamiento metabólico» gracias al cual se obtienen las imágenes con las captaciones de esos tejidos. Así, la PET nos permite estimar aquellos focos de crecimiento celular anormal en todo el organismo, en un solo estudio de cuerpo entero y por tanto nos permitirá conocer la extensión de la enfermedad. Sirve además para evaluar en estudios de control la respuesta al tratamiento, al comparar el comportamiento del metabolismo en las zonas de interés entre dos estudios.(5)

SPECT/TC (tomografía computarizada de emisión monofotónica).

EL SPECT/TC es una técnica de imagen de medicina nuclear que utiliza rayos gamma que producen isótopos radioactivos como el tecnecio 99 (Tc99). En él se obtienen imágenes en 2 dimensiones pero también se pueden obtener en 3 dimensiones. La mayor limitación del SPECT es que las imágenes que se obtienen son funcionales por lo que la falta de detalles anatómicos es importante. Es muy importante su uso para distinguir entre tumores malignos y tumores benignos ya que muchos pueden compartir características en estudios realizados en TC y RM.(6)

5 Discusión-Conclusión

Cada día los procedimientos de imagen molecular y nuclear cambian la vida de un paciente. Son técnicas brillantes en medicina que ayudan a diagnosticar diferentes tipos de cáncer, detectar a tiempo y controlar los tratamientos de forma exhaustiva.

6 Bibliografía

1. García D. Historia de la Medicina Nuclear - SAMN Sociedad Andaluza de Medicina Nuclear [Internet]. Samn.es. 2020 [cited 5 January 2020].
2. Heidemeyer P. Medicina nuclear, qué es y para qué sirve [Internet]. Bezzia. 2020 [cited 5 January 2020].
3. User S. 79. ¿Cuáles son los isótopos más utilizados en medicina nuclear? [Internet]. Foronuclear.org. 2020 [cited 5 January 2020].
4. CAMARA GAMMA [Internet]. Medicinayradioterapia.blogspot.com. 2019 [cited 29 December 2019].
5. ¿Qué es y para qué sirve una PET-TAC? [Internet]. Un Rayo de Esperanza. 2020 [cited 5 January 2020].
6. Medicina nuclear: SPECT y PET en tumores primarios del Sistema Nervioso | NeuroWikia [Internet]. Neurowikia.es. 2020 [cited 5 January 2020].

Capítulo 679

CÁNCER DE MAMA: FACTORES HISTÓRICOS Y CULTURALES

ANGELA HERNANDO TEMPRANA

LUZ PEREZ GONZALEZ

1 Introducción

La palabra cáncer proviene del griego y su significado es cangrejo. Se le dio este nombre a la enfermedad debido a que las formas corrientes de cáncer avanzado presentan una morfología con ramificaciones estructurales similares a las de un cangrejo. (1)

Se utiliza la palabra cáncer en neoplasias malignas que derivan de células de origen epitelial o glandular, a diferencia de las producidas por células mesenquimales, denominados sarcomas. El cáncer de mama es una proliferación maligna de las células epiteliales que cubren los conductos y los lobulillos mamarios. Las células mutadas son capaces de dividirse sin ningún orden, pudiendo invadir tejidos y propagándose a otras partes del cuerpo. El cáncer de mama representa más del 90 % de los tumores malignos de esta localización. (2)

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca del cáncer de mama, sus factores de predisposición, los avances en su diagnóstico, tratamiento, así como sus factores históricos y culturales de la enfermedad desde los primeros descubrimientos y diversas teorías encontradas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el cáncer de mama. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se conoce la descripción más antigua del cáncer, sin usar dicho término, aproximadamente en el año 1600 a.C. en Egipto. El papiro Edwin Smith presenta ocho casos de tumores, que fueron cauterizados, y expresa que la enfermedad no tenía tratamiento si la lesión era dura o infiltrante. En la obra de Hipócrates, “Enfermedades de la mujer”, describía diferentes casos de cáncer de mama, afirmando que las lesiones extendidas y profundas no debían ser tratadas. (3)

El primer médico en usar la palabra cáncer para referirse a esta enfermedad fue Galeano, y exponía ideas distintas, pues hacía referencia a la posibilidad de extirpar el tumor con cirugía. La primera intervención quirúrgica registrada con respecto al cáncer de mama se atribuye a Leónidas de Alejandría, médico griego. En el siglo VI, Aecio de Amida presentaba la posibilidad de que existieran afectaciones satélites del cáncer de mama en la axila. Y Pablo de Egina en el siglo VII realizaba investigaciones sobre este hallazgo para perfeccionar el raspado de los ganglios axilares y su estudio. (4,5)

Grandes avances en la ciencia sobre el sistema circulatorio llegaron en el siglo XVII, relacionando los nódulos linfáticos axilares con el cáncer de mama. Se dió paso a la mastectomía moderna con estudios importantes como el “Tratado de las enfermedades del seno y de la región mamaria”, del cirujano Alfredo Velpeau. (5)

En la actualidad, el cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente y con mayor tasa de mortalidad por cáncer en la mujer. (6)

Existen dos tipos de cáncer de mama principales. El carcinoma ductal infiltrante representa un 80 % de los cánceres de mama. El carcinoma lobulillar infiltrante supone de un 10 a un 12 % de los casos. El resto de los casos de cáncer de mama supone menos de un 10%. El origen del cáncer de mama esporádico representa entre un 70 y 80 % de los casos. Con antecedentes familiares atribuido a la mu-

tación de varios genes (herencia poligénica), representa entre un 15 y un 20%. Y el porcentaje de origen hereditario atribuido a la mutación de un solo gen (herencia monogénica), sería entre un 5 y un 10%.

Existen ciertos factores de riesgo en la predisposición de una persona a padecer en algún momento de su vida cáncer de mama.

El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad, aunque se manifiesta de manera más agresiva si aparece en mujeres más jóvenes. La llegada de la menstruación a una edad temprana, la menopausia a una edad tardía o dar a luz a una edad avanzada, exponen el tejido mamario a estrógenos de forma que podrían presentarse riesgos a tener en cuenta y vigilar. (7)

Los antecedentes de algún pariente cercano que haya sufrido cáncer de mama son de por sí un factor de riesgo. Alguna anomalía o patología benigna en la mama debe ser un factor de riesgo a tener en cuenta para realizarse revisiones periódicas de forma preventiva. La terapia de sustitución hormonal en la menopausia y los anticonceptivos orales son elementos de riesgo en la aparición del cáncer de mama. (8,9)

5 Discusión-Conclusión

Socialmente la enfermedad del cáncer de mama tiene una importancia y visibilidad pública muy alta en la actualidad. Cada 19 de octubre se celebra el día internacional de la mujer con la finalidad de sensibilizar a la población sobre la importancia de la enfermedad y la necesidad de seguir investigando. La mama femenina es parte de la estética de una mujer, así que desde un punto de vista menos científico, es parte de la identidad femenina.

Por todos los factores que implica tener cáncer de mama para una mujer, está fuertemente representado por asociaciones, que intentan sensibilizar a la población de las revisiones periódicas, de lo que conlleva sufrirlo, y de la importancia de la investigación para el desarrollo de nuevos descubrimientos sobre la enfermedad. (10)

Se reflejan las primeras teorías sobre el cáncer de mama, y lo que hoy entendemos sobre la enfermedad, aspectos muy diferentes que se han descubierto con tiempo y trabajo de investigación.

6 Bibliografía

- 1 Fernández-Cid Fenollera, Alfonso, y colaboradores (2000). Mastología (2ª edición). Barcelona: Masson S.A. p. 4. ISBN 84-458-0844-3.
- 2 Cáncer de mama. Wikipedia, enciclopedia libre.
- 3 Greaves, Mel (2004). Cáncer, el legado evolutivo. Editorial Crítica. p. 24.
- 4 Fernández-Cid Fenollera, Alfonso, y colaboradores (2000). Mastología (2ª edición). Barcelona: Masson S.A. p. 4. ISBN 84-458-0844-3.
- 5 Junceda Avello, Enrique (1984). Cáncer de mama. España: Universidad de Oviedo. ISBN 84-7468-137-5.
- 6 Frecuencia del cáncer de mama, expresada como casos por 100 000 habitantes por año. Referencia: GLOBOCAN 2008 (IARC) Section of Cancer Information
- 7 LUGONES BOTELL, Miguel y RAMIREZ BERMUDEZ, Marieta. Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama (en español). Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2009, ISSN 0864-2125.
- 8 Página de JAMA para el Paciente. Genética y cáncer de mama (en español).
- 9 «Los anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer de mama.» Rev Panam Salud Publica [online]. 2002, vol.12, n.2 pp. 125-126. ISSN 1020-4989.
- 10 Giraldo-Mora, Clara V. (2009). «Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama.» Revista de Salud Pública(4): 514-525. ISSN 0124-0064.

Capítulo 680

DELIMITACIÓN DE ZONAS EN INSTALACIONES RADIATIVAS

PABLO MACHO JUNQUERA

VANESA ARJONA TUYA

ELIZABETH TRILLO GONZALEZ

EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS

1 Introducción

El uso de generadores de radiaciones ionizantes y de fuentes radiactivas exige que se establezcan medidas de prevención para proteger a los trabajadores expuestos y a la población, con el fin de prevenir la aparición de efectos biológicos estocásticos y limitar la posibilidad de aparición de efectos biológicos no estocásticos que sean consecuencia de la exposición a dichas radiaciones ionizantes. Los daños biológicos producidos por las radiaciones ionizantes en el ser humano dependerán en gran medida de la dosis absorbida por este.

Hay dos tipos de daños: somáticos (los producidos en los tejidos del individuo irradiado) y genéticos (los producidos a nivel celular que producirán daños en futuras generaciones).

La Comunidad Económica Europea, en función de las directrices de las distintas Comisiones Internacionales y a través de Euratom (Comunidad Europea de la Energía Atómica), han establecido las Directivas en protección radiológica que serán de obligado cumplimiento en todos los Estados miembros.

En España, el Reglamento de Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes se aplica a toda actividad nuclear y radiactiva, incluyendo explotaciones de minerales radiactivos, la producción, tratamiento, manipulación, utilización, posesión, almacenamiento, transporte y eliminación de sustancias radiactivas. También es de aplicación a los aparatos productores de radiaciones ionizantes y a cualquier actividad que implique un riesgo que derive de las mismas.

En todas las instalaciones radiactivas hay un cierto grado de riesgo de exposición a las mismas, y se deben tomar medidas tanto de protección como de manejo del aparataje.

Todo espacio donde se manipulen o almacenen radionucleidos o se disponga de generadores de radiaciones ionizantes deben estar perfectamente delimitado y señalizado. La clasificación en distintos tipos de zonas se efectúa en función del riesgo existente en la instalación, cada una de esas zonas debe estar correctamente señalizada para su identificación.

2 Objetivos

- Conocer las distintas zonas delimitadas existentes en las instalaciones radiactivas, su debida señalización, y resumir las medidas de protección radiológica que deben tomarse en ellas.

3 Metodología

Se han utilizado diversos artículos y libros como documentación, cribando entre ellos los más comprensibles y sencillos, siendo Google Académico (de 2008 a 2013) el buscador de referencia. Los descriptores utilizados han sido, entre otros: “protección radiológica”, “radiaciones ionizantes” o “instalaciones radiactivas”.

4 Resultados

A continuación realizaremos un listado de las distintas zonas en las que se dividen las instalaciones radiactivas en función del riesgo de irradiación existente en ellas:

- Zona de Libre Acceso: Es aquella en que es muy improbable recibir dosis superiores a 1/10 de los límites anuales de dosis. En ella no es necesario tomar medidas

de protección radiológica ni señalizarla.

- Zona Vigilada: Es aquella en que no es improbable recibir dosis superiores a 1/10 de los límites anuales de dosis, siendo muy improbable recibir dosis superiores a 3/10 de dichos límites. Se señala con un trébol de color gris-azulado sobre fondo blanco.
- Zona Controlada: Es aquella que no es improbable recibir dosis superiores a 3/10 de los límites anuales de dosis. Se señala con un trébol de color verde sobre fondo blanco.
- Zona de permanencia limitada: Es aquella en la que existe el riesgo de recibir una dosis superior a los límites anuales de dosis. Se señala con un trébol de color amarillo sobre fondo blanco.
- Zona acceso prohibido: Es aquella en la que existe el riesgo de recibir en una exposición única de dosis superiores a los límites anuales de dosis. Se señala con un trébol de color rojo sobre fondo blanco.

El trébol de señalización irá rodeado de puntas radiales si en dicha zona existiera sólo riesgo de irradiación externa.

Si el riesgo fuera únicamente de contaminación, el trébol estará sobre un fondo punteado. Si el riesgo fuera tanto de contaminación como de irradiación externa, el trébol estaría sobre fondo punteado y rodeado de puntas radiales.

5 Discusión-Conclusión

Para el trabajador de las instalaciones radiactivas es muy importante identificar y conocer las zonas en las que trabaja, tanto por su propia seguridad como por la propia de los pacientes a los que atiende y del público y medio ambiente en general. En consecuencia, toda instalación de esas características ha de estar correctamente delimitada y señalizada, y además de eso se deberán tomar las medidas de protección pertinentes.

En el caso de ser una zona con riesgo de Irradiación externa, tendremos en cuenta:

- Limitar tiempo de exposición.
- Utilizar pantallas o blindajes de protección.
- Distancia adecuada a la fuente de radiación.

En caso de que el riesgo sea de Contaminación:

- Protección de las instalaciones, zonas de trabajo y normas generales.
- Uso de protecciones personales.

6 Bibliografía

1. Benés, A. P., & Carrera, E. G. (2003). NTP 304: Radiaciones ionizantes: normas de protección.
2. Núñez, M., UdelaR, M., & de ALASBIMN, U. D. T. (2008). Efectos biológicos de las radiaciones–Dosimetría. Escuela Universitaria de Tecnología Médica UdelaR, Montevideo, Uruguay. Comité de Tecnólogos de ALASBIMN.
3. Carrasco, J. A. C. (2006). Condiciones operativas y de seguridad en instalaciones radiactivas. *Técnica Industrial*, 263, 53.
4. Supervisora, I. R. C., Muñoz, S. M., Operadora, I. R. C., Salinero, A. G., & Director, I. R. C. (2013).

Capítulo 681

LA ICTERICIA EN EL RECIEN NACIDO

JOANNA CARDÍN GARCÍA

ANA HUERTA PONTON

SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ

MONICA RIESGO FERNANDEZ

1 Introducción

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas que se produce por un aumento de bilirrubina en la sangre como resultado de ciertos trastornos hepáticos. La bilirrubina es una sustancia amarilla que produce el cuerpo cuando reemplaza glóbulos rojos viejos. El grupo hemo procedente de la hemoglobina y de otras hemoproteínas es eliminado, metabolizado a bilirrubina y transportado al hígado en forma de complejo con la albúmina sérica. En el hígado, la bilirrubina se solubiliza por conjugación del ácido glucurónico para ser transportada por el conducto biliar y eliminada por el tracto digestivo.

Clínicamente, se observa hiperbilirrubinemia en el recién nacido cuando la bilirrubinemia sobre pasa la cifra de 5 mg/dl. Cuando el bebé está en el vientre de la madre, la placenta elimina la bilirrubina del cuerpo del bebé. Después del nacimiento, el hígado del recién nacido empieza a hacer este trabajo y puede pasar un tiempo hasta que pueda hacerlo de manera eficiente, por tanto, es normal que un neonato tenga un nivel de bilirrubina elevado después de su nacimiento.

Del 60 al 70% de los neonatos maduros y el 80% de los neonatos inmaduros desarrollan algún grado de ictericia. Es más frecuente cuando el bebé tiene de 2 a 4 días. La mayoría de las veces, no causa problemas y desaparece al cabo de 2 semanas.

Hay dos tipos de ictericia en neonatos amamantados:

- La ictericia por la lactancia: se observa en bebés lactantes durante la primera semana de vida. Es más probable que ocurra cuando los bebés no se alimentan bien o la leche de la madre es lenta para salir.
- La ictericia de la leche materna puede aparecer en algunos lactantes saludables después del día 7 de vida. Es probable que alcance su punto máximo durante las semanas 2 y 3, pero puede durar a niveles bajos durante un mes o más. El problema puede deberse a la forma en la que las sustancias en la leche materna afectan la descomposición de la bilirrubina en el hígado.

La ictericia será patológica (6% de recién nacidos) cuando se inicie en las primeras 24 horas, se acompañe de otros síntomas, la bilirrubina aumente más de 5mg/dl diarios, sobrepase los límites definidos para ictericia fisiológica, la fracción directa sea superior a 2mg/dl o dure más de una semana en el recién nacido a término o más de dos semanas en el pretérmino.

La ictericia grave del recién nacido puede ocurrir:

- Si el neonato tiene una afección que aumente la cantidad de hematíes que deben ser reemplazados en el cuerpo como formas anormales de las células sanguíneas
- Si hay incompatibilidades del grupo sanguíneo y Rh entre el recién nacido y la madre;
- Por falta de algunas enzimas
- Por sangrado por debajo del cuero cabelludo, causado por un parto difícil.

Una concentración muy alta de bilirrubina en sangre puede llevar a problemas graves. Por eso, los médicos observan atentamente a todos los bebés con ictericia. Es muy importante diagnosticar la ictericia en el recién nacido lo antes posible para poder poner tratamientos adecuados y evitar complicaciones en la salud del neonato.

La ictericia leve desaparece al cabo de una o dos semanas, a medida que el bebé va eliminando el exceso de bilirrubina en sangre por sí solo. A aquellos recién nacidos con ictericia de la lactancia materna, las madres los deben amamantar más a menudo. Si el bebé no está ingiriendo suficiente cantidad de leche materna, el médico puede sugerir completar su lactancia con leche de fórmula.

En los casos de ictericia grave, se requiere de un tratamiento para bajar la concentración de bilirrubina en la sangre del bebé lo antes posible.

2 Objetivos

- Dar a conocer los casos de Ictericia en el recién nacido.
- Ofrecer una explicación clara de esta dolencia.
- Aclarar dudas.

3 Metodología

A los bebés que tengan ictericia les harán análisis de sangre para saber cuál es su concentración de bilirrubina en sangre. A veces, se usa un bilirrubiómetro transcutáneo, que mide y monitoriza en forma precisa y conveniente el nivel de bilirrubina para evaluar el nivel de bilirrubinemia natal. Pero, si la concentración de bilirrubina sale alta en la piel, se debe hacer un análisis de sangre para confirmar el resultado.

La bilirrubina se realiza en suero sanguíneo, para ello se extrae un tubo de sangre sin anticoagulante, con gel separador (tubo de bioquímica), se centrifuga a 3500 rpm durante 10 minutos y así se obtiene el suero sanguíneo.

Se analiza en aparatos bioquímicos por el método diazo colorimétrico. En un medio fuertemente ácido y en presencia de un agente disolvente adecuado, la bilirrubina total se acopla a 3,5- diclorofenildiazonio. La intensidad cromática del colorante azoico rojo es directamente proporcional a la concentración de bilirrubina total y se mide fotométricamente.

A parte de la bilirrubina, en el laboratorio existen exámenes básicos que contribuirán al diagnóstico fisiopatológico, como son:

- Reticulocitos: la muestra necesaria para su análisis es sangre total con anticoagulante EDTA. Se procesa en un analizador hematológico automatizado por el método de citometría de flujo fluorescente.
- Hematocrito: se analiza en un analizador hematológico automatizado por el método de citometría de flujo fluorescente. El hematocrito es determinado directamente basado en el conteo y detección de volumen de cada eritrocito. La muestra adecuada para el análisis del hematocrito es sangre total con anticoagulante EDTA.

- Test de Coombs directo: permite detectar la presencia de anticuerpos unidos a la superficie de los glóbulos rojos. Estos anticuerpos algunas veces destruyen los glóbulos rojos. Para realizar el test de Coombs directo se necesita una muestra de sangre total con anticoagulante EDTA que se enfrentará a suero de Coombs. Si el resultado es positivo indicará que hay presencia de anticuerpos en la superficie de los hematíes.

4 Resultados

Ante unos resultados elevados de bilirrubina, son útiles una serie de medidas:

- Fototerapia. Es el principal tratamiento para la ictericia. Las radiaciones lumínicas dan lugar a la fotoisomerización de la bilirrubina, con formación de fotobilirrubina o luminibilirrubina más hidrosoluble.
- Fenobarbital. Actúa como inductor enzimático, favoreciendo a nivel del hepatocito la captación, glucuroconjugación y excreción de la bilirrubina. Su acción tarda e iniciarse hasta tres días, por lo que se indica en algunos prematuros, síndrome de Grigler-Najjar, y por su efecto colerético en el síndrome de la bilis espesa, tanto de forma profiláctica (hemólisis grave) como terapéutica.
- Quelantes. Actúan impidiendo la nueva absorción de bilirrubina al interferir el círculo enterohepático.
- Seroalbúmina. Fija la bilirrubina indirecta libre. Está indicada antes de la exanguinotransfusión o si existe hipoalbuminemia, especialmente en el prematuro extremo.
- Gammaglobulina endovenosa. Actúa bloqueando la hemólisis en el sistema reticuloendotelial, especialmente en el bazo. Es muy útil en las ictericias hemolíticas por isoimmunización Rh y ABO.
- Estaño-protoporfirina. Este compuesto y otras metaloporfirinas (zinc, manganeso, cromo) tienen una potente acción inhibitoria de tipo competitivo con la hemoxigenasa, por lo que disminuyen la síntesis de la bilirrubina. Son útiles en las ictericias hemolíticas por isoimmunización ABO y en la enfermedad de Crigler-Najjar. Las metaloporfirinas constituyen una alternativa terapéutica prometedora pero no están aprobadas de forma unánime para su uso en neonatos.
- Exanguinotransfusión. Actúa en el tratamiento de la ictericia, mediante la remoción de la bilirrubina. La exanguinotransfusión se procurará evitar, especialmente en el prematuro muy inmaduro, hemodinámicamente inestable o con enfermedad respiratoria grave.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas de prevención son fundamentales en esta patología. Existen diversos factores de riesgo que ayudan a seleccionar aquellos neonatos con mayor riesgo de hiperbilirrubinemia grave. La monitorización de los niveles séricos constituye una pieza clave. Deberá realizarse despistaje de enfermedad hepática en las ictericias prolongadas.

La prevención comienza en el periodo prenatal, en el que se debería realizar a todas las mujeres embarazadas, análisis de grupo ABO y Rh; así como, “screening” de anticuerpos. Si la madre no posee dicho “screening” o si es Rh negativo, se recomienda realizar grupo Rh y examen directo (test de Coombs) a su ingreso en la maternidad. Si la madre es O positivo, es una opción, realizar en el cordón umbilical, grupo y test de anticuerpos.

Debe realizarse una medición de bilirrubina, si la ictericia aparece antes de las 24 horas de vida. Cuando el neonato icterico abandona el hospital antes de las 48 o 72 horas de vida, debería realizarse una revisión de este, entre los 4 y 5 días de vida respectivamente.

Debe aconsejarse a las madres que lactan a pecho, entre 8 y 12 tomas al día en los primeros días de vida del niño; ya que, la ingesta hídrica inadecuada, contribuye al desarrollo de hiperbilirrubinemia. En el caso de ictericia prolongada, por encima de las dos semanas (valorando las características de la ictericia y la aparición de coluria/acolia), debe realizarse examen de bilirrubina conjugada y transaminasas (descartar enfermedad hepática), así como, despistaje de alteraciones tiroideas y galactosemia.

6 Bibliografía

1. Ictericia neonatal, Asociación Española de Pediatría, www.aeped.es.
2. Ictericia neonatal, www.sdielo.edu.uy.
3. Mayo Clinic.
4. Ictericia en los recién nacidos, <http://kidshealth.org>.
5. <https://medlineplus.gob>.
6. Manual de Prácticas Médicas - Hospital Hermanos Ameijeiras.
7. www.sysmex.com.
8. Hoja de técnica de bilirrubina total para analizador Cobas®.

Capítulo 682

IDENTIFICACIÓN DE MICROORGANISMOS EN PREPARACIONES HISTOLÓGICAS

CRISTINA ARCE DÍAZ

JOANA SERRANO ORTIZ

CARMEN VALBUENA ENCINAS

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

Para la identificación de microorganismos en preparaciones histológicas es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Se demuestra la presencia o ausencia de los microorganismos, mediante técnicas específicas, no existe un método general que determine la presencia de varios microorganismos, es decir, hay tinciones para diferenciar Gram positivos de los negativos, los ácido alcohol resistentes de los que no lo son etc.
- Se establecerán sus características morfológicas básicas: en las bacterias observaremos forma cocos (redondeadas), bacilos (bastones) o espiroquetas (en espiral).

En hongos se observarían hifas (filamentos), esporas o una mezcla de ambos.

En el caso de infecciones por virus, al ser estos necesariamente intracelulares, se identificarán por las alteraciones celulares que produce. Se podrán realizar

técnicas de biología molecular (determinación de ADN o ARN) a partir del bloque inicial, aunque el tejido este procesado.

Otro tipo de pruebas para conocer más sobre el microorganismo presente, como cultivos, antibiogramas etc, no será posible desde la preparación histológica, se tendrá que recurrir al tejido inicial sin fijación y en los laboratorios de microbiología, por eso es importante, ante la sospecha diagnóstica de una infección, enviar allí, una muestra.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas/ tinciones más utilizadas para la identificación de microorganismos en preparaciones histológicas.

3 Metodología

Tinción de Gram:

Posiblemente la técnica para determinación de microorganismos más utilizada. Se basa en la diferenciación de las bacterias en dos grupos: Positivos y negativos. El fundamento de esta técnica se basa en una primera coloración con violeta de metilo que teñiría a todas las bacterias por igual, se aplicaría un mordiente (lugol), seguido del paso más importante: la decoloración con alcohol acetona y su posterior diferenciación con rojo neutro.

Las bacterias Gram +, deben este resultado a la presencia de una cápsula rica en grupos sulfhidrilo que no se decolora y por lo tanto no se produce la diferenciación con el colorante rojo. Las bacterias Gram -, si se decoloran y por lo tanto si se diferencian y captan el colorante secundario.

Procedimiento:

1. Desparafinar e hidratar.
2. Violeta de metilo 3 minutos.
3. Solución yodada de Gram o lugol, 3 minutos.
4. Lavar en agua corriente.
5. Diferenciar con el decolorante hasta que se elimine el color inicial.
6. Lavar con agua corriente 5 minutos.
7. Rojo neutro 2 minutos.
8. Lavar con agua corriente.
9. Aclarar con alcohol absoluto hasta eliminar el exceso de colorante rojo.

10. Montar.

Tinciones Ácido-Alcohol Resistentes: la técnica por excelencia es la tinción de Ziehl-Neelsen. Se utiliza para la determinación de micobacterias (*Mycobacterium tuberculosis*, *M. leprae*) que son especialmente difíciles de determinar con la tinción de Gram, pero también tiñe nocardias, actinomicas o criptosporas. Estas bacterias retienen el colorante incluso después de los procesos de decoloración con ácidos o ácidos alcohólicos (por eso son ácido alcohol resistente) debido al ácido micólico presente sus paredes. Su fundamento se basa en la coloración con fucsina que se calienta hasta emitir vapores para que sea más permeable, la decoloración con alcohol ácido y se diferencia con un colorante de contraste como azul de metilo. Las AAR se teñirán de rojo porque retienen el primer colorante. Las NO AAR se teñirán de azul al diferenciarse con el segundo colorante.

Procedimiento:

1. Desparafinar e hidratar, o utilizar cortes por congelación.
2. Fucsina de Ziehl a 60°C 5 minutos con emisión de vapores.
3. Lavar en agua destilada.
4. Diferenciar en alcohol ácido hasta la decoloración completa, alrededor de 5 minutos.
5. Azul de metileno 30 segundos.
6. Lavar con agua destilada.
7. Deshidratar, aclarar y montar.

Tinciones para la determinación de espiroquetas: la técnica más utilizada es Warthin Starry para la determinación principalmente *Treponema pallidum* (causante de la sífilis) y *Leptospira icterohemorrhagica* (causante de la enfermedad de Weil). El fundamento se basa en la apetencia de las espiroquetas por la plata (nitrato de plata), lo que produce que estas se observen en negro sobre un tono amarillo parduzco.

Procedimiento:

1. Desparafinar en xileno e hidratar hasta agua destilada.
2. Lavar bien en solución tampón.
3. Teñir en la solución de plata una hora a 60°C.
4. Continuar con una solución de hidroquinona y otra solución de nitrato de plata 3 minutos a 60°C por cada una
5. Lavar en agua corriente a 60°C.
6. Lavar en solución tampón.
7. Deshidratar, aclarar y montar.

Tinciones para hongos: como ya indicamos podemos identificar los hongos por su estructura, al observarse hifas, esporas o hifas con esporas y el método de elección para su determinación en preparaciones histológicas el método de Grocott.

Procedimiento:

1. Partir de agua destilada.
2. Ácido crómico durante 1 hora.
3. Lavar con agua corriente.
4. Lavar con bisulfito sódico 1 minuto para eliminar el ácido crómico.
5. Lavar con agua corriente.
6. Lavar con agua destilada.
7. Una hora en solución de metamina a 60°C o hasta que las secciones cambien a color marrón-amarillento.
8. Lavar 6 veces con agua destilada.
9. Cloruro de oro.
10. Lavar en agua destilada.
11. Sodio tiosulfato 5 minutos, para extraer la plata no reducida.
12. Lavar en agua corriente 5 minutos.
13. Contrastar con una solución de verde luz 30 segundos.
14. Lavar con agua corriente.
15. Deshidratar, aclarar y montar.

Tinciones para la determinación de virus: debido a la existencia de microscopia electrónica o las técnicas de inmunohistoquímica hacen que hayan sido desplazadas. La técnica más utilizada es la Técnica de Orceína Shikata para determinar virus de la hepatitis B en células hepáticas. Se observarán las células infectadas de color pardo negro sobre fondo amarillento-pardusco.

Procedimiento:

1. Desparafinar e hidratar.
2. Tratar con solución ácida de permanganato 10 minutos.
3. Blanquear en solución de ácido oxálico hasta aclaramiento total.
4. Lavar durante 5 minutos en agua destilada.
5. Solución de orceína a temperatura ambiente 4 horas.
6. Lavar en agua destilada.
7. Deshidratar, aclarar y montar.

Coloraciones para parásitos: los parásitos más habituales son del paludismo, huevos de helmintos y amebas. No existe un método o técnica de tinción específica para parásitos en general por lo que:

Para paludismo se tiñen con Giemsa y el resto con las técnicas de PAS, hematoxilina férrica de Heidenhain y hematoxilina ácida fustotúngstica.

Procedimiento tinción de Giemsa:

1. Desparafinar e hidratar en agua destilada.
2. Lavar en agua destilada.
3. Teñir con solución de Giemsa 2 horas.
4. Diferenciar y deshidratar en acetona.
5. Aclarar con acetona-xileno y montar.

Resultados los parásitos de paludismo se teñirán de color violeta.

Procedimiento tinción de PAS (Ácido peryódico de Schiff):

1. Desparafinar e hidratar.
2. Ácido periódico 5 minutos.
3. Lavado en agua destilada.
4. Reactivo de Schiff de 15 a 30 minutos.
5. 3 baños de ácido sulfuroso de 2 minutos cada uno.
6. Lavar en agua corriente 5 minutos.
7. Hematoxilina de Harris de 30 a 60 segundos.
8. Lavar en agua corriente 5 minutos.
9. Deshidratar, aclarar y montar.

El material PAS+ se teñirá de rojo oscuro a magenta

4 Resultados

Con el conjunto de todas estas técnicas y otras se consigue un mejor diagnóstico para los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas utilizadas siguen siendo fundamentales para el diagnóstico y complementarias de todas las demás técnicas nuevas que se están investigando.

6 Bibliografía

1. Laboratorio de anatomía patológica, Raimundo García del Moral, Interamericana-McGraw-Hill, 1993.
2. Microbiología y parasitología médicas, Llop, Valdés-Dapena y Zuazo. Ciencias medicas 2001.
3. Microbiología médica, Kenneth J. Ryan. Mc Graw-Hill 2005.

Capítulo 683

BLOQUES HISTOLÓGICOS DIFÍCILES

CRISTINA ARCE DÍAZ

JOANA SERRANO ORTIZ

CARMEN VALBUENA ENCINAS

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

Es habitual en los servicios de Anatomía que el técnico especialista se encuentre con determinados bloques histológicos que resultan complicados de cortar. Los motivos pueden ser múltiples, desde fijación errónea, características del mismo tejido, inexperiencia del propio técnico o procesamiento inadecuado.

2 Objetivos

- Descubrir las causas principales y más comunes e intentaremos abordar todas las posibles soluciones para conseguir un corte histológico de calidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En primer lugar, es necesario identificar la causa de la dificultad, comenzando en primer lugar por identificar el número de bloques afectados por la misma causa. Si es un solo bloque o varios de la misma pieza, entenderemos que se debe a las características mismas del tejido, pero si se trata de varios, de distintas procedencias anatómicas o pacientes, debemos pensar en un error en la fijación o procesamiento de las muestras.

En cualquiera de los dos casos es necesario revisar los tiempos de fijación (un error grave de fijación es imposible de rectificar), los tiempos de procesado el estado de los líquidos (demasiados usos o cantidad insuficiente), el programa de procesado (demasiado largo o corto, para este tipo de muestras, fallo de algún tipo, corriente, las muestras no se cubrieron correctamente en la retorta) o incluso la inclusión en parafina (enfriamiento demasiado largo o demasiado corto, temperatura de las parafinas etc).

Resultados.

Bloques aislados o varios de la misma pieza:

En este caso, después de haber descartado todo lo anterior y certificarnos que el problema debe a las características del propio tejido tenemos varias opciones según el problema

Con el micrótopo:

- Habilidad del técnico: Cuanta más experiencia tenga el mismo más fácil resultará enfrentarse a bloques complicados, cambiar de técnico a uno con más experiencia, a veces es la solución mas simple.
- Asegurarse que el micrótopo está en perfectas condiciones, con un mantenimiento adecuado y reajustar las pinzas por si estas están sueltas.
- Cambio de cuchilla: usar una cuchilla nueva, aunque la anterior no se haya usado en exceso, ayuda con bloques complicados.

Sobre el bloque:

- Refrigeración: al manipular los bloques en el micrótopo se puede producir un calentamiento que afecta a que el corte no se pueda realizar con idoneidad, aunque se encuentre en la placa fría o en el refrigerador, sobre todo en tejidos adiposos

como mamas, es recomendable volver a enfriarlos después de devastar, otra vez en placa fría, refrigerador /congelador.

Otras formas de enfriarlos solo un poco, la cantidad justa para poder realizar el corte, como por ejemplo el uso de spray de frio de presión, pero su uso ha de ser siempre limitado puesto que pueden agrietar el bloque al ser un enfriado muy rápido. También se puede usar un paramolde ya enfriado en la placa y por contacto enfriar el bloque directamente en el micrótopo, avistando así quitar y volverlo a recolocar en la pinza, y ganando tiempo

También puede ayudar colocar el bloque sobre la superficie del hielo derritiéndose, ya que además se consigue que rehidrate un poco una fina capa de tejido, que facilitaría el trabajo

- Empapado del bloque y reblandecimiento con diversas sustancias

Con agua helada o fría: como ya comentamos se produciría una rehidratación que facilitaría el corte.

Con descalcificante, como perenyi, en muestras muy duras por queratinización como pieles, uñas etc., el tiempo, seria variable despendiendo de su dureza, comprobando cada poco la evolución para no provocar un reblandecimiento excesivo o que afecte a la configuración del tejido. Se producirá un lavado rápido con agua corriente para eliminar el exceso de producto. Este proceso ayuda sobre unos pocos cortes, ya que el descalcificante penetra un poco en el tejido, no por completo.

En el baño de flotación: A veces si las secciones aparecen muy arrugadas y en el baño de flotación no se rectifica ayuda hacer un pase intermedio en otro baño de agua algo más fría y con una pequeña, muy pequeña cantidad de alcohol, que facilita que los cortes se “estiren”

Bloques incorrectamente procesados solos o en conjunto:

Un error del procesado o las características del tejido hacen que requieran la reconstitución o el reprocesamiento del mismo, según la causa requerirá una solución específica.

- Procesamiento excesivo: El borde del tejido o el bloque en conjunto es: fino, crujiente o quebradizo, cocido, seco y polvoriento. Puede que el reprocesamiento ayude, pero es poco probable, rehidratar el bloque con agua o un agente rehidratante puede servir o con un descalcificante si es muy duro, como ya comentamos anteriormente.

- Procesamiento insuficiente: bloques con el tejido encogido, muy blando, huele

a agente aclarante, el centro de la misma está más blando (crudo) que los bordes, o con zonas de distinta consistencia (con más grasa), o más reducida produciéndose una zona más cóncava, las secciones “transpiran” o se desintegran en la flotación. En estos casos el reprocesamiento es la mejor solución. Si se observa que es por una infiltración incompleta de la parafina, se puede partir de este paso y no reprocesarla completamente.

- Inclusión defectuosa: La superficie del tejido se separa de la parafina, volver a realizar la inclusión y descartar otros problemas.

5 Discusión-Conclusión

Con todos estos procedimientos conseguiremos solucionar muchos de los problemas que se producen a diario. También conseguiremos conocer que procesos pudieron causar estos inconvenientes y así prevenirlos.

6 Bibliografía

1. Laboratorio de anatomía patológica, Raimundo García del Moral, Interamericana. McGraw-Hill. 1993.
2. Bloques difíciles y reprocesamiento: Geoffrey O Rolls. Scientia-Leyca Microsystems' Education Series.
3. Manual de Procedimientos en Anatomía Patológica. Nicolas Vivar Díaz. 2010.

Capítulo 684

IMPORTANCIA DE LOS ANÁLISIS CLÍNICOS EN EL EMBARAZO

SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ

ANA HUERTA PONTON

MONICA RIESGO FERNANDEZ

JOANNA CARDÍN GARCÍA

1 Introducción

El laboratorio de análisis clínicos está presente en todas las etapas del embarazo ya que los resultados de dichos análisis ayudan a proteger la integridad del feto desde el vientre de la madre. Por este motivo, el médico pedirá controles prenatales para evaluar el estado de salud de ambos. Tomando las precauciones necesarios las posibles patologías pueden prevenirse, diagnosticarse tempranamente y/o tratarse.

El médico realiza la petición de determinados análisis dependiendo del trimestre de embarazo en el que se encuentre la gestante:

-Durante el primer trimestre (De la semana 1 a la 13 de la gestación):

Hemograma.

Determinación del Grupo sanguíneo y Factor Rh.

Bioquímica básica (teniendo en cuenta la Glucemia y la TSH).

Serología.

Orina completa (Sedimento) y Urinocultivo.

El Hemograma aporta información sobre los valores de hemoglobina y de los glóbulos rojos para descartar la anemia. El término anemia se refiere a la reducción por debajo de lo normal de la concentración de hemoglobina o de glóbulos rojos en la sangre. La hemoglobina es la encargada de transportar el oxígeno a todos los tejidos. Los procedimientos para el diagnóstico de la anemia pueden incluir análisis de laboratorio adicionales como hierro, ferritina, transferrina, saturación de transferrina, concentración de ácido fólico y de vitamina B12.

La determinación del Grupo sanguíneo permite conocer el tipo de sangre y Factor Rh. Este factor es una proteína que puede estar presente en los glóbulos rojos, la presencia se denomina Rh Positivo y la ausencia Rh Negativo. Su factor Rh desempeñará un papel importante en la salud del feto. Normalmente el grupo sanguíneo del bebé se conoce en el momento de su nacimiento, por lo que es fundamental conocer durante la gestación si la madre ha creado anticuerpos o no al Rh, cuando ella es Rh Negativo y el padre Rh Positivo. Esto es lo que se llama la Incompatibilidad de Rh por lo que se le administrarían dos inyecciones de Inmunoglobulina Rh (anti-D) a la madre durante el embarazo, una alrededor de la semana 28 de embarazo y la segunda 72 horas antes de dar a luz. En el transcurso de la octava o novena semana de embarazo se suele realizar la prueba de Coombs Indirecto, para conocer la presencia o no de anticuerpos que podrían dañar al feto.

La tiroides durante el embarazo es otra práctica comúnmente solicitada durante los primeros controles prenatales, ya que aproximadamente el 3% de las mujeres embarazadas sufre de algún problema de la glándula tiroides: algunas lo tienen antes del embarazo, mientras que otras desarrollan problemas por primera vez durante el mismo o después del nacimiento del bebé. Durante los primeros meses del embarazo, el feto depende de las hormonas de la tiroides de la madre para el crecimiento y maduración de los diferentes tejidos. Por este motivo, se recomienda realizar un screening para disfunción tiroidea determinando TSH (hormona estimulante de la tiroides) y ATPO (Anti-tiroperoxidasa) antes del embarazo o durante el primer trimestre del embarazo (semana 12 a 20). Si se diagnostica hipotiroidismo, la madre debería recibir el tratamiento hormonal sustitutivo con levotiroxina. Dicho tratamiento con levotiroxina en dosis adecuadas no tiene efectos adversos sobre el bebé.

Las infecciones en el embarazo no solo afectan a la madre sino pueden transmitirse al feto provocando inconvenientes en el embarazo, en el parto o en el futuro. La Serología evalúa condiciones que podrían ser peligrosas para la salud del feto.

La madre puede adquirir las infecciones por diferentes vías, entre ellas las más habituales son: a través de transmisión sexual, ingesta de alimentos mal lavados o cocidos y contacto con personas que cursan determinadas enfermedades. La transmisión de estas enfermedades se puede dar por tres vías, que constituyen en conjunto la llamada transmisión vertical. La primera es a través de la placenta (vía transplacentaria), la segunda es en el momento del parto (infección prenatal) y posterior al parto por leche materna o contacto con secreciones materna (post natales).

Dentro de los estudios de laboratorio que evalúan el contacto previo de la mujer con determinados agentes infecciosos, tenemos: rubéola, varicela, citomegalovirus, HIV, hepatitis B, hepatitis C y sífilis (VDRL o RPR).

La Infección Urinaria en el embarazo constituye un peligro para el bienestar del feto. Lo correcto es realizar un estudio inicial durante el primer trimestre y si es negativo repetir en el segundo y tercer trimestre. Este estudio es muy sencillo requiere de una buena higiene con jabón y recolectar la muestra del chorro medio de la micción en un frasco estéril.

En el caso del Urinocultivo, si es positivo, aunque la bacteriuria sea asintomática para la gestante, debe de tratarse con un antibiótico específico para evitar que dicha infección se transmita al feto y disminuir el riesgo de pielonefritis. Después de unos días de finalizar dicho tratamiento se volverá a realizar otro urinocultivo para garantizar que es negativo lo que significaría que dicha infección habría desaparecido.

-Durante el segundo trimestre (De la semana 14 a la 28 de gestación):

Se realizaría otro hemograma, grupo y Rh materno, sedimento y urinocultivo y se sumaría la Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (prueba de O'Sullivan) para saber la capacidad que tiene el organismo de metabolizar la glucosa, control del colesterol, triglicéridos y pruebas para evaluar la función del hígado y riñón.

Durante los últimos meses de embarazo se puede producir la diabetes gestacional, que es una situación metabólica especial en la que se desarrollan cambios hormonales importantes que favorecen el desarrollo de la diabetes. Comienza cuando el cuerpo no es capaz de producir y usar la insulina (hormona que regula los niveles de glucosa en sangre). Al tener la glucemia elevada la mamá, el feto recibe también mucha glucosa (ya que esta atraviesa la placenta). Así el páncreas del feto producirá mucha insulina, para que baje su glucosa.. Todas las embarazadas deben ser estudiadas con una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG), de preferencia durante la semana 24 a la 28 de gestación y luego de la

semana 32 por la mayor influencia de las hormonas placentarias.

Si la prueba da resultados anormales ($>140\text{mg/dl}$ de azúcar en sangre) en la muestra recogida 1 hora después de haber bebido la solución de glucosa (50gr), se deberá de realizar una prueba de tolerancia a la glucosa de 3 horas que consiste en beber otra solución de glucosa mayor (100gr) y tomar muestras sanguíneas a cada hora hasta completar las 3 horas del proceso.

-Durante el tercer trimestre (De la semana 29 a la 40 de gestación):

En esta etapa se pueden solicitar los estudios relacionados con la coagulación, indispensables para el momento del parto (sobre todo si se desea usar la epidural) o cesárea; y también se realiza el análisis microbiológico llamado Canal de Parto que consiste en la determinación de la bacteria *Streptococo agalactiae* del grupo B. Entre la 35ª y 37ª semana de gestación, el médico debe comunicar a toda mujer embarazada la necesidad de realizarlo. Dicho examen es sencillo de realizar ya que consiste en obtener un exudado con un hisopo vaginal y rectal y lo realiza el profesional correspondiente, en este caso ginecología. En el caso que el resultado del análisis sea positivo, la futura madre debe someterse al tratamiento con los antibióticos que corresponde; y si es negativo no habría que tomar ningún tipo de medidas.

Complementando los estudios ya solicitados en trimestres anteriores (hemograma, grupo y Rh materno y sedimento urinario). Repitiendo las pruebas de serología VIH (sida), VHB (hepatitis B) y VDRL (sífilis).

En cada visita prenatal, su profesional puede controlar el nivel de proteínas en la orina mediante una tira de orina y le medirá la presión arterial. La presencia de proteínas en la orina (proteinuria) e hipertensión arterial son síntomas de una condición relacionada con el embarazo llamada Preeclampsia, que se caracteriza por la elevada presión arterial.

2 Objetivos

- Conseguir un embarazo de evolución normal, que culmine con una madre y un recién nacido sano.
- Identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado prenatal. Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de lab-

oratorio y exámenes de ultrasonido. Además es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, unos consejos nutricionales y educación al respecto.

3 Metodología

Cada una de estas pruebas prenatales que se realizan en los laboratorios clínicos a las embarazadas, siguen diferentes métodos:

- El hemograma se realiza en un analizador automatizado con tecnología de citometría de flujo y para medir la concentración de hemoglobina emplea la espectrofotometría de absorción. Para ello se necesita una muestra de sangre total con EDTA como anticoagulante.

- El examen para determinar el grupo sanguíneo se denomina tipificación ABO. Su muestra de sangre se mezcla con anticuerpos contra sangre tipo A y tipo B. Entonces, la muestra se revisa para ver si los glóbulos sanguíneos se pegan o no. Si los glóbulos permanecen juntos, eso significa que la sangre reaccionó con uno de los anticuerpos.

- El segundo paso se llama prueba sérica. La parte líquida de la sangre sin células (suero) se mezcla con sangre que se sabe que pertenece al tipo A o al tipo B. Las personas con sangre tipo A tienen anticuerpos anti-B. Las personas que tienen sangre tipo B tienen anticuerpos anti-A. El tipo de sangre O contiene ambos tipos de anticuerpos.

Estos 2 pasos pueden determinar con precisión su tipo de sangre.

- La determinación del Rh usa un método similar a la tipificación ABO. Cuando se realiza la determinación del tipo de sangre para ver si se posee Rh en la superficie de los glóbulos rojos, los resultados serán uno de estos:

Rh+ (positivo), si tiene proteínas de la superficie de los hematies.

Rh- (negativo), si no tiene proteínas de la superficie de los hematies.

- Los métodos utilizados actualmente para medir la glucosa son enzimáticos. El método de referencia es la hexoquinasa pero el más usado en instrumentos automatizados es la glucosa oxidasa-peroxidasa. Estos dos métodos muestran una muy buena correlación. En este caso la muestra necesaria es suero o plasma.

Además se puede medir glucosa en sangre entera con heparina, suero o plasma utilizando el equipo multiparamétrico de gases por el método del electrodo enzimático. Su medición se basa en el nivel de H₂O₂ producido durante la reacción

enzimática entre la glucosa y las moléculas de oxígeno. La enzima responsable es la glucosa oxidasa. Se observa una buena correlación con el método enzimático automatizado.

Si la Tsh esta elevada en la madre se realiza los anticuerpos anti-TSH durante el último trimestre del embarazo. Estos son anticuerpos del tipo inmunoglobulina G y son capaces de traspasar la placenta y provocar que el feto contraiga la enfermedad tiroidea. Por esta razón, la determinación de los anticuerpos anti-TSH durante el embarazo en pacientes con un historial clínico de afecciones tiroideas es relevante al evaluar el riesgo tiroideo del recién nacido. El método utilizado es por electroquimioluminiscencia. La muestra utilizada es el suero o plasma.

El diagnóstico serológico de la sífilis se realiza utilizando la combinación de una prueba no treponémica (PnT), principalmente Rapid Plasma Reagin (RPR) o VDRL que detectan anticuerpos no específicos y una prueba treponémica como TPHA o FTA-abs que detectan anticuerpos específicos contra la bacteria que produce la sífilis. La muestra utilizada es el suero.

La metodología frecuentemente utilizada para la identificación de las personas infectadas por VIH es la detección de anticuerpos (método indirecto) en el suero o en otros fluidos biológicos como la saliva. Sin embargo, es preferible suero, ya que en el resto de fluidos biológicos la concentración de anticuerpos es menor y hace más difícil su detección, pudiendo dar lugar a falsos negativos. La presencia de anticuerpos anti-VIH indica el estado del portador actual, ya que su presencia no refleja una erradicación del virus dado que no son anticuerpos neutralizantes.

Dentro de todas estas pruebas hay pruebas de cribado (screening), que permiten realizar un gran número de análisis a la vez, y pruebas de confirmación, que presentan una mayor especificidad. La seropositividad frente a VIH se define mediante la demostración de presencia de anticuerpos frente a las proteínas del virus, con reactividad repetida en las pruebas de cribado, y además, en alguna de las pruebas de confirmación. En las pruebas de cribado está muy extendido el uso de ELISAs (por las siglas en inglés “Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay”) de 3ª generación.

En nuestro medio existen muchos sistemas comerciales para el diagnóstico serológico de las hepatitis virales en muestras de plasma o suero. Utilizan diferentes métodos y plataformas y su sensibilidad y especificidad son muy buenas. Para la determinación cualitativa de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C y el virus de la hepatitis B se realizan mediante inmunoanálisis.

- Las tiras reactivas utilizadas en la actualidad proporcionan un medio rápido y simple para llevar a cabo el análisis químico de la orina. Este análisis abarca pH, presencia de proteínas, glucosa, cetonas, hemoglobina, bilirrubina, urobilinógeno, nitrito, leucocitos y densidad. Consisten en una cinta de material plástico, de aproximadamente 5 milímetros de ancho, que constan de unas almohadillas impregnadas de sustancias químicas que reaccionan con los compuestos presentes en la orina produciendo un color característico. Existen tiras reactivas con diferentes objetivos, hay tiras cualitativas que solo determinan si la muestra es positiva o negativa, y hay semicuantitativas que además de brindar una reacción positiva o negativa aproximan un resultado cuantitativo; en estas últimas las reacciones de color son aproximadamente proporcionales a la concentración de sustancia presente en la muestra. La lectura de los resultados se realiza comparando los colores obtenidos con una escala de colores provista por el fabricante o usando aparatos automatizados. La muestra utilizada es orina de micción aislada.
- El urinocultivo consiste en sembrar la muestra en unos medios que son el CLED (medio enriquecido) y MacConkey (medio selectivo) para el diagnóstico microbiológico de infección del tracto urinario. La muestra idónea es la orina de primera hora de la mañana.
- El canal de parto es una técnica microbiológica que consiste en sembrar la muestra en un medio cromogénico que es el Granada para la detección del *Streptococo agalactiae* del grupo B. La muestra utilizada es un exudado vaginal/rectal.

4 Resultados

El feto depende de la sangre materna y la anemia puede ocasionar un nacimiento prematuro o un bebé de bajo peso al nacer, entre otros riesgos. Durante el embarazo, pueden ocurrir cambios en la tiroides. Generalmente no son significativos, pero algunas mujeres tienen enfermedad tiroidea durante el embarazo. El hipertiroidismo ocurre en aproximadamente uno de cada 500 embarazos, mientras que el hipotiroidismo ocurre aproximadamente en uno de cada 250 embarazos. El hipertiroidismo, y menos comúnmente el hipotiroidismo, pueden continuar después del embarazo. Cuando el hipotiroidismo materno no es tratado, el feto puede nacer prematuro, presentar síndrome de distress respiratorio y tener alteraciones en el desarrollo psicomotor a largo plazo. Las madres hipotiroideas pueden presentar dificultad para concebir, mayor frecuencia de abortos y prematuridad, preeclampsia-eclampsia, desprendimiento placentario y hemorragia postparto.

La infección urinaria es responsable de complicaciones prenatales, tales como: amenaza de parto pretérmino, retardo del crecimiento intrauterino y rotura prematura de membranas. Cuando las embarazadas tienen hiperglucemia sus hijos pueden nacer con exceso de peso, pueden tener glucosas muy bajas, mayor riesgo de obesidad o tener más probabilidad de desarrollar diabetes del tipo II al ser adultos. El canal de parto es fundamental para evitar que el feto sufra una infección que lo puede llevar a la muerte, o dejar graves secuelas, como ceguera, sordera, parálisis cerebral y retraso en el aprendizaje.

La Preeclampsia afecta a aproximadamente del 5 al 8 % de las mujeres embarazadas, y si no se la trata, puede provocar serios problemas, incluido el crecimiento insuficiente del feto. Con un diagnóstico y tratamiento tempranos, es probable que la Preeclampsia no represente un riesgo serio para el feto ni para la madre.

5 Discusión-Conclusión

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Estos controles ayudan a identificar pacientes con un mayor riesgo, añaden intervenciones que previenen dichos riesgos y promueven conductas saludables durante el embarazo. Los resultados sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles de embarazo tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que reciben control prenatal. Además de los cuidados médicos, el control prenatal debería incluir educación, soporte emocional y preparación para el parto. Por todo esto la atención y cuidado de las embarazadas es un capítulo esencial en el ámbito de la salud.

6 Bibliografía

1. medlineplus.gov mayoclinic.org ibbiotech.com elservier.es ibcrosario.com vademecum.labdl.com sego.es
2. webconsultas.com wikipedia.org.

Capítulo 685

TEST DE O'SULLIVAN O PRUEBA DEL AZÚCAR

ESTELA LÓPEZ CANO

JENNIFER GARCÍA LÓPEZ

NOELIA CARBAJAL GARCÍA

ANDREA DÍAZ PARIENTE

1 Introducción

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo en mujeres gestantes que nunca antes habían padecido dicha enfermedad. El Test de O'Sullivan es una prueba que se realiza a todas las embarazadas, entre la semana 24 y 28 de gestación, para identificar a mujeres en riesgo de padecer diabetes gestacional, una de las complicaciones más frecuentes en las gestantes, afectando al 10% de los casos (1,2).

Mediante esta prueba se determina la cantidad de glucosa en sangre venosa, una hora después de haber tomado por vía oral 50 gramos de glucosa. En los casos positivos (glucemia plasmática $\geq 140\text{mg/dl}$) se deberá realizar una segunda prueba, denominada el Test de Tolerancia a la Glucosa (TTOG) o Curva de Glucosa, para confirmar el diagnóstico de diabetes gestacional. Esto es algo que ocurre entre el 15 y 23% de los casos.

Se diagnostica diabetes gestacional con dos o más resultados patológicos en el TTOG y la paciente tendrá que ser sometida a tratamiento y seguimiento de la

enfermedad (3).

Aunque el Test de O'Sullivan es una prueba opcional, es muy recomendable ya que la diabetes gestacional aumenta los riesgos en el embarazo y en el parto. Las mujeres menores de 25 años con peso normal y sin factores de riesgo podrían quedar excluidas de hacerse la prueba, aunque en la actualidad se realiza a la totalidad de embarazadas (4).

Factores de riesgo. Existen varios factores de riesgo para padecer diabetes gestacional (5):

- Mujeres mayores de 25 años.
- Antecedentes médicos familiares o personales de prediabetes, diabetes tipo 2, embarazo anterior con diabetes gestacional, bebé con un peso superior a 4,1 kg, embarazo con muerte fetal sin causa aparente.
- Sobrepeso con índice de masa corporal igual o mayor que 30.
- Grupo étnico: mujeres de origen afroamericano, hispanico, indígena estadounidense o asiático tienen mayor riesgo de padecer diabetes gestacional.

Complicaciones. La diabetes gestacional aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebe (6):

- Trastornos de hipertensión durante el embarazo.
- Dislipemia y otros síndromes metabólicos.
- Aumento del riesgo cardiovascular.
- Complicaciones durante el parto.
- Alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en los años siguientes al embarazo.
- Bebés con macrosomía (nacimiento con peso por encima de lo normal).
- Problemas en el desarrollo de los pulmones, dificultad respiratoria e hipoglucemia.
- Probabilidad de obesidad en la niñez.
- Probabilidad de diabetes tipo 2 en la fase adulta.

Tratamiento.

Para mantener sano al bebé y evitar complicaciones durante el embarazo y el parto, es fundamental supervisar y controlar la glucemia. El médico pedirá a la gestante que verifique los niveles de azúcar en sangre de 4 a 5 veces al día, además deberá mantener hábitos de vida saludables, siguiendo una dieta sana y haciendo ejercicio de forma regular, evitando el aumento de peso excesivo. Si la dieta y el ejercicio no resultasen suficientes, la gestante podría inyectarse insulina para bajar los niveles de glucemia (7).

Prevención.

Lo ideal sería prevenir la enfermedad en vez de padecerla. Para ello se deberían seguir una serie de pautas (8):

- Evitar el exceso de peso antes del embarazo.
- Seguir una dieta saludable y mantener un estilo de vida activo.
- Ganancia de peso durante el embarazo gradual.
- Control médico durante la gestación.

2 Objetivos

Conocer el test de O'Sullivan y el test de sobrecarga oral de glucosa.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La prueba de O'Sullivan se realiza en sangre venosa, obtenida en tubo de suero (sin anticoagulante) con gel separador de 5ml esperando unos minutos para que se forme el coágulo evitando la formación de fibrina (9).

El O'Sullivan se realiza entre la semana 24 y 28 de gestación, la extracción sanguínea primera o basal no requiere ninguna preparación previa, es decir, no precisa de una dieta concreta días anteriores ni siquiera el ayuno de 8 horas previamente a la prueba. La mujer embarazada debe acudir al centro sanitario y se le realiza la extracción basal, a continuación se le da una preparación de glucosa (jarabe con 50 gr de glucosa) que tiene que beber y permanecer en el centro sanitario hasta que, una hora después se realiza la segunda extracción de sangre. Estas muestras son llevadas inmediatamente al laboratorio donde son analizadas por analizadores automatizados como los Cobas 6000 que utilizan técnicas fotométricas para su análisis. (10)

Si el resultado obtenido es positivo (glucemia ≥ 140 mg/d), la paciente se tendrá que someter a una segunda prueba denominada TTOG como ya citamos anteriormente. Esta prueba también se realiza en el ámbito hospitalario y en este caso, la paciente tiene que seguir una preparación previa, que consiste en ingerir tres días antes 150 gramos extra de hidratos de carbono en la dieta habitual, mantener el ayuno de unas 10 o 12h antes de la prueba y luego la prueba en si. El día de la prueba, la paciente acudirá en ayunas al laboratorio, donde se extraerá una muestra inicial (basal) y a continuación se le administrarán 75 gramos de glucosa en forma de jarabe. Se le extraerán muestras cada hora, durante las tres horas siguientes (60min, 120min y 180min), en las cuales la paciente debe mantenerse sentada, tranquila y sin fumar.

Los valores de la prueba vienen dados por análisis obtenidos en la sangre:

- Basal: debería ser máximo 105mg/dl
- 60 min: deberían ser máximo 190mg/dl.
- 120 min: debería ser máximo 165 mg/dl.
- 180 min: debería ser máximo 145mg/dl.

Si dos o más valores aparecen iguales o superiores a los valores se considera que la mujer padece diabetes gestacional y será derivada a su médico para que valore cul es el mejor tratamiento según los resultados de la prueba, si precisa algún tratamiento con medicación oral o si con una dieta es suficiente. (11)

5 Discusión-Conclusión

Es importante la buena realización de la prueba cumpliendo bien los tiempos, así como el conocimiento por parte del técnico de laboratorio la importancia de dicha prueba, que por las publicaciones revisadas muestra una buena sensibilidad y especificidad para identificar la diabetes gestacional temprana evitando riesgos y complicaciones tanto para la madre como para el neonato. Su importancia radica en evitar diversas complicaciones como partos por cesárea, problemas del metabolismo de la glucosa en el recién nacido aumento del líquido amniótico (polihidramnios) y muerte uterina así como consecuencias a largo plazo para el niño como obesidad, diabetes o hiperactividad en la infancia (3).

Está demostrado que las mujeres que desarrollan diabetes gestacional durante el embarazo tienen a medio o largo plazo más riesgo de padecer diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) (12,13).

6 Bibliografía

- 1.<https://www.cdc.gov>
- 2.<https://www.elpartoesnuestro.es>
- 3.<https://inatal.org>
- 4.<https://www.bebesymas.com>
- 5.<https://www.mayoclinic.org>
- 6.<http://www.patiadiabetes.com>
- 7.<https://www.mayoclinic.org>
- 8.<http://fmdiabetes.org/diabetes-gestacional-y-su-prevencion/>
- 9.<https://ateuves.es/extraccion-y-procesado-de-muestras-de-sangre/>
- 10.<http://www.distribuidoramuller.com.ar>
- 11.<https://www.bebesymas.com>
- 13.<http://www.diabetespractica.com>

Capítulo 686

CRIBADO NEONATAL

SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ

MONICA RIESGO FERNANDEZ

JOANNA CARDÍN GARCÍA

ANA HUERTA PONTON

1 Introducción

Los inicios del cribado neonatal se remontan a la década de los años 60, con el desarrollo de una prueba bacteriológica capaz de detectar en una gota de sangre seca, recogida en papel de filtro, una elevación de los niveles de fenilalanina (test de Guthrie). En España, los diferentes PCN (prueba de cribado neonatal) se inician en la década de los años 70, y en 1978, desde el Ministerio de Sanidad, se formaliza a nivel estatal el Programa de Detección Precoz Neonatal de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito.

El cribado neonatal (más comúnmente conocido como la prueba del talón) se realiza de forma sistemática a todos los recién nacidos en nuestro país, para la detección precoz de los errores congénitos o innatos del metabolismo (ECM) antes de su manifestación clínica, evitando así la aparición de daños físicos y psíquicos (retraso mental, retraso en el crecimiento, discapacidades permanentes o incluso la muerte prematura del niño en las primeras semanas de vida).

Dentro de todas las enfermedades metabólicas se buscan aquellas que son más frecuentes y que disponen de un tratamiento que, aplicado precozmente, mejore considerablemente el pronóstico de la enfermedad.

Estas enfermedades se caracterizan por un mal funcionamiento de la química interna (metabolismo) del organismo, lo que da lugar a un aumento o una falta de determinadas sustancias, provocando un mal funcionamiento de diversos órganos, retraso mental y trastornos del crecimiento y del desarrollo.

Las enfermedades que se buscan con esta prueba no son las mismas en todas las comunidades autónomas. La fenilcetonuria y el hipotiroidismo congénito están en todos los programas de cribado metabólico. En bastantes comunidades se incluyen también la fibrosis quística del páncreas y la hiperplasia suprarrenal congénita. Unas pocas disponen de tecnologías, como la espectrometría de masas, que permiten detectar muchas más enfermedades metabólicas. En tres comunidades existe programa de cribado de hemoglobinopatías congénitas, que son enfermedades que se tienen al nacer y que producen anemia de diversa gravedad. Hay, por lo tanto, una considerable variabilidad incluso también entre los diferentes países de la Unión Europea.

Las principales Sociedades Científicas (Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Química Clínica, American College of Medical Genetics, etc) recomiendan realizar un cribado neonatal ampliado, (hasta 40 enfermedades) con el fin de identificar un número superior de niños con enfermedades susceptibles de ser tratadas precozmente. Sin embargo, en nuestro país no existe un consenso entre las Comunidades Autónomas sobre las enfermedades a incluir en el Programa de Detección Precoz de Metabolopatías, lo que implica que la supervivencia y la calidad de vida de los recién nacidos españoles depende del lugar de nacimiento. Solamente el hipotiroidismo congénito y la hiperfenilalaninemia se diagnostican en todas las Comunidades Autónomas.

En la actualidad, en España, está recomendado realizar el cribado neonatal en muestra de sangre impregnada en papel para, al menos, 8 entidades: hipotiroidismo congénito (HC), fenilcetonuria (PKU), deficiencia de acil CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena media (MACDD), deficiencia de 3-hidroxi acil CoA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena larga (LCHADD), aciduria glutárica tipo I (AG-1), deficiencia de biotinidasa (BTD), fibrosis quística (FQ) y anemia de células falciformes (AF). También está indicado realizar cribado de hipoacusia congénita y existe la recomendación de incluir la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (MSUD), acidemia isovalérica (IVA) y homocistinuria (HCY).

Dicha prueba consiste en, los primeros días del recién nacido (2/3 día de vida), recoger unas gotas de sangre del talón mediante una punción con una lanceta

realizada por personal especializado (en este caso sería personal de enfermería). Posteriormente se comprime un poco y se deja gotear sangre, impregnando un papel especial que se remite luego al laboratorio. Los padres recibirán los resultados en su domicilio por carta.

Una prueba del talón positiva no implica que se padezca necesariamente una enfermedad. En los niños con un resultado positivo suele ser necesario repetir la determinación para confirmarlo y realizar otras pruebas para diagnosticarlo. Si finalmente se confirma el diagnóstico de una enfermedad metabólica, estamos ya es otra situación y la información y el tratamiento dependerán de cada caso.

Muchas tienen un tratamiento de sustitución de la sustancia que falta o de depuración de la que se acumula. En otros casos, el tratamiento es una dieta especial, como en el caso de la fenilcetonuria. Como regla general, todas las enfermedades incluidas, y por lo tanto buscadas en un programa de cribado metabólico neonatal, tienen tratamiento.

La incorporación de los laboratorios de cribado de técnicas analíticas basadas en la espectrometría de masas en tándem (MS/MS), ha condicionado cambios significativos en el número de enfermedades potencialmente despistadas, lo que ha dado lugar al denominado cribado metabólico expandido. La MS/MS es una tecnología que detecta y cuantifica de forma simultánea más de 50 metabolitos presentes en la muestra de gota de sangre seca, lo que posibilita el cribado simultáneo de más de 40 errores congénitos del metabolismo (ECM).

La espectrometría de masas en tándem (MS/MS) es una técnica de laboratorio que se utiliza para muchos propósitos diferentes. En la detección sistemática de recién nacidos, el MS/MS se utiliza para determinar cuáles bebés pueden tener un mayor riesgo de tener ciertas enfermedades metabólicas hereditarias. Estas enfermedades, las cuales son poco comunes, se organizan en tres diferentes categorías bioquímicas: enfermedades de aminoácidos, enfermedades de ácidos orgánicos, y enfermedades de la oxidación de los ácidos grasos. La prueba de MS/MS mide e identifica sustancias (aminoácidos y acilcarnitinas) en la sangre del recién nacido. A partir de los resultados de esta prueba, se puede identificar a un bebé que tenga un mayor riesgo de tener una de estas enfermedades metabólicas hereditarias. Debido a este mayor riesgo, se le debe administrar al bebé pruebas de seguimiento para confirmar o refutar una diagnosis.

El propósito de los análisis utilizados en el cribado neonatal es identificar a todos los RN presuntamente positivos y clasificarlos respecto a la probabilidad de

que tengan un trastorno concreto, con un mínimo aceptable de resultados falsos positivos. Esto implica establecer un punto de corte arbitrario para los análisis/marcadores cuantificados. Establecer un punto de corte muy elevado significa perder de forma inaceptable una proporción del grupo diana, mientras que establecer uno demasiado bajo significa exponer a demasiadas personas a la investigación, la mayoría no afecta.

2 Objetivos

- Prevención de discapacidades asociadas a la enfermedad.
- Tratar precozmente y evitar así que aparezcan los síntomas de la enfermedad.
- Concienciar en la identificación permite proporcionar a las familias consejo genético acerca de si los hijos sucesivos pueden padecer el mismo problema.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las siete enfermedades que se pueden detectar son las siguientes:

- Hipotiroidismo: es una alteración de la glándula tiroides que provoca una producción insuficiente de hormonas tiroideas.
- Fenilcetonuria: consiste en una alteración genética que impide la transformación el aminoácido fenilalanina de las proteínas, lo que puede provocar alteraciones neurológicas.
- MCADD (Deficiencia de acil-CoA deshidrogenasa de cadena media): se trata de una enfermedad que provoca la mala descomposición de algunas grasas provenientes de alimentos.
- LCHADD (Deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga): se conoce como una patología que provoca que el organismo tenga dificultad para extraer la energía que obtiene de los ácidos grasos de los alimentos.

- Acidemia glutárica tipo 1: es un trastorno que dificulta la descomposición de proteínas, lo que provoca que se acumulen sustancias dañinas en la sangre y en la orina.
 - Fibrosis quística: en este caso, surge una disfunción de la proteína CFTR que provoca un mal funcionamiento de las glándulas exocrinas. Esto genera problemas pulmonares y disfunción del páncreas.
 - Anemia de células falciformes: provoca una malformación de glóbulos rojos, lo que impide el correcto transporte de oxígeno al producirse acumulaciones.
- En una segunda fase del diagnóstico también pueden detectarse otras tres enfermedades como la hiperplasia suprarrenal congénita, la galactosemia y el déficit de biotinidasa. Existen además patologías que se pueden detectar en caso de llevar a cabo otras pruebas adicionales mediante tecnología como la espectrometría de masas. Esto depende del utilitario que posea cada uno de los laboratorios dedicados a estos cribados.

5 Discusión-Conclusión

El cribado neonatal supone un beneficio para el niño, su familia y la sociedad en general, pues de otra manera se condenaría a ese niño al padecimiento de una enfermedad que supondría una discapacidad, una gran invalidez o incluso la muerte prematura. En el caso de las enfermedades que suponen gran invalidez, se justifica sobradamente su detección temprana, pues la inversión que ha de realizar el sistema sociosanitario es mínima en comparación con los gastos que genera la atención a una persona gravemente discapacitada. En muchas de estas enfermedades metabólicas raras que además son hereditarias, la detección en el primer hijo supone un beneficio incuantificable para el resto de los hijos.

En el año 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el trabajo Efectividad clínica del cribado neonatal de los errores congénitos del metabolismo mediante espectrometría de masas en tándem. Revisión sistemática. En él se afirmaba que todo programa de cribado neonatal debería garantizar el acceso equitativo y universal de todos los recién nacidos (cobertura del 100%). En lo que respecta al cribado de enfermedades metabólicas raras, reconocía como objetivo principal facilitar una mayor calidad y expectativa de vida a los niños afectados, teniendo también en cuenta el impacto que estas enfermedades produce sobre los padres, los hermanos e incluso otros familiares. Asimismo dicho informe recoge en sus recomendaciones la necesidad de homogeneizar los diferentes aspectos de los programas de cribado existentes actualmente en España, con la definición de cri-

terios comunes en lo que respecta a las variables de resultado, los índices de control de calidad, el almacenamiento de muestras y la incorporación de nuevas patologías al cribado.

El 25 de Junio de 2010 se presentó en la Facultad de Ciencias de la Universidad Autónoma de Madrid el documento de consenso Programas de Cribado Neonatal en España. Actualización y Propuestas de Futuro, elaborado por un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios (pediatras, bioquímicos, farmacéuticos, etc.) expertos en enfermedades metabólicas hereditarias, implicados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes, bajo el auspicio de la Asociación Española para el Estudio de los Errores Congénitos del Metabolismo, la Sección de Errores Innatos del Metabolismo de la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Clínica y Patología Molecular, y el apoyo del Real Patronato sobre Discapacidad. En dicho documento los autores afirman que un programa de cribado neonatal ha de estar basado en principios éticos y debe garantizar el acceso equitativo y universal de todos los recién nacidos, lo cual sigue sin cumplirse en nuestro país. Algunas propuestas del documento son la definición de las enfermedades a incluir en el cribado de todas las Comunidades Autónomas y la homogeneización de los programas de las mismas.

Finalmente, señalar que los PCN no son procedimientos de diagnóstico definitivo, identifican grupos de personas de alto riesgo a las que se les ofrece un diagnóstico. Los individuos que presenten un resultado positivo requerirán procedimientos diagnósticos posteriores y, para ello, los PCN deben integrarse con unidades clínicas y de laboratorio especializadas en el diagnóstico y el tratamiento de cada una de las enfermedades sometidas a cribado. En general, el objetivo de los PCN es establecer el diagnóstico correcto e inicio de tratamiento de los trastornos objeto de cribado en los primeros 10 días de vida.

6 Bibliografía

1. semfyc.es aeped.es.
2. programadeformacióncontinuadaepediatria.es.
3. endocrinologiapediatrica.org wikipedia.org.

Capítulo 687

SÍNDROME DE DOWN. PRUEBAS DE LABORATORIO

MONICA RIESGO FERNANDEZ

JOANNA CARDÍN GARCÍA

ANA HUERTA PONTON

SOLEDAD MARÍA CUEVAS GÓMEZ

1 Introducción

El síndrome de Down, es una alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra.

Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares. Las personas con síndrome de Down tienen tres cromosomas en el par 21, en lugar de los dos que existen habitualmente. Por eso, también se conoce como trisomía 21.

Es una alteración cromosómica que se produce durante la gestación, y aunque la causa se desconoce, existen factores de riesgo que indican una mayor probabilidad de que se desarrolle, como pueden ser:

- Edad avanzada de la madre. Existe una mayor posibilidad de concebir un hijo con síndrome de Down, cuando la madre pasa de los 35 años de edad.
- Haber tenido otro niño anterior con Síndrome de Down.
- Que los padres sean portadores de la traslocación genética. Aunque se sabe que la gran mayoría de los casos, no son hereditarios.

Existen rasgos físicos evidentes en las personas que padecen este síndrome:

- Cara aplanada, especialmente en el puente nasal
- Ojos en forma de almendra
- Cuello corto
- Orejas pequeñas
- Lengua que tiende a salirse de la boca
- Etc.

Sin embargo, las posibles patologías asociadas, y el grado de discapacidad intelectual, será diferente en cada individuo.

Ejemplo de patología asociadas.

- Cardiopatías congénitas
- Trastorno en sistema inmune
- Obesidad
- Leucemia infantil
- Etc.

La mayoría de los niños con síndrome de Down tienen deterioro cognitivo de leve a moderado. Presentan problemas de desarrollo del lenguaje y de memoria a corto y largo plazo. La estimulación cognitiva permite mejorar la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y el lenguaje en personas con esta discapacidad intelectual.

2 Objetivos

El Síndrome de Down, se puede detectar de forma prenatal, o tras el nacimiento. Lo que nosotros queremos estudiar, son las diferentes pruebas prenatales que podemos realizar para detectar este síndrome durante el embarazo. Explicaremos cuáles son las más fiables, y en qué momento deben realizarse.

Hablaremos por ello de la AMNIOCENTÉISIS, prueba del líquido que rodea al feto o del tejido de la placenta (toma de muestras de las vellosidades coriónicas) en busca de los cromosomas anormales asociados con el síndrome de Down. Ambas pruebas incluyen insertar agujas a través del abdomen de la madre y se sabe que aumentan el riesgo de aborto espontáneo, por lo que suele hacerse exclusivamente si existen antecedentes de alteraciones genéticas, o si las pruebas de cribado muestran alto riesgo de que el feto presente la alteración.

Las pruebas de laboratorio que se realizarán previamente sin poner en riesgo, ni a la madre ni al feto, son las siguientes:

- Primer trimestre: Proteína plasmática A asociada al embarazo (PAPP-A), y la fracción libre de la subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG).

Se realizan entre la semana 10 y 4 días y la semana 13 y 6 días de gestación.

- Segundo trimestre: "triple screening": alfa-fetoproteína (AFP), gonadotropina coriónica (hCG) y estriol no conjugado (uE3).

Se realiza en las semanas 15 a 20 del embarazo.

Otras pruebas diagnósticas (ajenas al laboratorio).

Prenatal.

- Translucencia nucal. Se mide, mediante ultrasonidos, el espacio entre la columna vertebral y la piel de detrás del cuello; no es diagnóstica, pero en un feto con síndrome de Down, el espacio puede estar aumentado. Esta prueba debe realizarla un especialista experto, para garantizar una correcta interpretación de la misma. Es uno de los parámetros que se incluye en el cribado de primer trimestre.

- Ecografía de alta resolución durante el segundo semestre. Puede ayudar a monitorizar el desarrollo fetal y detectar malformaciones como defectos cardiacos y gastrointestinales.

La Alfa-fetoproteína (AFP), es una proteína producida en el hígado del feto, y durante el desarrollo del bebe, parte de ésta puede pasar a través de la placenta a la sangre de la madre. Cuando el feto tiene un síndrome de Down, los niveles de AFP en la sangre materna son muy bajos.

La Gonadotropina Coriónica (hCG). Una gran proporción de fetos con anomalías cromosómicas son abortados; en el caso de síndrome de Down solo llegan a término uno de cada ocho. Cuando estos embarazos continúan es gracias a la hiperfunción placentaria con una mayor producción de hCG, lo que explica que las embarazadas con fetos portadores de síndrome de Down tengan niveles muy altos de hCG. El Estriol, estrógeno producido por el feto y la placenta. Tendrán valores bajos en fetos con el síndrome.

Éstas pruebas son muy sencillas de realizar. Sirve con una simple extracción de sangre que se le realiza a la madre. Se envían al laboratorio y en pocos días se obtendrán los resultados.

Ejemplos de técnicas usadas para su estudio son:

- Técnicas ELISA. (MEIA). En suero

- Inmunoensayo Cromatográfico. En orina
- Inmunoensayo enzimático. En suero.
- Cromatografía líquida de alta resolución (HPLC).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tanto la Gonadotropina, como el estriol, son pruebas que se pueden realizar en orina. Pero lo normal en el triple test es realizarlas, junto con la alfa- fetoproteína, en suero.

Unidades de medida (MoM): los valores se expresan en MoM (múltiplos de la mediana). Como los niveles pueden expresarse en diferentes unidades y varían según el tiempo de gestación, para poder comparar los resultados e independizarlos del tiempo de gestación los valores se corrigen y se cuantifican en MoM.

Se consideran valores normales los situados entre los 0.5 y 2.5 MoM.

Valores anormales del Triple Screening.

- Alfa-feto proteína: Baja
- Gonadotropina Coriónica: Alta
- Estriol: Bajo

Cada laboratorio presenta los resultados de una forma distinta, pero los tres parámetros que aparecen siempre son:

- Datos demográficos: edad de la madre, peso, raza, número de fetos, si es fumadora o padece diabetes gestacional, etc.
- Datos bioquímicos: valores de los marcadores bioquímicos analizados en la sangre.
- Datos ecográficos: donde consta la fecha en que se realizó la ecografía, la edad gestacional, la medición de la traslucencia nugal y de la longitud fetal.

5 Discusión-Conclusión

El triple screening no representa un diagnóstico, sino que una prueba estadística basada en marcadores bioquímicos presentes en la sangre materna que establece un índice de riesgo. No es una prueba concluyente, solo da pistas con una fiabilidad de entre el 65 y el 90 por ciento.

Si los marcadores de esta prueba salen alterados y se observa un riesgo alto de trisomía 21, el médico propondrá a los padres continuar realizando más pruebas, como por ejemplo la amniocentésis, para poder dar un diagnóstico correcto y fiable.

6 Bibliografía

1. Cuidateplus
2. Medlineplus
3. Mayoclinic
4. Cdc.
5. Aeped.

Capítulo 688

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA QUIRURGICA

ULISES GARZÓN DÍAZ

1 Introducción

En este capítulo de libro detallamos las funciones del celador en el área quirúrgica, definimos dicha área y también detallamos las normas básicas de higiene. Así como la importancia del adecuado conocimiento de estas funciones para la adecuada realización de la práctica clínica diaria.

2 Objetivos

Exponer y explicar las funciones del celador dentro del área quirúrgica.

3 Metodología

Se han buscado información en internet en distintas bases de datos, así como en normativas de funcionamiento de distintos hospitales y libros específicos de actuación del celador en el quirófano.

4 Resultados

- Definición del área quirúrgica: área quirúrgica, podemos definirla como el conjunto de locales e instalaciones especialmente acondicionados y equipados, selectivamente aislados del resto del hospital, que constituyen una unidad física

y funcionalmente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente al paciente.

- Características de un quirófano: el quirófano propiamente dicho, también recibe el nombre de zona blanca; el diseño es de forma cuadrangular, paredes y techos de fácil lavado y absorbentes al sonido. Esta permitida una altura de 3,3 metros, grandes lámparas de iluminación, generalmente sin ventanas. El aire debe cambiarse hasta 25 veces por hora.

La mesa de operaciones debe ser metálica y sólida tiene una cubierta acojinadas regulable a diferentes alturas y posiciones y montada sobre ruedas. Hay unas mesas auxiliares las cuales reciben diversos nombres tres y tienen un uso determinado, como es el caso de la mesa Pasteur, se trata de una mesa auxiliar de forma rectangular. Otra es la mesa Mayo, con una sola pata excéntrica, variable en altura y se usa para colocar instrumentos de uso inmediato. El Tripie sirve para colocar las soluciones que se administran al paciente.

- Partes que se consideran dentro del área: zona negra, sin límites, en esta zona también llamada sucia se permite el acceso con ropa de calle, es la zona de acceso exterior- interior, zona de intercambio, donde se encuentran los vestuarios del personal que trabaja en el área de quirófano. Zona gris o semi limitada: zona limpia, en esta zona el acceso debe ser con uniforme. Es obligatorio el uso de gorro y calzas. Zona blanca o limitada: zona restringida, estéril, solo para personal autorizado, para evitar el aumento de microorganismos ambientales. Obligatorio el uso de uniforme , gorro, calzas y mascarilla.

- Funciones del celador: una de las funciones del celador es la colocación del paciente en la mesa de quirófano, la cual es muy importante para el resultado de la intervención. La seguridad es principal factor a tener en cuenta, la posición viene determinada por el procedimiento a realizar la técnica de la administración de la anestesia. La responsable de la posición quirúrgica del paciente es la enfermera circulante ayudada por el celador.

Como funciones de los celadores dentro del área cabe también mencionar los siguientes:

Tendrá a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad en la que se encuentren hasta el quirófano, muy importante es que cada paciente debe ir siempre acompañada de la documentación clínica que debe ser facilitada por la enfermera de la unidad de procedencia. Nunca se iniciará el transporte hasta que el paciente no esté estabilizado y garantizada su seguridad.

El celador introduce y saca a los enfermos del marea quirúrgica para las inter-

venciones, colocando y cambiando la posición según demanda en la mesa de operaciones, siempre ayudados por el personal sanitario. También colaboran en las medidas de sujeción si el médico o la persona responsable así lo deciden.

Transporte a los servicios oportunos objetos o documentación que le sean confiados por sus superiores.

Durante la realización de la intervención, el celador debe de permanecer en el ante quirófano por si se precisan sus servicios.

Traslado de utensilios y mobiliario.

Darán cuenta a sus superiores los desperfectos o anomalías en limpieza y conservación del material.

Es su responsabilidad el traslado al mortuorio de los pacientes fallecidos durante la intervención, en caso de amputación de algún miembro , será el celador el encargado de llevar dicho miembro al mortuorio, siempre con la autorización del cirujano.

- Posiciones más habituales en la mesa quirúrgica: hay muchas posiciones que son usadas en la mesa quirúrgica, de las que vamos a mencionar las más usadas:
- Decúbito supino o dorsal, usada en procedimientos abdominales, de cara, de cuello, tórax ... la cabeza está alineada con el cuerpo el brazo descansa sobre el apoya brazo en un ángulo de 90 grados o menos respecto al cuerpo. - Trendelenburg: similar a la posición decúbito supino, pero con una inclinación que hace que la cabeza esté más baja que el tronco. Normalmente se utiliza para cirugía pélvica.
- Antitrendelenburg: inversa a la anterior. Para cirugía de cabeza y cuello. - Posición sims (lateral) : utilizada para cirugía de riñones y pulmón. Esta es la posición más difícil de lograr con seguridad.

- Normas de higiene: los celadores que se encuentran realizando su trabajo dentro del área quirúrgica, deben llevar un uniforme totalmente aséptico, y además deberán llevar mascarilla y gorro. El pijama sanitario será de color verde. El celador al igual que el resto del personal que trabaja en el quirófano debe cumplir unas normas de higiene, siendo el más importante el lavado de manos. Se trata de lavar las manos siempre antes y después del contacto con el enfermo. La forma correcta de realizar el lavado es utilizando jabón neutro, durante al menos 3 segundos, frotándolas cuidadosamente. A continuación se aclaran con agua, para terminar con el secado a ser posible con toallas de papel.

Los guantes utilizados serían siempre de un solo uso y nunca sustituirán al lavado de manos.

Es obligatorio el uso de bata estéril, esta se sacará de su envoltorio una vez hayamos lavado las manos y procurando tocar solamente el interior para pre-

venir contaminaciones.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un celador en el área quirúrgica son múltiples y muy variadas. Todas requieren unos conocimientos básico sobre el entorno en el que se desarrollan estas funciones. Y sin su conocimiento no sería posible realizarlas con la máxima calidad profesional. Es fundamental el adecuado conocimiento de las funciones básicas de un celador en un área tan específica como la quirúrgica.

6 Bibliografía

- ANIA PALACIO JOSE MANUEL , ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO. EDITORIAL MAD, SL SEVILLA 2011
- R.ARIAS RAMIREZ. MA JIMÉNEZ ROMERO. I.N. JIMÉNEZ. ACTUACIÓN DEL CELADOR EN QUIRÓFANO: PROCEDIMIENTOS. MADRID: REY ALI; 2011
- PERSONAL SUBALTERNO
- WWW.CGTSANIDADLPA.ORG/TEMARIO%20CELADOR%20PDF/.../TEM
- EL RINCON DEL CELADOR
- WWW.FERNOCAS.COM/
- PROMOCIÓN DE LA CALIDAD. GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS.
- PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL.
- CONSERJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. DEPÓSITO LEGAL: M-16375-2007
- BLOQUE QUIRÚRGICO. ESTANDARES Y RECOMENDACIONES .
- INFORMES .ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009 MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL DEPOSITO LEGAL: B-2437-2010
- NORMATIVA FUNCIONAL DEL AREA QUIRURGICA. FECHA MAYO 2015 EDICION 01 NORDMDEN 003 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ASTURIAS

Capítulo 689

RESALTANDO LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL CELADOR.

ALEJANDRO MARTIN MANJON

1 Introducción

Las infecciones suponen el 25% de los eventos acaecidos durante el ingreso hospitalario, siendo una importante causa de morbilidad, con gran impacto económico para la sanidad. Más de la mitad de estas infecciones se pueden evitar, muchas publicaciones avalan que la higiene de manos previene de forma simple y eficaz la transmisión cruzada de microorganismos a través de las manos del personal. Sin embargo, la adhesión a los protocolos de higiene de manos no siempre es adecuada, debido fundamentalmente a razones organizativas y a factores relacionados con los propios profesionales, siendo esta falta de cumplimiento, un problema mundial.

2 Objetivos

Evaluar la efectividad de la técnica de higiene de manos aplicada en el lugar de trabajo

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica del lavado de manos en bases de datos como Google académico, Pubmed, Scielo y Uptodate, con las palabras clave: lavado de

manos, prevención, sanitario. Como criterios de inclusión se emplearon textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión se desearon artículos científicos anteriores a 2000.

4 Resultados

La infección por contacto y, sobre todo, de las manos es de la más frecuente. La higiene de manos reduce la transmisión cruzada, pero la adhesión del personal no siempre es adecuada. Una buena higiene de las manos por parte de los profesionales de la salud protege a los pacientes de las infecciones farmacorresistentes.

5 Discusión-Conclusión

En la evaluación del grado de cumplimiento de las recomendaciones, realizada por observación directa en el colectivo de celadores suele ser el que ofrece peores resultados, probablemente, por falta de conocimientos sobre aspectos relacionados la transmisión cruzada, aspecto fundamental para prevenir las infecciones nosocomiales, sugiere la necesidad de elaborar planes de formación específicos en función de los colectivos profesionales a los que se dirigen.

6 Bibliografía

- OMS | Marco OMS de autoevaluación de la higiene de las manos.
- Estudio EARCAS. Eventos Adversos en Residencias y
- Centros Asistenciales. Ministerio de Sanidad; 2011.
- OMS. Modelo de plan de acción para mejorar la HM en centros con resultados intermedios en el Marco OMS de autoevaluación.

Capítulo 690

EL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD: PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

BENJAMIN CASTAÑO COTA

JOSE MANUEL GARCIA PEREZ

1 Introducción

Un puesto de trabajo con equipos que incluyen Pantalla de visualización de Datos (PVD) es aquel que está constituido por un equipo con PVD provisto de teclado o dispositivo de introducción de datos, de un programa, de accesorios ofimáticos, de un asiento y mesa de trabajo y el entorno.

Se considera trabajador de equipos con PVD cualquier trabajador que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo utilice un equipo con PVD

Uno de los grandes problemas que sufre el auxiliar administrativo es la cantidad de tiempo que pasa delante del monitor en su horario de trabajo, es lo que conllevaría al reconocido como síndrome de fatiga ocular.

2 Objetivos

- Determinar los efectos generales del tiempo pasado delante de monitores.
- Determinar los efectos que pueden causar en la vista, sistema musculoesquelético y neurológico.

- Conocer las medidas que podemos llevar a cabo para disminuir los efectos de esta exposición.
- Adoptar una serie de rutinas que nos ayuden a no tener la vista cansada.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Entre el 70-75% de los trabajadores con el uso prolongado de PVD pueden estar afectados. La AOA estima que los síntomas visuales ocurren en un 50-90% de los usuarios de PVD, mientras que los problemas musculoesqueléticos en una encuesta realizada por el National Institute for Occupational Safety and Health se encontró en un 23%.

En España alrededor de un 50% de los trabajadores que realizan sus tareas en una oficina presentan problemas posturales y aproximadamente un 7% ha estado de baja por este motivo (IBM-ADIMA 1992).

Los efectos visuales, sistema musculoesquelético y neurológico detectados son los siguientes:

Visuales:

- Ojos cansados y con picazón.
- Visión borrosa.
- Dolor de cabeza.
- Mayor sensibilidad a la luz que aumenta a la salida del centro de salud.

Musculoesqueléticos:

- Migrañas.
- Dolor de espalda, cuello, muñeca.
- Epicondilitis.
- Hernias.
- Piernas dormidas.

Neurológicos:

- Nerviosismo.
- Depresión o ansiedad.
- Problemas psicosomáticos : cefaleas, taquicardia.

Prevención

Factores tan simples como la ubicación del monitor de manera incorrecta o su ángulo, la temperatura, iluminación o colocación incorrecta de la silla generan efectos nocivos para todos los administrativos que pasan su jornada laboral expuestos a estas pantallas. La prevención dirigida según síntomas visuales, musculares y neurológicos es:

- Visuales:

Un ajuste correcto del brillo y contraste de la pantalla (evitando deslumbramientos y forzar la vista) .

Una adecuada iluminación en el centro de trabajo (los niveles aceptables están entre 300 y 500 Lux. Cuando una actividad requiera cierta concentración visual es recomendable parpadear con asiduidad para evitar sequedad ocular.

Realizar pausas de 5 minutos cada 1 o 2 horas, apartando la mirada del monitor y direccionándola a un objeto lejano

- Músculoesqueléticos:

Colocar los objetos de uso frecuente cerca del cuerpo.

Adecuado apoyo lumbar y asiento regulable.

Realizar descansos cada determinado tiempo.

Mantener los pies apoyados en el suelo o reposapiés.

- Neurales:

Información y formación a los trabajadores.

Implicar al trabajador en la tarea que realiza.

Ritmos de trabajo y tareas adecuadas.

Reconocimiento del trabajo.

Evitar la monotonía y repetitividad de tareas.

5 Discusión-Conclusión

Antes de la aparición de los ordenadores se realizaban una gran variedad de actividades como podían ser mecanografía, archivo o lectura en papel. Ahora estas tareas pueden realizarse prácticamente sin moverse del escritorio y observando continuamente la pantalla.

De esta forma se forman posturas casi invariantes por un tiempo prolongado que exige un esfuerzo de determinados grupos musculares a la vez que se dificulta la relajación visual. Es por ello que debemos ser conscientes del peligro que atañe y tomar partida para evitarlas siguiendo las pautas antes indicadas.

Hay muchas deficiencias en el diseño del puesto y la organización del trabajo, se pone de manifiesto una falta e formación e información de los trabajadores.

La prevención o minimización de la fatiga visual, física o mental debe radicar en la concepción ergonómica del puesto de trabajo y del conjunto de las tareas que lo configuran, adaptando correctamente el trabajo a la persona , a sus capacidades y limitaciones.

6 Bibliografía

- Álvarez, José., Pardos, María., Hueso, R. Manual de Ergonomía y Psicología. España: Fundación Mapfre (2012)
- González, D. Ergonomía y Psicología. (5ª. ed.). España: Editorial FC (2008).
- Dapena Crespo T, Lavín Dapena C. Trastornos visuales del ordenador. In.: Producciones pantuas-3M; p. 88-115 (2005)
- Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social España. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización.
- Pérez Tejada A, Acuña Pardo A, Martínez Rúa R. Repercusión visual del uso de las computadoras sobre la salud. Revista Cubana de salud Pública. ; 34 (4)
- Piedrahita, H. Evidencias epidemiológicas entre factores de riesgo en el trabajo y los desórdenes musculoesqueléticos. Mapfre Medicina, 15(3), 212221 (2004)
- Bases de datos Pubmed y Embase.

Capítulo 691

SÍNDROME DEL BURNOUT EN CELADORES

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ

MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA

1 Introducción

El burnout es un tipo de estrés que suele aparecer en las personas que trabajan en el ámbito sanitario. Suele aparecer cuando se genera tensión asociada al puesto laboral y se mantiene durante largo periodo de tiempo. Los celadores suele ser uno de los grupos con mayor prevalencia de este síndrome.

Los profesionales que comienzan con mucho entusiasmo e idealizan su puesto de trabajo, cuando sus expectativas laborales no se ven realizadas, pueden provocar malestar y frustración, comenzando a generar estrés y el síndrome.

2 Objetivos

-Analizar y contrastar la literatura existente sobre el síndrome de Burnout, haciendo hincapié en el colectivo de celadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos publicados en castellano en los últimos cinco años, en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Las palabras claves utilizadas han sido burnout, síndrome del quemado, estrés laboral.

4 Resultados

Este síndrome es un proceso crónico y presenta una sintomatología clínica. Las personas que lo sufren tienen agotamiento emocional (la persona siente que no puede hacer nada para cambiar la situación), despersonalización (La persona genera sentimientos negativos relacionados con el puesto de trabajo) y baja realización personal (evaluación negativa de si mismo). Los síntomas pueden ser fisiológicos, psicológicos y conductuales. Igualmente los síntomas pueden clasificarse en leves, moderados, graves y extremos.

5 Discusión-Conclusión

Este síndrome genera enfermedades y alteraciones en la salud mental del individuo. Los problemas más comunes relacionados con este síndrome son hipertensión arterial, úlceras de estómago, enfermedades infecciosas, problemas en la piel, cefaleas, ansiedad, depresión, conductas adictivas, absentismo laboral

6 Bibliografía

- Guía de Prevención de Riesgos Laborales “Riesgos Psicosociales”. UGT Navarra.
- Manual sobre riesgos psicosociales. UGT Madrid.
- Manual sobre evaluación de riesgos psicosociales. UGT Aragón, 2006.
- Guía de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para interpretar el Protocolo de actuación en factores psicosociales (2006).
- Manual para Evaluación de Riesgos Psicosociales en PYMES. (INSHT-IBV).

- Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales. Instituto Navarro de Salud Laboral.
- Método AIP (Centro de Condiciones de Trabajo de Barcelona, INSHT).
- Manual para la prevención, asistencia y rehabilitación de las drogodependencias en el trabajo. UGT, 2004.
- Cuarta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.
- Estudio Cisneros XI "Liderazgo tóxico y Mobbing en la crisis eco

Capítulo 692

MANIPULACIÓN DE CARGAS EN EL HOSPITAL

MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La manipulación manual de cargas ocasiona frecuentes y variadas enfermedades y accidentes de origen laboral. Aproximadamente el 21% de los accidentes están producidos por sobreesfuerzos; y entre el 60-90% de adultos han sufrido o sufrirán algún dolor de espalda a lo largo de su vida, pudiendo calcularse que un alto porcentaje de éstos pueda ser de origen laboral. No puede olvidarse el alto absentismo que produce y las elevadas pérdidas económicas que ocasionan los trastornos osteomusculares producidos por la manipulación manual de cargas.

Será de aplicación a cualquier trabajador, que tras la evaluación de riesgos en su puesto de trabajo se compruebe que manipula manualmente cargas, siempre que éstas superen los 25 Kg. de peso que especifique la Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). El objetivo del protocolo de vigilancia médica de los trabajadores que manipulan cargas es prevenir la aparición de problemas de salud relacionados con su trabajo.

Además se debe determinar para analizar el tema, las siguientes variables:

- Definiciones y conceptos
- Factores de riesgo.
- Mecanismos de acción.
- Efectos sobre la salud.
- Evaluación del riesgo.
- Protocolo Médico específico.
- Legislación aplicable.

2 Objetivos

- Evaluar las características del puesto de trabajo.
- Dictaminar la conducta a seguir según las alteraciones detectadas por el servicio de prevención.
- Determinar los criterios de valoración del trabajador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y legislación aplicable de salud y prevención de riesgos laborales, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Evaluar las características del puesto de trabajo. Se debe recoger la historia laboral: datos de filiación y los de los profesionales sanitarios responsables del examen de salud, así como del Servicio de Prevención. Se recogen los riesgos del puesto y una descripción detallada del puesto, así como las medidas de protección empleadas. El resultado de la evaluación de riesgos deberá estar en poder de los profesionales cuando se haga el examen de salud.

Dictaminar la conducta a seguir según las alteraciones detectadas por el servicio de prevención.

- Análisis y reestudio de las condiciones de trabajo si las alteraciones detectadas por el médico del trabajo lo aconsejan. Evaluación y control del riesgo.

- Rehabilitación y recuperación mediante el trabajo; optimizando en la medida de lo posible el puesto de trabajo como elemento rehabilitador.
- Cambio de puesto de trabajo.

Determinar los criterios de valoración del trabajador.

Los criterios de valoración que se han consensuado para el protocolo propuesto son los siguientes:

- Apto sin restricciones

El trabajador podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción física ni laboral, siempre y cuando el trabajo se ajuste a la normativa legal en cuanto a Seguridad y Salud en el trabajo y haya recibido la información adecuada sobre los riesgos y los daños derivados de su trabajo.

- Apto con restricciones

Tienen por objeto lograr la rehabilitación y recuperación laboral del trabajador que lo precise y muy especialmente la integración profesional del minusválido. Las restricciones podrán ser personales y/o laborales.

- Personales:

Implica la obligatoriedad de realizar las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el médico para salvaguardar su salud y prevenir agravamientos de una afección anterior.

- Laborales: Dependiendo de la propia tarea a realizar

Adaptativas: implican la adaptación del entorno laboral al trabajador para la realización íntegra de las tareas propias su puesto de trabajo.

Restrictivas: existe prohibición de realizar total o parcialmente muy concretas y específicas de su puesto de trabajo.

- No apto:

Calificación que recibe el trabajador cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud, o ésta le imposibilite la realización de las mismas y tanto en uno como en otro caso no sea posible la aplicación de calificación de apto con restricciones.

En observación:

Calificación que recibe el individuo que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de determinar su grado de capacidad, valorando además su nivel de formación en relación con los riesgos de su puesto de trabajo.

En cualquier caso, la calificación de aptitud será el resultado de enfrentar el fisiograma del trabajador con el profesiograma del puesto de intentando en lo posible la readaptación laboral del individuo con lesiones y la integración social del

minusválido.

5 Discusión-Conclusión

En esta discusión se tratará de clarificar todos los conceptos y variantes que influyen en el tema a tratar:

- Manipulación de cargas: Según el artículo 2 del Real Decreto 487/1997 se entenderá por manipulación de cargas cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, como el levantamiento, el empuje, la colocación, la tracción o el desplazamiento, que por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- Levantar: 1. Acción y efecto de mover de abajo hacia arriba una cosa, o poner una cosa en lugar más alto que el que antes tenía-

Poner derecha y en posición vertical a persona o cosa que está inclinada, tendida, etc. 3. Separar una cosa de otra sobre la cual descansa o está adherida.

- Colocar: Poner a una persona o carga en su debido lugar.
- Tracción: Hacer fuerza contra una carga para moverla, sostenerla o rechazarla.
- Desplazar: Mover a una persona o carga del lugar en el que está.

Los factores de riesgo son:

- Individuales: Personales, edad, sexo, otro empleo, actividad deportiva, consumo de tabaco, embarazo, etc.
- Intrínsecos: Falta de aptitud física, patología dorsolumbar previa y sobrepeso.
- Extrínsecos: Inadecuación de las ropas, el calzado u otros efectos personales que lleve el trabajador. Insuficiencia o inadaptación de los conocimientos o de la formación.
- Características de la carga:
 - Cuando la carga es demasiado pesada o demasiado grande.
 - Cuando es voluminosa o difícil de sujetar.
 - Cuando está en equilibrio inestable o su contenido corre el riesgo de desplazarse.
 - Cuando está colocada de tal modo que debe sostenerse o manipularse a distancia del tronco o con torsión o inclinación del mismo.
 - Cuando la carga, debido a su aspecto exterior o a su consistencia, puede ocasionar lesiones al trabajador, en particular en caso de golpe.
- Esfuerzo físico necesario:
 - Cuando es demasiado importante.

Cuando no puede realizarse más que por un movimiento de torsión o de flexión del tronco.

Cuando puede acarrear un movimiento brusco de la carga.

Cuando se realiza mientras el cuerpo está en posición inestable.

Cuando se trata de alzar o descender la carga con necesidad de modificar el agarre.

- Características del medio de trabajo:

Cuando el espacio libre, especialmente vertical, resulta insuficiente para el ejercicio de la actividad de que se trate.

Cuando el suelo es irregular y, por tanto, puede dar lugar a tropiezos o bien es resbaladizo para el calzado que lleve el trabajador.

Cuando la situación o el medio de trabajo no permite al trabajador la manipulación manual de cargas a una altura segura y en una postura correcta.

Cuando el suelo o el plano de trabajo presentan desniveles que implican la manipulación de la carga en niveles diferentes.

Cuando el suelo o el punto de apoyo son inestables.

Cuando la temperatura, humedad o circulación del aire son inadecuadas.

Cuando la iluminación no sea adecuada.

Cuando exista exposición a vibraciones.

- Exigencias de la actividad:

Esfuerzos físicos demasiado frecuentes o prolongados en los que intervenga en particular la columna vertebral.

Período insuficiente de reposo fisiológico o de recuperación.

Distancias demasiado grandes de elevación, descenso o transporte.

Ritmo impuesto por un proceso que el trabajador no pueda modular.

En cuanto a los mecanismos de acción:

- Las alteraciones que más frecuentemente se asocian a la manipulación manual de cargas son musculares, tendinosas y ligamentosas, así como articulares. También podemos encontrarnos afectación ósea, neurológica, vascular y de la pared abdominal.

Los mecanismos que desencadenan estas alteraciones suelen ser estiramientos, roturas, roces o fricciones, presiones y sobredemandas a las estructuras orgánicas correspondientes.

- Pueden ser puntuales o persistentes.

Y todo esto tendrá unos efectos en la salud que podrán ser:

- Fatiga fisiológica

- Muscular: contracturas, calambres y rotura de fibras

- Tendinosa y ligamentosa: sinovitis, tenosinovitis, roturas, esguinces y bursitis

- Articular: artrosis, artritis, hernias discales
- Otros efectos:
- Óseos: fracturas y fisuras
- Neurológicos: atrapamientos
- Vasculares: trastornos vasomotores
- Pared abdominal: hernia

6 Bibliografía

- Ley 14/1986 General de Sanidad.
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales
- Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 487/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores.
- Real Decreto 486/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Real Decreto 1995/1978 por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de Seguridad Social.
- Real Decreto 1891/1991 sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico.
- Real Decreto 383/1984 sobre Sistema especial de prestaciones sociales y económicas para minusválidos.
- Ayoub M. Control of Manual Lifting Hazards: III. Preemployment Screening. *Journal of Occupational Medicine*, 1982. 10 (24): 751-761.
- Chavarria R. La carga física de trabajo: definición y evaluación. *Notas Técnicas de Prevención INSHT*, 1991. NTP 295: 1-6.
- Chirivella C, García C, Page A. Evaluación de riesgos laborales asociados a la carga física. *Prevención*, 1997. 141: 9-21.
- Díaz C, Ipas M. Método de evaluación de carga física en puestos de trabajo. *Mapfre Seguridad*, 1996. 62: 15-19.
- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. 1997: 1-108.
- Método de evaluación de riesgos de lesión por movimientos repetitivos. *Jornada*, 1996: 52-68.
- Movimiento manual de cargas. Seguridad en el trabajo. FREMAP, documento interno: 1-43.

Capítulo 693

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO

LYDIA WARNER PALLAS

ELENA VIDAL GARCIA

MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ

1 Introducción

El problema de la deshumanización de la persona en los ámbitos sanitarios exige una aproximación ético-filosófica que desarrolle la naturaleza del ser humano, su dignidad y libertad, entre otros. Se trata de contrarrestar una forma de tratar al paciente que puede producir una especie de “cosificación” de la persona, alejándose de una visión holística de ella, lo cual repercute en deshumanización de la asistencia sanitaria.

Numerosos profesionales presentan déficits en su formación bioética, y eso afecta negativamente a la hora de enfrentarse a los problemas éticos que se presentan diariamente en el ámbito hospitalario: el trato de la intimidad y de la autonomía del paciente hospitalizado y la inadecuada comunicación entre el enfermo y el profesional sanitario y no sanitario.

Es necesario subrayar la importancia de la dimensión espiritual en aquellos pacientes y familiares que se enfrentan a la muerte durante su estancia hospitalaria,

constituida ésta por los valores, convicciones religiosas, los ideales y su propia filosofía de vida.

2 Objetivos

Concienciar de la necesidad de humanizar la atención de los celadores como profesionales de gran visibilidad en el colectivo usuario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en la base de datos: Pubmed, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la humanización de la atención del celador, se deberá tener en cuenta:

- La intimidad del paciente en el hospital. Para que la intimidad esté verdaderamente protegida no solamente es preciso excluir del ámbito reservado a cualquier intruso, sino además controlar la información que se ha dado confidencialmente, para que no sea difundida ni utilizada sin consentimiento. Por eso, existe una estrecha relación entre protección de datos, confidencialidad, intimidad y privacidad. La intimidad en el hospital está influenciada por las características arquitectónicas del espacio que rodea al paciente y su familia, por el compañero/a de habitación, por los profesionales que interactúan con él y por otras muchas personas (personal de mantenimiento, sanitario que no participa en el proceso de ese paciente y su familia, visitas propias y de otros enfermos, etc.) El cuidado de la salud exige que el paciente revele aspectos de su intimidad que en la vida extrahospitalaria quedarían reservados a relaciones de familiaridad.
- Concepto de humanización de la asistencia sanitaria En el contexto sanitario, el concepto de humanización hace referencia al abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y social. Humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente, por tanto, con los valores que él siente como peculiares e inalienables.

- La autonomía del paciente en el hospital. El consentimiento informado constituye la máxima expresión del ejercicio de la voluntad del paciente, debiendo ser otorgado por la familia o tutor únicamente en el caso de que la persona no sea capaz . Se trata de una herramienta al servicio del paciente para ejercer su autonomía, permitiéndole saber la propuesta terapéutica que se le plantea, pudiendo aceptarla, asumiendo así los riesgos que conlleva, o rechazarla aceptando las consecuencias, generando una relación más simétrica entre el profesional y el paciente, permitiendo que el médico ayude con sus consejos basados en sus conocimientos y dando la opción final de tomar una decisión al enfermo. La toma de decisiones ha de ser el resultado de un diálogo entre el profesional y el paciente, teniendo como principal perspectiva los valores del paciente. Se debería avanzar desde la práctica paternalista de la medicina hasta el respeto por las decisiones y autonomía del paciente. Además de promover la autonomía moral del paciente y aumentar su sensación de control, con ello se mejoraría el proceso de toma de decisiones y disminuiría la incertidumbre a la que se enfrentan los profesionales cuando desconocen qué hubiera deseado la persona que está en esa situación.

- Déficit en la comunicación La comunicación tiene un papel fundamental en los procesos de salud y enfermedad de la persona. Una inadecuada comunicación, sin una buena escucha y sin tener en cuenta la comunicación no verbal, tendrá como consecuencia insatisfacción y peores resultados terapéuticos, además de un peor aprovechamiento del tiempo compartido con el enfermo. Cómo dar malas noticias sigue siendo un reto para los profesionales. Pero es muy importante hacerlo de una forma apropiada, eligiendo el momento y lugar adecuados. La confianza entre el paciente y el profesional sanitario es indispensable y solamente es posible si el segundo consigue ponerse en el lugar del otro de manera empática .

5 Discusión-Conclusión

¿Cómo se humaniza la sanidad?

El consejero Jesús Sanchez Martos, defensor de la humanización de la atención sanitaria dice: “Para un paciente es tan importante recibir el tratamiento más correcto como un trato humano. Y el trato no se enseña: se lleva dentro. El trato se entrena, el trato es actitud”.

A su vez, el director general de Humanización de la Comunidad de Madrid añade: “ Todos los profesionales del sistema tienen que estar involucrados, desde médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos e incluso farmacéuticos, todos

tienen que trabajar codo con codo para ello.” Señala a uno de los profesionales con mayor visibilidad de los centros hospitalarios: los celadores: Algunas de las personas que más contacto tienen con el paciente son estos profesionales. Llevan sillas de ruedas, camillas... Nos interesa que sean capaces de dar todo lo que puedan y sepan para tratar a ese ser humano exactamente igual que el cirujano que le va a operar, porque su importancia es exactamente la misma a la hora de ser tratado”. Recalca: “ Hay que empatizar con los profesionales para que atiendan a pacientes como si fueran un miembro de su familia, es una cuestión pura y dura de fomento de los valores personales.”

De forma sucinta, los celadores como profesionales de mayor visibilidad con los usuarios evitarán la “cosificación”. Los pacientes son más que el número de su box o habitación por lo que se esforzarán por dirigirse a ellos por su nombre, ejerciendo criterios de cordialidad, amabilidad, escucha activa y empatía.

6 Bibliografía

- García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enferm* 2014; 17(1): 70-74.
- Diez claves para la humanización de la sanidad: Fundación HUMANS. EFE SALUD. © Agencia EFE, S.A
- ¿Cómo se humaniza la sanidad? *Revistamedica*.
- Planes estratégicos de humanización de la asistencia sanitaria, ¿es necesario humanizar lo humano? *Diario Médico*.

Capítulo 694

EL SECRETO PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

CRISTINA COLUNGA VILLAR

PATRICIA MARTINO VALDES

BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ

1 Introducción

El secreto profesional es aquello que se mantiene oculto a los demás y surge del ejercicio de la profesión. Es uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la relación entre el personal que trabaja en un hospital y los usuarios o pacientes de este, ya que, no solamente accedemos a sus datos personales, sino también de salud. (Carlos M. Romeo Casabona, 1993)

Este aspecto se fundamenta en La Constitución Española en los art. 18 y 20 en los que dice que “se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”, “La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos” y “estas libertades tienen su límite en el respeto a los derechos reconocidos en este Título, en los preceptos de las leyes que lo desarrollen y, especialmente, en el derecho al honor, a la intimidad, a la propia imagen y a la protección de la juventud y de la infancia”. (Constitución Española, 1978)

En la Ley 1/1982 de 5 de mayo de Protección civil al honor, a la intimidad y a la propia imagen vemos también en el art 7 como deja claro que “Tendrán la consideración de intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección delimitado por

el artículo segundo de esta ley: La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela”. (LEY ORGANICA de protección civil del derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, 1982)

Cabe destacar por último la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de sanidad en la que establece que “todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

- Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”. (Ley General de sanidad , 1986)

Asimismo, y de manera general, la redacción de la Ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y la existencia de los códigos deontológicos para médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc. garantiza que se cumpla ese derecho a la intimidad que nombrábamos en primer lugar. (Carlos M. Romeo Casabona, 1993)

2 Objetivos

- Determinar de forma global el secreto profesional, así como analizar las diferentes medidas llevadas a cabo para la consecución del mismo.
- Garantizar el derecho a la intimidad de todos los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de leyes, y artículos acerca del derecho a la intimidad y del secreto profesional, para ello se han utilizado las bases de datos de pubmed y scielo utilizando como descriptores secreto profesional, ética, y confidencialidad.

Para la revisión se han utilizado artículos comprendidos entre el año 2000 y la actualidad y la revisión de leyes españolas desde el año 1987 hasta el 2018.

4 Resultados

Los estudios encontrados referentes a la definición global de secreto profesional y medidas para garantizar el derecho a la intimidad son:

I. En el año 2001 se realiza un estudio cualitativo en el que participan médicos, enfermeros, trabajadores sociales, celadores y administrativos. Se plantea la cuestión de “Situaciones en las que se aprecie falta de confidencialidad e intimidad en el Centro de Salud.

Se detectaron 33 situaciones en las que se comprometía la confidencialidad e intimidad y se englobaba en los siguientes casos:

- Verbalización de información ante usuarios: Comentarios telefónicos delante de otros usuarios, conversaciones en lugares en los que tienen acceso los pacientes y los profesionales, anamnesis en la sala de extracciones o en las salas de urgencias, preguntas al realizar gestiones en el área de recepción, etc.
- Pérdida de intimidad: Falta de biombos, traslados a la vista de todos los usuarios, entrar a la consulta sin llamar, etc.
- Fácil acceso de documentos a terceros: Pantallas de ordenadores visibles, exposición de listados de pacientes citados, informes visibles, etc.
- Pérdida de intimidad ante otros profesionales: Pasar a consulta sin llamar, presencia de otro profesional durante la exploración, etc.

Se plantea que todas las soluciones posibles son fáciles de llevar a cabo. En el 90% de los casos las soluciones dependen de los profesionales. Se declara que con un poco de voluntad y sensibilidad se podría corregir. (Ramírez Ceballos A., 2001)

II. En el año 2002 se lleva a cabo un estudio para explorar los conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios en relación con la confidencialidad

- El 92,1% de los encuestados sabe definir la intimidad y el 94,3% del conjunto sabe cómo vulnerarla.
- El 58,1% declara no conocer ninguna ley que regula el derecho a la intimidad del paciente.
- El 59% conoce las penas derivadas de un mal uso de la información clínica.
- El 65,6% de los profesionales no darían información relacionada con un compañero sobre un conocido.
- El 49,7% de los profesionales sanitarios manifiestan que en el caso de padecer una enfermedad cuyo diagnóstico no quisieran que fuese divulgado, optarían por ser tratados en otro centro sanitario.

- El 92,2% considera que la vía más frecuente de divulgación es el boca a boca en los pasillos. (Iraburu Elizondo M., 2006)

III. En el año 2003 se realiza una encuesta que estaba compuesta por dos partes, un cuestionario y 10 casos clínicos muy comunes en las consultas. Este estudio revelaba que en muchos casos se habla de información confidencial con otros compañeros de trabajo sin tener en cuenta el lugar en dónde se encuentran ni la gente que hay alrededor vulnerando así la intimidad del paciente de una forma inconsciente. (MT, 2003)

IV. En el año 2005 se realiza un estudio en 7 hospitales españoles en el que se realiza una encuesta a los profesionales obteniendo los siguientes resultados:

- El 30% de los profesionales encuestados no accedería al historial clínico, por su propio interés, para conocer el estado de salud de un amigo ingresado.
- El 38,3% ante la situación de un compañero solicitaría información al personal sanitario.
- El 34,5% contarían en casa, si debido al trabajo, se enteran de que un amigo tiene una enfermedad importante.
- El 54,9% del personal sanitario reconoció haber consultado historias clínicas por curiosidad.
- El 95,8% declara que en el caso de ingresar ellos mismos en su centro, la probabilidad de que sus compañeros se enteraran de su diagnóstico sería alta o muy alta.
- El 84,1% opina que el comentario del pasillo es la vía de difusión más peligrosa. (Iraburu Elizondo M. H. A., 2007)

5 Discusión-Conclusión

El secreto profesional viene fundamentado por la ética y es un deber que se recoge en los Códigos Deontológicos y en la legislación vigente. Es un derecho de todos los usuarios el que se vea preservado su derecho a la intimidad.

Es un derecho que se vulnera mayoritariamente de manera inconsciente, ya que no todos los profesionales tienen claro dónde se empieza a vulnerar ese derecho. En el ámbito sanitario es frecuente que se revisen expedientes clínicos para consultar el historial de algún conocido, o porque algún compañero te pida información sobre cualquier conocido suyo. La forma más frecuente de que se vulnere ese derecho a la intimidad del paciente es mediante las conversaciones frecuentes que

se crean entre los mismos compañeros de trabajo al comentar cómo está yendo su día a día.

Es de fácil garantía cumplir este secreto profesional sin apenas gasto de recursos materiales, únicamente se necesitaría una mayor voluntad por parte del personal para su cumplimiento.

6 Bibliografía

- Carlos M Romeo Casabona, M.C. (1993). La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica.
- Constitución Española. (1978).
- Ley General de Sanidad. (1986).
- Ley orgánica de protección civil del derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen. (1982).
- Iraburu Elizondo M., C. C. (2006). Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital con relación a la confidencialidad. *An Sist Sanit Navar*.
- Iraburu Elizondo M., H. A. (2007). Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad.
- MT, H. H. (2003). *El secreto médico: actitudes y toma de decisiones en la práctica clínica*. Madrid.
- Ramírez Ceballos A., P. G. (2001). Confidencialidad e intimidad en nuestra práctica profesional. *Medicina de familia*, 145-148.

Capítulo 695

VIOLENCIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, TANTO EN EL PERSONAL SANITARIO COMO EN EL NO SANITARIO

CRISTINA COLUNGA VILLAR

BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ

PATRICIA MARTINO VALDES

1 Introducción

Importantes organizaciones como son la OMS, la OIT, la CIE y la ISP han redactado el “Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud” definiéndolo como: “Incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos al trabajo y viceversa, con la participación de amenaza explícita o implícita a su seguridad, el bienestar o la salud.” (OMS, 2002) La violencia puede expresarse de distintas formas, clasificándose como:

- Violencia física: Violencia en la que emplea cualquier tipo de fuerza física con el único fin de producir un daño físico. (Zucal & Noel, 2010)

Es el tipo de agresión más evidente porque puede detectarse de manera visual ya que conlleva el contacto físico como son retenciones involuntarias, golpes, empujones etc.

Una de las violencias más relevantes ya que se ha convertido en un problema para la salud pública a nivel mundial es la violencia sexual. En la que se incluye todo las acciones que someten en contra de su voluntad a otra persona a actividades sexuales. (A., J., Y., A.M, & G., 2012)

- Violencia psíquica: Violencia en la que prevalece el uso del poder o las amenazas frente a una agresión física, el objetivo es producir un daño psíquico o mental mediante insultos, amenazas, gritos. (Muñoz, Esteban, & Hernandez, 2012)

Al contrario de la violencia física es más difícil de detectar.

Más concretamente en el ámbito laboral la violencia se divide en tres categorías:

- Violencia externa: Es la clase de violencia que se produce contra los trabajadores por personas ajenas a la organización.

- Violencia por clientes-pacientes: Es la que sucede cuando los propios clientes o pacientes agreden a los trabajadores.

- Violencia interna: Es la que ocurre entre los trabajadores de un mismo ámbito laboral, que estén en igual o diferente jerarquía. (M.Y., L.G., C.M., & L.M., 2013)

Según información de los Centros para Prevención y Control de Enfermedades (CDC) en los últimos tiempos la violencia en el trabajo a nivel mundial ha aumentado de manera considerable llegando a triplicarlas en la última década. Esto favorece el aumento de las enfermedades y accidentes de trabajo. Cabe destacar que en el sector de la salud la violencia puede traer unas consecuencias muy negativas en la atención al paciente, la información, los cuidados y las decisiones que los propios trabajadores tomen. Los motivos más frecuentes por los que se puede desencadenar cualquier tipo de violencia en el ámbito hospitalario pueden venir producidos por largos tiempos de espera, insatisfacción con el servicio, mala relación con el profesional, discrepancias en los diagnósticos, mal funcionamiento del sistema sanitario etc. (M.Y., L.G., C.M., & L.M., 2013)

2 Objetivos

- Analizar los tipos de violencia más comunes en el ámbito hospitalario, dando a conocer las distintas formas en las que se puede presentar.

- Determinar cuáles son los principales factores por los que se produce dicha violencia y las consecuencias que tiene para el desempeño profesional.

- Concienciar de la importancia y la repercusión que supone la violencia en el trabajo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión exhaustiva de artículos científicos a cerca de la violencia en el sector de la salud así como diversos estudios y sitios web sobre los mismos para ellos se han utilizado distintas bases de datos, entre ellas: PubMed, SCielo.

Los descriptores que se han utilizado han sido: violencia laboral, personal sanitario, violencia ocupacional, violencia física, sexual y psicológica, violencia percibida, trabajadores de salud, atención primaria, etc

4 Resultados

- Tipo de violencia: 4% de todos los trabajadores sufren violencia psicológica, el 2% acoso sexual y el 87% son intimidados. A nivel mundial, la violencia ha crecido un 300%.
- Consecuencias: existen grupos con mayor riesgo de sufrir algún tipo de violencia y en los Países Europeos encabezan la lista las personas que desempeñan su trabajo en el ámbito hospitalario, siendo en este caso más de la mitad de los trabajadores, y haciendo que repercuta de manera negativa en la atención y en la prestación de servicios sanitarios, deteriorando la calidad de esta.
- Causas y concienciación: entre las causas mas comunes están las listas y tiempos de espera, inconformidad con el diagnóstico y/o tratamiento, etc. (M.Y., L.G., C.M., & L.M., 2013) En España, La Sección de Ámbito Sanitario de la Sociedad Catalana de Seguridad y Medicina del Trabajo junto con un grupo de investigación, ponen en marcha una página web para que un grupo restringido de representantes de centros sanitarios catalanes puedan participar, de manera voluntaria, en un estudio sobre la violencia en los centros sanitarios.

En la página deben registrar los incidentes que se produzcan hacia su persona en su ámbito de trabajo.

Entre 2005 y 2007 se recogen los siguientes datos:

- Se registran casi 900 incidentes violentos.
- El 75% de esos incidentes recaen sobre personal femenino.
- La mayoría de los agresores son hombres.
- El 73% de los agresores son pacientes, de los cuales 1/3 son reincidentes.
- El mayor número de agresiones se producen en el turno de mañana.
- El 30% de las agresiones suceden en urgencias.

- La mitad de las agresiones las sufren el personal de enfermería, un 30% el personal médico, un 13% los técnicos y administrativos y el resto otros sectores.
- En el 40% de los casos se ejercen violencia física.
- La mayoría del personal agredido considera que ese acto influirá negativamente en el ejercicio de su profesión. (Leonor M Cantera, 2008)

5 Discusión-Conclusión

No toda la violencia viene determinada por el contacto o agresión física. Las profesiones en las que se establece un contacto directo con clientes o pacientes son las que mas riesgo tienen de sufrir cualquier tipo de agresiones.

En el caso del personal hospitalario, que basan su día a día en el contacto con pacientes y/o familiares de personas enfermas, y que las hace ser mas vulnerables, hace que sea un sector laboral con un riesgo elevado de sufrir cualquier tipo de violencia. Si nos basamos en el sexo de las personas agredidas, el mayor porcentaje de agresiones lo sufren las mujeres, y dependiendo de la actividad que desarrollen dentro del hospital, la mayor parte de las agresiones las sufre el personal de enfermería.

Cualquier tipo de violencia sobre un personal sanitario hace que se debilite la relación profesional y puede influir negativamente en el desempeño de su profesión en el futuro.

6 Bibliografía

- A., F., J., S., Y., P., A.M, A., & G., A. (2012). Reconocimiento de la violencia laboral en el sector de la salud. revista Cubana de Salud y Trabajo, 9.
- Leonor M Cantera, G. C. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. Papeles del Psicólogo.
- M.Y., I. A., L.G., S., C.M., M. E., & L.M., M. Á. (2013). Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de
- Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? Medicina y seguridad del trabajo., 235-258.
- Muñoz, I. G., Esteban, B. L., & Hernandez, J. A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. Revista Española de Salud Pública., 279-291.

- OMS, C. O. (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.
- Zucal, D. J., & Noel, D. G. (2010). Notas para una definición antropológica de la violencia: Un debate en curso. *Publicar*, 97.

Capítulo 696

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ

CRISTINA COLUNGA VILLAR

PATRICIA MARTINO VALDES

1 Introducción

La OMS define el “mobbing” como “el comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo hacia un individuo en el ambiente de trabajo. Este acoso tiene como objetivo producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador hasta que éste renuncie o sea despedido.”

Según la OMS, para que se pueda llamar “mobbing”, deben darse cinco factores:

- Que no sea un suceso puntual y que al menos se prolongue 6 meses.
- Que sea frecuente y suceda, como mínimo, una vez a la semana.
- Que exista una víctima concreta, es decir, que no sea simplemente una situación de mal ambiente laboral generalizado.
- Que el acoso perpetrado no sea consecuencia de la conducta de la víctima.
- Que el acosado no muestre un trastorno de personalidad previo con historial de conflictividad.

Cabe destacar que este tipo de conductas violan varios derechos fundamentales recogidos en la Constitución de 1978, entre ellos:

- Artículo 10.1: el derecho a la dignidad de la persona.

- Artículo 15: la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
- Artículo 18.1: se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
- Artículo 35.1: todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo.
- Artículo 40.2: los poderes públicos fomentarán una política que velará por la seguridad e higiene en el trabajo.
- Artículo 43.1 y 2: se reconoce el derecho a la protección de la salud, compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

En España se instauró el 5 de mayo de 2011 el Acuerdo sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado. Con este acuerdo lo que se pretende es establecer un procedimiento de actuación ante situaciones que pudieran constituir acoso laboral en este caso en el ámbito sanitario. Mediante este tipo de procedimientos el trabajador queda respaldado ante toda serie de conductas indeseables e inaceptables en el ámbito laboral.

En cuanto al acoso empresarial, hay estudios que determinan que un trabajador que sufre de acoso psicológico reduce su rendimiento y con esto su productividad. Con lo cual se puede concluir que el propio empresario debería tener un protocolo de actuación frente a estas situaciones. Se tendrá en cuenta que el acoso laboral es más frecuente en empresas grandes o administraciones con muchos mandos intermedios, lo que llevará a un abuso de poder por parte de ellos o por su propia incapacidad para resolver los conflictos laborales que se presenten. (Cervera., 2005)

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo y de los ámbitos más susceptibles a padecerlo y determinar el fundamento del acoso laboral.
- Evaluar las consecuencias y cómo actuar tanto a nivel primario para su prevención o a nivel secundario para su erradicación una vez presente ya el problema.

3 Metodología

Se han revisado multitud de estudios relacionados con el acoso laboral, así como revistas científicas vinculadas al mundo sanitario, desechando aquellos artículos incompletos o carentes de rigor científico. Para estas búsquedas se han utilizado entre otras las siguientes bases de datos: Scielo, Csic...

A demás como palabras claves se han empleado: acoso laboral, “mobbing”, estrés laboral, acoso psicológico.

4 Resultados

- El acoso laboral ha incrementado la atención tanto de la comunidad científica como de los medios de comunicación por su importancia en el entorno social y debido a las consecuencias que tiene en los trabajadores. (Bernardo Moreno Jimenez, 2005)

- Los factores de riesgo son:

- Las características demográficas o de personalidad del acosador: en este modelo los estudios indican que el perfil de las víctimas suele ser de personas con ansiedad, obsesión, baja autoestima...

- Las condiciones del ambiente de trabajo: en este caso se puede resaltar que en los ambientes en los que se prime el rendimiento, la competitividad y eficacia se verá incrementado el acoso, frente a situaciones de recortes de plantilla o alteraciones similares en las que los comportamientos serán más benévolos. (Gabriela Topa Cantisano)

Clases de “mobbing” según la relación laboral entre la víctima y el acosador o acosadores:

- Ascendente: los trabajadores jerárquicamente inferiores atacan a una persona de jerarquía superior principalmente porque ésta es autoritaria o parcial.

- Descendente: las personas de jerarquía superior atacan a sus subordinados principalmente por abuso de poder. Esta causa es la más frecuente.

- Horizontal: compañeros que atacan a una persona de su mismo nivel jerárquico. El motivo por el que se llega a este estado es por debilidad de la víctima o por enemistad, aburrimento, poco trabajo... del acosador. (Hernández., 2004)

- Las consecuencias del acoso laboral son:

Los estudios realizados en España demuestran que el acoso laboral es un factor importante en nuestro país en el que la víctima pone en riesgo su salud física,

mental y social. Estas situaciones se dan en condiciones laborales muy diversas y afectan a todo tipo de personas independientemente de su edad, nivel académico o rango empresarial. Las personas víctimas de acoso pueden llegar a padecer depresión, ansiedad o estrés, pudiendo derivar en tratamientos de origen farmacológico que conlleve la ingesta de antidepresivos o ansiolíticos. Es de mencionar que dicho acoso lo sufren un número más elevado de mujeres que de hombres, empeorando la salud mental de estas. (M^a Pilar Matud Aznar, 2013)

Las personas víctimas de acoso pueden llegar a padecer depresión, ansiedad o estrés, pudiendo derivar en tratamientos de origen farmacológico que conlleve la ingesta de antidepresivos o ansiolíticos. Es de mencionar que dicho acoso lo sufren un número más elevado de mujeres que de hombres, empeorando la salud mental de estas. (M^a Pilar Matud Aznar, 2013)

- La prevención está englobada en el respeto mutuo, en el fomento de la autoestima personal, autorealización y respeto entre compañeros así como a poner en disposición herramienta de denuncia con repercusión inmediata del acosador.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años y de manera exponencial se ha observado que el acoso laboral cada vez desempeña un papel más importante en el ámbito laboral, desencadenando en la víctima unas consecuencias psicosociales notables debido a las condiciones de la organización del trabajo y a las relaciones interpersonales que entre los propios trabajadores se producen. (Piñuel, 2003)

Se ha demostrado que es de vital importancia para la salud mental del trabajador que se aúnen esfuerzos por parte de la Administración y de los propios compañeros para provocar el cese de este tipo de situaciones tan perjudiciales. Así como que el propio trabajador interponga en caso de ser necesaria la denuncia correspondiente.

6 Bibliografía

- Bernardo Moreno Jimenez, A. R. (2005). Diferencias de género en el acoso psicológico en el trabajo: Un estudio de la población española. *Psicología em Estudo*, Maringá, 10, 3-10.
- Cervera., J. V. (2005). *El mobbing o acoso laboral*. Madrid: Tébar.

- Gabriela Topa Cantisano, M. D. (s.f.). Acoso Laboral: meta-análisis y modelo integrador de sus antecedentes y consecuencias.
- Hernández., N. P. (2004). Un proceso lesivo: "El mobbing". Revista Cubana de Salud y Trabajo., 53-59.
- M^a Pilar Matud Aznar, T. V. (2013). Acoso laboral en mujeres y hombres: Un estudio de la población española. Salud trabajo, 21, 19-30.
- Piñuel, I. (2003). Mobbing. Manual de autoayuda. Claves para reconocer y superar el acoso psicológico en el trabajo. Aguilar.

Capítulo 697

ERGONOMÍA EN EL TRABAJO APLICADA AL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN EL MEDIO HOSPITALARIO EN RELACIÓN AL USO DE DISPOSITIVOS INFORMÁTICOS.

BEATRIZ CABEZA MENÉNDEZ

CRISTINA COLUNGA VILLAR

PATRICIA MARTINO VALDES

1 Introducción

En el año 1974 la OMS define ergonomía como “la ciencia que trata de obtener el máximo rendimiento, reduciendo los riesgos de error humano a un mínimo, al mismo tiempo que trata de disminuir la fatiga y eliminar en tanto sea posible, los peligros para el trabajador, estas funciones se realizan con la ayuda de los métodos científicos y teniendo en cuenta, al mismo tiempo, las posibilidades y limitaciones humanas debidas a la anatomía, fisiología y psicología.”

Los trastornos ocasionados por un déficit de conocimientos sobre ergonomía podrían ser causados por múltiples factores, entre los que cabe destacar el sedentarismo, las posturas incorrectas o el mobiliario inadecuado y podrían afectar tanto al personal con funciones clínicas como administrativas. (Adup, 2003)

Es por esto que la ergonomía juega un papel fundamental en la prevención de estos procesos patológicos, para que ésta sea verdaderamente eficaz ha de tener en cuenta las necesidades individuales de cada trabajador, prestando especial atención a aquellos que pudiesen tener algún tipo de discapacidad.

Se recogen multitud de cuidados preventivos a tener en cuenta en función del órgano u órganos que se vieses afectados, entre los que cabe destacar:

-Visuales:

Descanso de la vista durante 10 minutos cada 2 horas, cuidados en la iluminación contando con un segundo punto de luz superior al generado por la pantalla, regular el brillo del monitor para mejorar su visibilidad o el uso de filtros, así como mantener una distancia apropiada con la pantalla que debe ser mínimo 45 centímetros y máximo 70.

-Musculo-esquelético:

Puede acarrear dolencias tipo dorsalgias, lumbalgias, dorsolumbalgías, ciatalgias o simples contracturas musculares.

Cabe resaltar el Síndrome del túnel carpiano que se define como la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca en su paso por el túnel del carpo y se produce principalmente por esfuerzos manuales intensos y movimientos repetitivos del miembro superior. (Roel Valdés, Arizo Luque, & Ronda Pérez, 2006)

Es aconsejable mantener la espalda recta, con los hombros relajados, codos doblados a 90 grados y muñecas rectas, para ello se recomienda el ajuste de silla y mesa a las características físicas del usuario, así como realizar estiramientos siempre que fuese necesario.

-Cervicales:

Las dolencias más comunes asociadas a esta zona son la cefalea, el dolor mandibular o la contracción cervical. (Hermoso Iglesias, 2011)

Lo aconsejable es colocar el monitor al mismo nivel que la cabeza del trabajador, evitando hacer esfuerzos y sobrecargando así la zona.

De manera genérica y como apoyo a todos los cuidados anteriormente nombrados también es recomendable levantarse del puesto de trabajo y caminar al menos una vez por cada hora realizada. (Guillén Fonseca, 2006)

-Psicológicas:

Desde el punto de vista psicológico o mental el uso de dispositivos informáticos individuales a derivado en una menor comunicación entre compañeros , lo que podría repercutir de manera negativa a nivel mental, disminuyendo la capacidad de interacción y pérdida de herramientas de interacción social.

2 Objetivos

- Identificar los trastornos derivados del uso del ordenador en el personal hospitalario, así como tratar de encontrar las medidas preventivas más eficaces para controlar y evitar esas posibles patologías.

3 Metodología

Se han revisado multitud de artículos científicos relacionados con la ergonomía en el ámbito laboral, para ello se ha utilizado la base de datos SCIELO , BioMed Central o PubMed.

Como palabras clave han sido utilizadas ergonomía, fatiga, músculo-esquelético, salud, prevención.

De igual modo se han visualizado un total de 22 artículos de los cuales finalmente he utilizado 10 por su rigor y base científica.

4 Resultados

- Estas dolencias afectarían tanto a nivel músculo-esquelético como ocular o psicológico, derivados de sus condiciones en el trabajo. Casi un 90% de la población española ha sufrido en los últimos años dolencias derivadas del uso del ordenador durante largas jornadas. No es de extrañar que este porcentaje sea tan elevado ya que de media permanecemos 7,2 horas diarias delante de un dispositivo informático. (Taylor, 2012)

- Prevención: tarea bidireccional, tanto de la empresa que aporte materiales óptimos para el empleo del trabajo en condiciones ergométricas y saludables y por parte del trabajador.

Para que estas medidas sean eficaces ha quedado demostrado que el sistema de trabajo ha de ajustarse a la normativa en vigor, comprendiendo pausas y descansos, adecuación de turnos y horarios, así como la adecuada carga a nivel físico y mental. (Portal riesgos laborales de los trabajadores de la enseñanza, 2015) De no ser así ha quedado demostrado el riesgo que ello conlleva para la salud del trabajador, ocasionando no solo perjuicio sobre éste sino también sobre la administración que emplea o la empresa privada, ya que estos procesos en multitud de ocasiones precisan tanto de atención médica como de baja laboral o ausentismo laboral.

5 Discusión-Conclusión

No hay duda que debido al ritmo y las exigencias que se presentan en la jornada laboral diaria, así como el exceso de horas delante de la pantalla han sido factores desencadenantes de pluripatologías tanto físicas como psicológicas en el trabajador. En base a esto, queda de manifiesto que es de vital importancia que el cuidado de estos sea bidireccional, es decir, tanto el propio trabajador debe ser responsable de su propia salud adecuando correctamente su puesto de trabajo a sus necesidades físicas, como por parte de la empresa que dotar del material necesario para su desarrollo sin que éste sufra trastorno alguno en el desempeño de sus funciones.

Las patologías laborales se ven incrementadas en el caso de los trabajadores vinculados al área de la salud en el ámbito hospitalario, debido a la gran dedicación de horas y al auge de las aplicaciones informáticas que comprenden un amplio abanico tanto para cuidados clínicos del paciente, como de la asistencia telemática a nivel administrativo, ya que desde hace varios años a esta época se han ampliado las tareas o actividades a realizar desde el ordenador, bien sean consultas online, citas o trámites. (Portal riesgos laborales de los trabajadores de la enseñanza, 2015)

De igual modo la comunicación interna entre los distintos servicios o categorías profesionales actualmente ha derivado casi en el cien por cien de los casos a una comunicación exclusivamente online, permitiendo minimizar las acciones burocráticas y así optimizar al máximo el tiempo disponible, pero pasando a un segundo plano la realización de estos trámites de manera verbal, con el consiguiente aumento de horas frente a la pantalla durante la jornada laboral.

6 Bibliografía

- <http://Ergonomos.es>
- Adup, E. &. (2003). La importancia de la ergonomía para los profesionales de la salud. Ciencia y enfermería. (Vol. 9 (1)).
- Asociación española de ergonomía. (s.f.). Obtenido de <http://ergonomos.es>
- Asociación española de ergonomía. (s.f.). Recuperado el 19 de 11 de 2019, de <http://ergonomia.es>
- Guillén Fonseca, M. (2006). Ergonomía y la relación con los factores de riesgo en salud ocupacional. Revista cubana de enfermería. , 22 (4).

- Hermoso Iglesias, J. (2011). Medicina del trabajo. Revista de la asociación española de especialistas en medicina del trabajo .
- Mondelo, P., Torada, E., & Bombardo, P. (1994). Ergonomía I y II. Barcelona, España: Alfaomega.
- Portal riesgos laborales de los trabajadores de la enseñanza. (2015). Recuperado el 19 de 11 de 2019, de <http://riesgoslaborales.saludlaboral.org>
- Roel Valdés, J., Arizo Luque, V., & Ronda Pérez, E. (2006). Epidemiología del síndrome del tunel carpiano de origen laboral en la provincia de Alicante. Revista española Salud Pública , 395-409.
- Taylor, C. (2012). La ergonomía de un espacio de trabajo cambiante en España. PV magazine. Prevención de riesgos, seguridad y salud laboral. (43), 16-23.

Capítulo 698

EL CELADOR Y EL SOPORTE VITAL BÁSICO EN PEDIATRÍA

ELENA VIDAL GARCIA

MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ

LYDIA WARNER PALLAS

1 Introducción

Definimos la PCR (Parada Cardiorrespiratoria) como la interrupción inesperada, brusca y potencialmente reversible, de la respiración y circulación espontánea, traducido clínicamente en pérdida de conciencia, apnea y ausencia de pulsos centrales. Todo el conjunto de medidas y maniobras empleadas para intentar sustituir primero y restablecer después, la respiración y la circulación espontánea, es lo que denominamos PCR.

2 Objetivos

- Establecer la epidemiología y el pronóstico en la PCR pediátrica.
- Determinar la realización de las maniobras de reanimación cardiopulmonar

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Epidemiología y pronóstico:

Las causas que producen una PCR en un niño son distintas a las de un adulto, y se pueden diferenciar en dos grupos:

- Las que afectan a los niños con enfermedades respiratorias y circulatorias.
- Las que afectan a los niños sanos: es el denominado síndrome de la muerte súbita de lactantes y los accidentes en niños mayores de un año.

Es un pronóstico malo, en el que la supervivencia suele ser inferior a un 20 %. Hay una serie de factores que determinan la supervivencia del niño como es su estado previo, la causa y el mecanismo que origina la PCR. Es muy importante la prevención como medida para que se salven más vidas, prevenir los accidentes, de la muerte súbita del lactante y del diagnóstico precoz y la terapéutica adecuada de las enfermedades de riesgo de PCR.

- Pasos de realización de RCP pediátrica (se realizan de forma secuencial):

Se debe estimular al niño en busca de una respuesta: le tenemos que hablar en voz alta, pellizcarlo, darle palmadas con suavidad y procurar la inmovilización del cuello siempre que se sospeche lesión cervical. Si el niño responde lo dejaremos en la posición que se encuentre, si es que no corre peligro, comprobamos su situación clínica y pediremos ayuda si es necesaria.

En el caso de que el niño no responda, iniciaremos la maniobra de apertura de la vía aérea :

Maniobra frente-mentón: la realizaremos siempre que no tengamos sospecha de lesión cervical. Se coloca una mano sobre la frente-mentón efectuando una extensión del cuello, tiene que ser moderada en niños pequeños y neutra en lactantes. Con la punta de los dedos de la otra mano se levanta el mentón, con cuidado de no presionar sobre los tejidos blandos debajo del mentón ya que se puede obstruir la vía aérea.

Tracción mandibular: esta se efectuará cuando se sospeche lesión cervical. Se debe mantener inmovilizada la columna cervical con alineación de cabeza, cuello,

haciendo una tracción de la mandíbula hacia arriba.

Una vez realizada una de las dos maniobras, el reanimador aproxima su mejilla y oído a la boca del niño para mirar los movimientos respiratorios, oírlos y sentir la respiración en la mejilla. Esta maniobra debe realizarse durante 10 segundos para decidir que no existe respiración espontánea.

Si el niño respira lo colocaremos en posición de seguridad, salvo que se sospeche traumatismo cervical. El reanimador, en este caso el celador, se coloca junto al paciente, colocará el brazo del niño más próximo al reanimador en ángulo recto al cuerpo con el codo girado hacia la cabeza y la palma de la mano mirando hacia arriba. El otro brazo cruzando el tórax, colocando la palma de la mano sobre la mejilla opuesta. Dobla la pierna más lejana por la rodilla y girar al niño noventa grados hacia el reanimador, quedando este en posición lateral.

Si el niño no respira: el reanimador tiene que comprobar que no hay obstrucción de vía aérea y ventilar efectuando una serie de insuflaciones con la boca, boca-boca y nariz en el caso de los lactantes o boca-boca en los niños. Se deben realizar 5 insuflaciones lentas, manteniendo en todo momento la apertura de la vía aérea. Si se produce una insuflación excesiva puede provocar barotrauma pulmonar o distensión gástrica.

Se deben hacer 5 insuflaciones de las que al menos 2 sean efectivas. Si una vez que hemos comprobado la vía aérea no se consigue la insuflación del tórax lo trataremos como obstrucción de cuerpo extraño. En los niños mayores de 8 años, las respiraciones se harán a ritmo de 12 por minuto y en el recién nacido serán a un ritmo de 30-60 por minuto.

Debemos de comprobarle el pulso, se le reconoce la falta de esta durante 10 segundos en las grandes arterias. En los lactantes la comprobación del pulso braquial, se palpará poniendo los dedos en forma de pinza en la zona interna del brazo entre el codo y el hombro.

Si tiene pulso se continua con la ventilación a la frecuencia de 20 respiraciones por minuto y si no se le palpa pulso, se procederá a la compresión cardíaca mediante el masaje cardíaco externo. Se colocará al niño en decúbito supino y se localizará el punto de masaje, siendo éste en la mitad del esternón.

Si es un lactante colocaremos el dedo índice en el esternón por debajo de la línea entemamilar y con los dedos tercero y cuarto iniciaremos las compresiones torácicas hasta un tercio de profundidad del tórax, y a una frecuencia de 100 por minuto. También se puede realizar masaje rodeando el tórax con ambas manos,

colocando los pulgares sobre el tercio medio del esternón, justo debajo de la línea media intermamilar.

En los niños de uno a ocho años la compresión se realizará con el talón de la mano colocándola dos dedos por encima del extremo distal del esternón. Se realizarán compresiones de un tercio de profundidad y a una frecuencia de 100 pulsaciones por minuto. Se realizarán 15 compresiones por 2 ventilaciones. Y en el niño mayor se realizará igual que en un adulto, colocando las dos manos entrelazadas sobre el tercio inferior del esternón. Con una secuencia de 15 compresiones por cada 2 ventilaciones, cuando hay uno o dos reanimadores sanitarios o en este caso celadores. Si hay alguna duda se puede emplear la secuencia 30:2 del adulto. Con un solo reanimador se realizará esta secuencia durante un minuto antes de pedir ayuda, mientras que con dos reanimadores, uno puede realizar la reanimación mientras el otro pide ayuda.

5 Discusión-Conclusión

Entendemos por RCP Básica en pediatría el conjunto de maniobras que nos permiten identificar la situación de parada cardiorrespiratoria y realizar la sustitución de la respiración y la circulación sin ningún equipamiento específico. Es necesario iniciarla lo antes posible. Son una serie de maniobras que hay que realizar de forma secuencial, no pasando de una a otra sin estar seguros de que la maniobra anterior se ha realizado correctamente. Lo que hay que hacer en primer lugar es conseguir la seguridad para el reanimador y para el niño. Se debe movilizar solamente si se encuentra en un lugar peligroso o su situación o posición no son las adecuadas para realizar la RCP. Es relevante que la RCP se haga de forma secuencial, pidiendo ayuda en un primer momento y asistiendo al niño con masaje cardiaco e insuflaciones hasta recibir ayuda y poder establecer la reanimación cardiopulmonar avanzada.

6 Bibliografía

- Pérez Navero, JH.L. y otros; Tratado de cuidados intensivos pediátricos 2º edición. Ediciones Norma. Madrid 1994
- Nichols, D.G; Yaster, H; Lappe, D.G y Maller, J.A; Manual de urgencias en pediatría 1º edición. Ediciones Harcourt Brace. Madrid 1996
- Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Manual de Reanimación

Cárdiopulmonar Avanzada Pediátrica y Neonatal. 2º Edición. Madrid Publimed.
-Consejo Español de RCP. Manual de Soporte Vital Avanzado. 2º Edición.2002.
Editorial Masson, S.A.

Capítulo 699

EL RECICLAJE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ

MONICA AMADO MENÉNDEZ

MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ

LETICIA AMADO MENÉNDEZ

ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ

1 Introducción

En el ámbito sanitario se busca la manera de reducir los costos potenciales. Aquí hay varias estrategias que no sólo reducen los costos en los establecimientos, sino que también disminuyen significativamente el impacto de los hospitales sobre el ambiente y la comunidad que los rodea. Los residuos sanitarios son los productos derivados de las actividades de centros de salud, hospitales, clínicas, etc.

Entre 75% y 90% de los desechos sanitarios están compuesto por materiales similares a los que se podrían encontrar en una casa, por lo que el reciclaje sanitario no debería ser un problema. Sin embargo, entre el 10% y el 25% restante está compuesto por materiales que requieren de un tratamiento especial.

2 Objetivos

- Justificar las tareas de reciclaje dentro del ámbito sanitario.

- Establecer los diferentes tipos de material contaminante dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para un reciclaje sanitario efectivo es necesario conocer cada tipo de desecho y la mejor manera de tratarlo. Tal y como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), la clasificación de los residuos sanitarios se divide de la siguiente manera:

- Residuos urbanos generados en el centro médico

Conforman la mayor parte del residuo sanitario. Están compuestos de residuos que no han estado en contacto con pacientes con alguna infección.

Para el correcto reciclaje sanitario de estos desechos, han de ser separados según su material -plástico, cartón o vidrio-, para ser transportados y, eventualmente, reciclados.

- Residuos radioactivos

Proviene de líquidos, gases y sólidos contaminados con radionucleoides, cuya radiación es dañina para el ADN. Están contaminados con sustancias radioactivas, provenientes de material utilizado al realizar rayos X, A y G. Es importante destacar que la radiación proveniente de los rayos X solo permanece mientras estén encendidos, mientras que las partículas de los rayos G y A emiten radiación continuamente. Este tipo de desechos es exclusivamente manejado por empresas especializadas en el sector, dado que el reciclaje de residuos sanitarios de este tipo conlleva una serie de acciones específicas.

- Residuos humanos

Procedentes de cadáveres y restos humanos, los cuales pueden provenir de abortos y operaciones, entre otros procedimientos. El reciclaje sanitario de los resid-

uos humanos suele ser la cremación o el entierro. En este sentido, además es el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria (Decreto 2263/74, M. Gob., BOE de 17.8.1974.), el que se encarga de regular el correcto manejo de estos residuos.

- Residuos citotóxicos

Se derivan de los medicamentos utilizadas en las unidades de oncología y radioterapia que tienen un alto efecto mutagénico y citotóxico. Los fluidos generados por los pacientes tratados con estos medicamento también se incluyen en esta categoría. Estos desechos deben ser empaquetados, transportados y tratados con incineración o combustión. El manejo de estos desperdicios está regulado por la Ley 22/2011 de residuos y contemplados en el ámbito de aplicación de la normativa de gestión de residuos sanitarios. Y solo empresas destinadas a ellos, como SMV pueden encargarse de ello de manera eficiente.

- Material altamente infeccioso

Consiste principalmente en cultivos de microorganismos y fluidos corporales de pacientes que padecen enfermedades altamente infecciosas. Los desechos infecciosos deben ser transportados e incinerados. Por su parte, los recipientes que contienen los cultivos deben ser esterilizados con una autoclave. Esta debe encontrarse preferiblemente en el laboratorio.

Los diferentes productos contaminantes del ámbito sanitario son:

- Residuos químicos

Contienen sustancias químicas potencialmente peligrosas para la salud. Esta categoría de residuos sanitarios incluye materiales muy diversos, como termómetros rotos, baterías, reactivos de laboratorio, solventes y contenedores presurizados, entre otros. Su peligro radica en el carácter tóxico, explosivo y/o inflamable de estos elementos. Para llevar a cabo un correcto reciclaje sanitario se deben seguir las instrucciones que indica el envoltorio de cada uno de estos.

- Material infeccioso

Es todo aquel material que contenga suficientes patógenos como para causar enfermedades en un potencial huésped. Aquí se encuentra el material médico que haya estado en contacto con pacientes. Las secreciones corporales de los pacientes también pertenecen a esta categoría. El material infectado ha de ser empaquetado, transportado e incinerado.

- Desechos punzantes

Trozos de vidrio, jeringas, equipos de infusión, bisturís, y otros materiales médicos que hayan sido utilizados pertenecen a este grupo. Estos desechos deben ser

envueltos debidamente en un recipiente resistente.

- Desechos farmacéuticos

Están conformados por medicamentos o productos que ya pasaron su fecha de expiración. Estos desechos deben ser tratados junto con los residuos citotóxicos.

Los resultados de una buena práctica del reciclaje en el ámbito sanitario, entre otros, son:

- Beneficios para la salud.
- Preservación recursos naturales.
- Disminuir la contaminación.
- Ahorro de energía.
- Ahorro de dinero.

5 Discusión-Conclusión

Para que haya un reciclaje sanitario efectivo es necesario conocer cada tipo de desecho y la mejor manera de tratarlo. Tal y como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS). La mitad de los residuos que se generan en un centro de salud se pueden reciclar y no hay excusa para no hacerlo.

En resumen, la concienciación y la justificación se debe a:

- Porque el deterioro de nuestro entorno natural repercute en nuestra salud.
- Porque hay muchos residuos susceptibles de ser reciclados que se tiran en el contenedor de restos y acaban en el vertedero, contaminando el suelo, las aguas subterráneas y la atmósfera, degradando nuestro entorno o medio ambiente.
- Porque mejorando nuestro entorno, contribuimos a mejorar nuestra salud: prevenir es mucho más que curar. Porque cada ciudadano, en España, genera, por término medio, más de 600 kg de residuos al año (1,7 kg/día), es decir, más de 25 millones de toneladas de basura al año: $1,7 \text{ kg/día} \times 365 \text{ días} \times 40 \text{ millones de habitantes}$.
- Porque todos tenemos capacidad para modificar voluntariamente nuestros hábitos de consumo, utilizando las tres erres: Reducir, Reutilizar y, por último, Reciclar nuestras basuras, en este orden de prioridad. De esta manera se consigue evitar el deterioro medioambiental, un ahorro de materias primas y de energía, y una mejora de la salud.
- Porque depositar uno de estos envases en un contenedor es más que un acto rutinario, significa todo un gesto solidario con el planeta. Es necesaria la participación activa y constante de los ciudadanos.

- Porque en nuestro centro de salud también generamos residuos susceptibles de ser reciclados. Para ello es necesario separar en origen: papel, plástico, metal y briks, vidrio, pilas, medicamentos, cartuchos de tóner, radiografías, residuos orgánicos, aerosoles y sprays o residuos biosanitarios. Porque la mayoría de los trabajadores estamos dispuestos a reciclar en el trabajo, siempre y cuando se faciliten los contenedores y funcione el circuito de reciclado por parte del personal de limpieza.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS),13 de junio de 2018. (internet) (acceso 18/12/19)
- <http://archivos.fapap.es>
- <https://www.ecologiaverde.com>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 700

EL CELADOR Y LOS DISPOSITIVOS DE AYUDA A LA MARCHA.

PATRICIA ISABEL PIRES PELÁEZ

CARMEN VERÓNICA HERRANZ PELÁEZ

DIANA HERNÁNDEZ MONTERO

1 Introducción

Las muletas, también denominadas bastones ingleses, son soportes que permiten a la persona deambular con una sola pierna o bien, ayudar en la deambulación con ambas piernas cuando exista una lesión. Además, las muletas contribuyen a lograr una mayor estabilidad, reducir el peso corporal soportado por las extremidades inferiores y facilitan al paciente su desplazamiento, promoviendo su independencia.

2 Objetivos

Describir el uso de dispositivos de ayuda en la marcha y los diferentes métodos para la marcha.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Pueden utilizarse una o dos muletas y hay diferentes métodos para la marcha.

Marcha a 4 puntos: está indicada cuando existe gran debilidad en ambas piernas o una mala coordinación. Siempre hay tres puntos de apoyo, siendo esta marcha muy estable y segura. No está indicada en fracturas.

Ia. Patrón:

- Muleta izquierda
- Pie derecho.
- Muleta derecha.
- Pie izquierdo.

Marcha con 3 puntos: está indicada cuando existe incapacidad para apoyar el peso en una pierna. Hay una versión modificada donde se permite la carga parcial, por ejemplo tras la operación de artroplastia de rodilla: la extremidad operada puede soportar algo de peso cuando las dos muletas se encuentren en el suelo.

Patrón:

- Avanzar primero las muletas y el pie enfermo
- Posteriormente avanzar la pierna sana, apoyando todo el peso en las muletas.

Marcha oscilante o balanceada: también es denominada como marcha en trípode. Está indicada en paciente que no puede mover la extremidades inferiores: parapléjicos o con aparatos ortopédicos en ambas piernas; pero que son capaces de cargar peso en las extremidades superiores. Hay dos versiones: marcha con balanceo hasta las muletas y marcha a través del balanceo.

Marcha a 2 puntos: está indicada cuando el paciente puede cargar o apoyar el peso sobre las dos extremidades inferiores, aunque tenga debilidad en una de ellas. Es como una marcha de cuatro puntos pero más rápida. Se parece al ritmo natural al andar y no está indicada en fracturas.

Patrón:

- Muleta derecha y pie izquierdo a la vez.
- Muleta izquierda y pie derecho a la vez.

Subir escaleras: Se sube primero la pierna sana y después las muletas junto a la pierna afectada.

Bajar escaleras: Se bajan primero las muletas con la pierna afectada y después la pierna sana.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados al paciente que deambula con muletas son los siguientes:

- Al coger las muletas se debe permanecer en posición erguida. El codo debe mantener un ángulo de 20-30°.
- El calzado debe ser antideslizante, cómodo y cerrado.
- Al iniciar la marcha, el paciente se debe poner en pie y colocar las muletas a ambos lados, separadas del cuerpo aproximadamente 15 cm y un poco más adelantadas que los pies.

Se considera muy importante el conocimiento del uso de estos dispositivos ya que suele ser el celador el que ayuda al paciente en la deambulación cuando lo precisa.

6 Bibliografía

- Edelstein J. Canes, crutches, and walkers. In: Webster JB, Murphy DP, eds. Atlas of Orthoses and Assistive Devices. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 36.
- Meftah M, Ranawat AS, Ranawat AS, Caughran AT. Total hip replacement rehabilitation: progression and restrictions. In: Giangarra CE, Manske RC, eds. Clinical Orthopaedic Rehabilitation. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 66.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 701

PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL: DISCONFORT TÉRMICO DEL PERSONAL NO SANITARIO

DANIEL LÓPEZ CARRASCO

ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ

VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS

1 Introducción

El confort térmico es la manifestación subjetiva de conformidad o satisfacción con el ambiente térmico existente. Se puede decir que existe confort térmico o sensación neutra respecto al ambiente térmico cuando las personas no experimentan sensación de calor ni frío, es decir cuando las condiciones de temperatura, humedad y movimiento del aire son favorables a la actividad que desarrollan. El disconfort térmico estudiado fundamentalmente en trabajos sedentarios en el sector sanitario español de los trabajadores en el ámbito no sanitario, se puede dar incluso cumpliendo con lo establecido en la normativa de seguridad y salud laboral. Hablamos por tanto de ambientes que se perciben por parte de los trabajadores como calurosos o fríos, y cuyo estudio se debe realizar dentro del ámbito de la especialidad preventiva de la ergonomía. Debemos tener presente que trabajar con frío o con calor origina una disminución en el rendimiento del trabajo, pérdida de concentración y un aumento del número de errores, por lo que existe

relación entre ciertos tipos de accidentes y el ambiente térmico de forma que en ambientes poco confortables puede incrementarse el riesgo de accidentes.

2 Objetivos

- Definir las condiciones que deben cumplirse en los trabajos cerrados.
- Exponer las principales medidas preventivas para el personal no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros tales como el BOE y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Las palabras claves que se han usado en la búsqueda sistemática han sido: disconfort, confort, confort, temperatura, aire, frío, calor, España, sanidad, normativa, trabajo y personal.

4 Resultados

Lo que dice la normativa el anexo III del RD 486/1997, establece que en la medida de lo posible, las condiciones ambientales de los lugares de trabajo no deben constituir una fuente de incomodidad o molestia para los trabajadores. A tal efecto, deberán evitarse las temperaturas y las humedades extremas, los cambios bruscos de temperatura, las corrientes de aire molestas, los olores desagradables, la irradiación excesiva y en particular, la radiación solar a través de ventanas, luces o tabiques acristalados.

En los locales de trabajo cerrados deberán cumplirse las siguientes condiciones:

- La temperatura de los locales donde se realicen trabajos sedentarios propios de oficinas o similares estará comprendida entre 17 y 27° C.
- La temperatura de los locales donde se realicen trabajos ligeros estará comprendida entre 14 y 25° C.
- La humedad relativa estará comprendida entre el 30 y el 70%, excepto en los locales donde existan riesgos por electricidad estática en los que el límite inferior será el 50%.

- Los trabajadores no deberán estar expuestos de forma frecuente o continuada a corrientes de aire cuya velocidad exceda los siguientes límites: trabajos en ambientes no calurosos: 0,25 m/s, trabajos sedentarios en ambientes calurosos: 0,5 m/s y trabajos no sedentarios en ambientes calurosos: 0,75 m/s.

El disconfort térmico en el entorno laboral lo genera la exposición a situaciones de excesivo frío o calor en largos periodos durante la jornada. Las sensaciones de calor o de frío producidas por este disconfort producen el cansancio, deshidratación, insolación, calambres, desmayos, hipertermia, malestar, falta de concentración, fatiga, escalofríos, tiritonas, pérdida de destreza, falta de sensibilidad, congelación o hipotermia que son los daños típicos que se producen por este problema.

Los mecanismos de pérdida de temperatura se diferencian en pérdida de calor, por aumento de sudoración y vasodilatación periférica y el de ganancia de calor por la activación de sistemas de termogénesis, aumento de la tensión arterial, vasoconstricción periférica y aumento del consumo de oxígeno del metabolismo.

Las medidas preventivas más destacables son las que puede establecer criterios según normas ISO 7730 y EN-27730 en ciertos rangos.

En locales cerrados:

- Emplear sistemas adecuados de climatización del aire creando un clima interior confortable para la mayoría de los ocupantes del espacio de trabajo, de manera que se pueda calentar el aire en la estación fría y refrigerar durante la cálida.
- Evitar una diferencia de temperatura del aire mayor de 3°C entre la cabeza y los pies.
- Mantener un rango de temperatura para la superficie del suelo entre los 19°C y los 29°C.
- Temperatura de 20 a 24 °C en invierno y temperatura de 25 a 26 °c en verano en el ambiente.
- Evitar la asimetría radiante causada por techos calientes o paredes (ventanas) frías.

Sobre el ambiente térmico:

- Dotar al local de una ventilación general que evite el calentamiento del aire, aumentando, si fuese preciso, la velocidad del mismo. Esta ventilación puede ser de tipo natural o forzada por medio de ventiladores-extractores.
- En el caso de temperaturas frías se pueden utilizar chorros de aire caliente, aparatos de calefacción por radiación o placas de contacto calientes.

- Velocidad del aire entre 0'15 m/s y 0'25 m/s. Y de 0'1 m/s en el puesto de trabajo. La renovación del aire se debe situar en 17 a 25 m3 por hora y por trabajador.
 - Humedad relativa entre el 45% y el 60 %.
- Estas medidas son unos parámetros mínimos ya que cada persona puede considerar su grado de confort diferente a otros.

5 Discusión-Conclusión

Por consiguiente unas condiciones climáticas correctas en el entorno laboral con la aplicaciones de controles preventivos para evitar los riesgos derivados de las temperaturas no adecuadas como son el control sobre el foco emisor, el control sobre el ambiente y el control sobre el individuo, consiguen que los trabajadores puedan desarrollar sus funciones de una manera más cómoda y eficiente. Es imprescindible que la administración disponga de los medios necesarios para este fin y que el trabajador esté concienciado para administrarlos y conservarlos para que esto se mantenga.

6 Bibliografía

- <https://www.riojasalud.es>
- Curso de formación sobre Prevención de riesgos laborales para personal no sanitario - Universidad de Nebrija.
- Cañete, F. A. B. (2018). Estudio experimental sobre la exposición de personas a contaminantes exhalados en habitaciones de hospital (Doctoral dissertation, Universidad de Córdoba).
- Miguelsanz, M. S. J., Prieto, B. B., & Pilar, S. M. ESTUDIO DE LOS RIESGOS LABORALES EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.
- Duarte, F., Théry, L., & Ullilen, C. (2016). “Los equipos de protección individual (EPI): protectores, pero no siempre”: presentación del dossier. *Laboreal*, 12(Nº1).
- Titos Arcos, J. C. (2017). Evaluación de riesgos laborales de salas blancas.
- <http://mcaugt.org/documentos/0/doc9983.pdf>.
- CABRERA, I. A., & LEON, A. M. A. (2018). Confort térmico en actividades de oficina: caso de estudio “Municipalidad de Ambato”.
- A. U.-E. I. 1. Asociación Española de Normalización y Certificación, Ergonomía del ambiente térmico. Evaluación de la influencia del ambiente térmico empleando escalas de juicio subjetivo, España, 2002.

Capítulo 702

DERECHOS DE LOS USUARIOS Y PACIENTES RESPECTO AL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN EL SESPA

DANIEL LÓPEZ CARRASCO

VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS

ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El conocimiento de los derechos de los usuarios con respecto al tratamiento de sus datos personales está contemplado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (LAP). Esta norma, que condiciona el presente y futuro de las relaciones entre los usuarios y los profesionales sanitarios, no ha tenido la suficiente difusión y debate en las organizaciones sanitarias, siendo fundamental el conocimiento de la misma como paso previo a la adaptación de todas las estructuras organizativas a este imperativo legal.

La LAP desarrolla cuestiones que la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS) trataba de manera insuficiente: la información, el consentimiento o la historia clínica, recogiendo los criterios jurisprudenciales que sobre estas materias se han ido desarrollando desde la promulgación de la LGS. También introduce algunos aspectos novedosos, como la clasificación de las formas de limitación de la incapacidad,

la atribución a los médicos de la capacidad para evaluarla, las voluntades anticipadas o testamento vital, la figura del médico responsable de la información y la fijación de los 16 años como la mayoría de edad sanitaria y que todo trabajador del SESPA tiene el deber de conocer y respetar.

2 Objetivos

- Describir dato de carácter personal y dato personal sensible.
- Enumerar los derechos fundamentales que los trabajadores deben conocer respecto de los usuarios y pacientes de los servicios sanitarios del SESPA.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda en (BOE) y en manuales formativos de referencia: Universidad de Nebrija, realización de rastreo sistemático en las bases de datos académicas: “SciELO”, “Dialnet”, “WorldWideScience.org”, “Google Scholar”, “Scholarpedia”, “Academia.edu”, “Springer Link”, “RefSeek”, “CERN Document Server”, “Microsoft Academic”, “JURN”, “Ciencia.Science.gov”, “BASE”, “ERIC”, “ScienceResearch.com”, “iSEEK Education”.

Se han utilizado para ello los términos: ley, derechos, pacientes, protección, datos, españa, asturias, usuarios, deberes, personal, sanitario, unión europea, obligaciones, secreto.

4 Resultados

Definiciones básicas:

1. Datos de carácter personal: cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
 - Los datos que identifican a la persona.
 - Información sobre su estado de salud.
2. Dato personal sensible: datos personales que revelan origen racial y étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas, filosóficas o morales, afiliación sindical e información referente a la salud o a la vida sexual.
3. Datos relativos a la salud: datos personales relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud.

Los derechos fundamentales:

1. Será necesario el consentimiento del usuario o paciente para que el trabajador use sus datos siempre que no se usen para estas razones:
 - Para fines de médicos tipificados.
 - Por razones de interés público en el ámbito de la salud pública.
 - Para proteger intereses vitales del interesado o de otra persona física, o cuando lo solicite un órgano judicial.
2. Ser informado de la identidad y datos de contacto del responsable.
3. Los fines y base jurídica para los que sus datos se están tratando.
4. Los destinatarios de los datos personales.
5. La intención del responsable de transferir esos datos a un tercer país u organización internacional.
6. El plazo de conservación de los datos o criterio para determinar el plazo.
7. Solicitar el acceso, rectificación o supresión y portabilidad de sus datos al responsable.
8. Retirar el consentimiento (sin retroactividad).
9. Presentar reclamación ante una autoridad de control.
10. Ser informado de consecuencias de no facilitar sus datos cuando sea requisito legal o contractual.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento por parte de los trabajadores en relación a los derechos de los usuarios y los pacientes en materia del tratamiento de datos personales, no es algo que pueda tratarse a la ligera.

Son varias las leyes a nivel europeo, estatal, provincial, que protegen este tipo de información personal de una manera clara y concreta, que hace que el incumplimiento de alguno de esos derechos pueda suponer hasta una falta muy grave para el trabajador suponiendo la separación del servicio por la simple ignorancia de la ley y no tomar las medidas oportunas para su tratamiento adecuado.

La correcta aplicación, por parte de los trabajadores del sector sanitario del uso, modificación y supresión de los derechos sobre la información de carácter personal de los usuarios y pacientes de los centros sanitarios es fundamental para dar correcta atención.

6 Bibliografía

- REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
- 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.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
- Ley 8/2018, de 14 de septiembre, de Transparencia, Buen Gobierno y Grupos de Interés.
- <https://www.aepd.es/media/guias/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>
- García Ortega, C., Cózar Murillo, V., & Almenara Barrios, J. (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Revista española de salud pública*, 78(4), 469-479.
- Amez, J. G. (2010). La protección de datos del usuario de la sanidad: derecho a la intimidad y asistencia sanitaria. *DS: Derecho y salud*, 20(1), 43-69.
- Del Brío, M. Á., & Riera, J. (2006). Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(4), 213-219.
- García, E. D. (2018). La entrada en vigor del Reglamento Europeo de Protección de Datos como obstáculo a la investigación. *DS: Derecho y salud*, 28(1), 231-238.

Capítulo 703

HABILIDADES SOCIALES EN EL ENTORNO SANITARIO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALIZADA

PAULA AHEDO GALINDO

1 Introducción

El sistema nacional de salud es el conjunto de servicios de salud del Estado y de las Comunidades Autónomas, integrado por todas las funciones y prestaciones que son responsabilidad de los poderes públicos para hacer efectivo el derecho a la salud. Existe un servicio de salud por cada Comunidad Autónoma. En Asturias es el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Los servicios de salud están integrados por todos los centros de la Comunidad Autónoma gestionados por ésta.

Las áreas de salud, mínimo un área por provincia, son estructuras fundamentales del sistema sanitario cuyas actividades se dividen en atención primaria y atención especializada. A su vez estas áreas sanitarias se dividen en zonas básicas de salud. Las zonas básicas se definen como el marco territorial de la atención primaria donde desarrollan su actividad los centros de salud. Existen cuatro criterios para delimitar cada zona básica de salud: la distancia máxima de población más alejada, el grado de concentración, los factores epidemiológicos y las instalaciones y recursos.

Las funciones de los centros de salud son albergar la estructura física de las consultas y los recursos materiales. Estos centros sirven como punto de reunión de la comunidad con los profesionales sanitarios y para mejorar la organización administrativa. Cada área de salud deberá tener al menos un hospital general, donde prestan su asistencia los facultativos especialistas de área entre otros profesionales. El hospital se define como un establecimiento de internamiento clínico y de asistencia especializada.

2 Objetivos

- Analizar las habilidades sociales que deben tener el personal no sanitario, en especial referencia el personal administrativo, con los pacientes y sus familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Las habilidades sociales planteadas que deben tener el personal administrativo que se encuentren en centros de atención primaria y hospitalizada son los siguientes:

1. Tener una adecuada comunicación verbal, no verbal y paralingüísticas son imprescindibles para dar una impresión de serenidad y una adecuada atención a las necesidades del paciente.
2. El trabajador debe tener una adecuada posición corporal y apariencia, utilizar gestos faciales y corporales convenientes para tranquilizar al paciente y familiares, un tono de voz apropiado para las circunstancias que padecen los pacientes, que sus explicaciones sean claras, concisas y utilizar un vocabulario apropiado con respecto a la persona que está atendiendo.
- 3- En general, la cordialidad es otra habilidad que agradece el paciente que tenga quien le atienda y el esfuerzo que hace por comprender la situación per-

sonal que está padeciendo. Está totalmente prohibido un trato sin respeto a los usuarios. El personal no sanitario deberá ofrecer una comunicación agradable, participativa para fomentar una adecuada comunicación y no agravar la situación teniendo en cuenta que el personal administrativo es el primer eslabón en la cadena de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario perteneciente a un hospital o a un centro de salud tienen la obligación, aparte de ejercer sus encomendaciones diarias de volumen de trabajo, un trato adecuado a los pacientes y usuarios a los que se prestan atención sanitaria. El personal administrativo, en muchas ocasiones, es el primero que interviene en la relación del paciente con el hospital o en los centros de atención primaria.

Hay que tener en cuenta que las personas que demandan atención médica acuden en busca de ayuda de profesionales porque su salud peligra en mayor o menor medida. Esta peculiaridad implica una relación especial entre los pacientes y el personal administrativo, por lo que es obligación de los trabajadores de este colectivo llevar a cabo un trato especial con ellos. Los hospitales y ambulatorios son centros de trabajo con pacientes que tienen problemas de salud, están afligidos, débiles, molesto, etc. y frecuentemente no pueden ser atendidos con la premura que ellos desearían. Por tanto, el primer contacto que va a recibir del hospital o ambulatorio debe ser agradable. Es importante que el personal administrativo sea empático con los pacientes y sus familiares y comprender los estados emocionales y las enfermedades que padecen.

Es importante que todos los trabajadores de un hospital o de un centro de salud que desarrollan su actividad laboral cara al público, tengan unas habilidades sociales adecuadas para conseguir que los pacientes y sus familiares reciban un trato cordial durante su estancia y faciliten la interrelación necesaria con el resto de personal.

6 Bibliografía

- <https://pdfs.semanticscholar.org/>
- <https://www.elsevier.es>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Capítulo 704

LABOR DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA DE LA PAZ LARUELO RODRIGUEZ

1 Introducción

Según se establece en el Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971, el Auxiliar Administrativo de sanidad tiene como función principal la del apoyo material, ejercicio y desarrollo de las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución, así como las de Secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática. Es decir, tratará con la atención al público, recepción de llamadas, preparación y tratamiento de los datos informáticos de pacientes, organización de expedientes, mecanografía de documentos y otras tareas administrativas.

2 Objetivos

- Identificar las principales funciones en los centros de salud del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente, además de la aportación empírica propia en el desempeño del puesto de trabajo. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las principales tareas del personal administrativo en Atención Primaria son:

- Atención de llamadas telefónicas: el profesional administrativo se encarga de atender y distribuir las llamadas que se realicen al centro o consultorio donde presta sus servicios. Normalmente en estas llamadas los usuarios solicitan citas con el doctor, con enfermería, o con ambos a la vez. También pueden demandar consulta con el servicio de Pediatría, Odontología, Trabajadora Social u otros profesionales que desempeñen su trabajo en el centro. A veces las llamadas provienen de otros centros sanitarios que precisan contactar con algún profesional trabajador de ese centro de salud.
- Atención a los pacientes a su llegada al centro sanitario: el personal administrativo es la primera persona con la que toma contacto el paciente que acude al centro de atención primaria. Les atenderá de manera adecuada para resolver las cuestiones pertinentes. Los pacientes suelen reclamar los siguientes tipos de atención: a) Solicitan cita con los profesionales. b) Ya tienen cita y nos piden ayuda para localizar la consulta a la que se han de dirigir. c) En ocasiones los pacientes provienen de otros países y nos solicitan información para tramitar el alta en el sistema sanitario español. d) También, y sobre todo en época estival, los pacientes desplazados solicitan una atención ocasional ya que están de vacaciones en la zona y necesitan asistencia sanitaria.
- Atención a los pacientes una vez han pasado por la consulta: en ocasiones, posteriormente a su paso por consulta, el paciente vuelve al mostrador para, entre otros, solicitar una nueva cita, consulta en Atención Especializada o visado de recetas.
- Custodia y archivo de documentos: es responsabilidad de este profesional el archivo de documentos en la historia del paciente así como otro tipo de documentación en la que resulte necesaria su custodia.
- Elaborar las agendas de los profesionales: es tarea del auxiliar administrativo

elaborar y modificar las agendas de los profesionales en el soporte informático adecuado conforme a las instrucciones previamente recibidas.

- Elaborar y cobrar facturas por los servicios prestados: aquellos pacientes privados que no tengan aseguramiento sanitario deberán abonar la tarifa correspondiente al servicio recibido. El personal administrativo elaborará la factura y se encargará de su cobro.
- Recibir y distribuir el correo postal y el correo electrónico: el correo que llegue al centro de salud será recogido por el auxiliar administrativo que se encargará de distribuirlo al departamento correspondiente. El correo que llegue por valija interna también será tarea del personal administrativo. Además también se encargará del envío de documentos.
- Utilizar los recursos de oficina: este profesional tendrá que estar familiarizado con el manejo de, principalmente, material informático como ordenadores, impresoras, fax, escáner, etc. Además también deberá de poseer conocimientos en determinados programas que le facilitarán su trabajo diario.
- Otras funciones: asimismo, realizará tareas varias tales como elaboración de justificantes de asistencia a consulta, indicaciones a usuarios sobre cuál es la farmacia más cercana, facilitar el teléfono de contacto del servicio de taxis, y cualquier otra que sirva para el desarrollo correcto del día a día.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de ser el auxiliar administrativo uno de los escalones más bajos dentro de la Administración Sanitaria, el buen hacer de sus funciones garantiza, en gran parte, el correcto funcionamiento de los centros de atención primaria ya que el trabajo del personal administrativo resulta imprescindible en el desarrollo de la actividad diaria de los centros de atención primaria.

6 Bibliografía

- www.opoinnova.com
- www.gesformacion.edu.es
- Experiencia personal como trabajador de centros de salud

Capítulo 705

LA VIOLENCIA DE GÉNERO: CÓMO ABORDARLA EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

La violencia de género es aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones de afectividad (parejas o ex-parejas). El objetivo del agresor es producir daño y conseguir el control sobre la mujer, por lo que se produce de manera continuada en el tiempo. Es una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Se basa y se ejerce por la diferencia subjetiva entre los sexos.

La OMS la define como todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada.

Dado que se trata de un problema con una incidencia cada vez mayor, o al menos que se denuncia de manera más habitual, resulta imprescindible formar al personal que trabaja en el ámbito sanitario para identificar las situaciones de maltrato rápidamente y poner en marcha sin demora los protocolos de actuación necesarios para atajar el problema.

2 Objetivos

- Analizar el contexto sociolaboral de la violencia de género en el ámbito sanitario y recomendaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- El contexto de la violencia de género en el ámbito sanitario y sus recomendaciones son:

La medida inicial a adoptar sería elaborar un plan de formación para el personal que permita identificar una situación de violencia de género y los pasos más inmediatos a dar; es necesario que el personal conozca el protocolo a seguir una vez identificada la situación para poder iniciar los trámites para abordar el problema.

También habría que llevar a cabo medidas de sensibilización para el personal, logrando así que conozcan en detalle las consecuencias que el maltrato conlleva para las mujeres con problemas de salud previos; es importante que el personal muestre empatía cuando se relacione con estas personas, y que utilice un lenguaje claro y respetuoso que genere confianza en las mujeres para hablar abiertamente de su situación de maltrato.

Es fundamental que el personal conozca el Protocolo ante la violencia de género para, una vez identificado un caso como violencia de género, saber a qué profesional derivar a la persona en cada momento; derivar a un servicio médico en caso de necesitar asistencia sanitaria o directamente al Servicio Social debería poder hacerse de manera rápida y eficiente para iniciar el proceso de solución del problema lo antes posible, minimizando así las consecuencias del maltrato.

Existen varios organismos que proporcionan ayuda a las víctimas de maltrato; por ejemplo, el Servicio 016 de información y de asesoramiento jurídico y webs de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género dotan de

información a las personas que lo soliciten. Más allá de la información, son otros entes los que colaboran en la resolución de las situaciones de violencia de género; son por ejemplo los Jueces de Instrucción, que emitirán órdenes de alejamiento y podrán suspender la patria potestad en las ocasiones que lo justifiquen; varios Servicios de la Policía Nacional, como el SAF (Servicio de Atención a la Familia), SAM (Servicio de Atención a la Mujer), UPAP (Unidades de Protección a las mujeres que disponen de orden de alejamiento), y de la Guardia Civil. Además de los antes citados, también son fundamentales las Casas de Acogida, los Centros 24 horas y los pisos tutelados.

5 Discusión-Conclusión

El problema de la violencia de género se ha cronificado en los últimos años. Cada vez es más visible, lo que puede deberse no sólo a que se haya producido un aumento de las agresiones, sino a que cada vez se denuncian más, ya que se está logrando dejar de estigmatizar a las personas que denuncian. Sigue siendo necesario educar a toda la población en la gravedad del problema, y hacerlo desde niños para inculcarles conductas que rechacen la violencia. Se hace imperativo formar al personal de las instituciones para que sepan identificar rápidamente las situaciones de maltrato, puesto que cuanto más se tarde en hacerlo mayor riesgo supone para la integridad física y psíquica de las víctimas.

Analizando la situación actual todavía se está muy lejos de terminar con el problema de la violencia de género; sin embargo, si las políticas que se están llevando a cabo tuvieran un éxito total, se podrían, si no hacer desaparecer, sí minorar las conductas agresivas y violentas en las relaciones. Sin embargo esto requiere atajar el problema desde el principio, esto es, incidir en la educación que se proporciona a las nuevas generaciones para que crezcan en el respeto a los demás y siendo conscientes de que ningún tipo de violencia es aceptable.

6 Bibliografía

- Boletín estadístico anual (2016) sobre violencia de género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
- IX Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2015)
- Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2016)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del gobierno para la violencia de género. Instituto de la mujer

Artículo 9.2 de la Constitución Española

- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000)

- Manual de Naciones Unidas sobre Legislación en materia de Violencia contra la Mujer (2012)

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 706

IMPULSANDO LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La promoción y protección de la salud es un proceso que proporciona a la población las medidas necesarias para ejercer mejor y mayor calidad de vida y control sobre su salud.

2 Objetivos

- Crear políticas públicas saludables.
- Incentivar la participación y responsabilidad de la población.
- Fomentar la investigación clínica y la formación continua de los profesionales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema, usando términos como: Promoción salud, calidad de vida.

4 Resultados

Este proyecto enfocado en la elaboración de programas que se regirán por criterios de calidad, permitirán transformar las condiciones de vida que influyen negativamente sobre la salud, estimularan hábitos de vida saludables siendo la

base fundamental para disminuir la aparición de enfermedades y/o reducir su gravedad. De esta forma, la atención a la salud no se centrará únicamente en el tratamiento y curación de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos. Una persona con mala salud no podrá desarrollar su vida plenamente

6 Bibliografía

- Cofiño Fernández R., Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios?, ELSEVIER [internet], 2005 [consultado 19 Nov 2019], 35(478-483). Disponible en: : <https://www.elsevier.es>
- Perea Quesada Rogelia., Educación para la salud. Madrid: Ediciones Díaz de santos S.A; 2004
- Bestard Perelló Juan José, La asistencia sanitaria pública. España: Ediciones Díaz Santos; 2015
- Constitución Española. BOE, 29 Diciembre 1978. Num 311. Cita en texto: (art 43)

Capítulo 707

VIOLENCIA MACHISTA, UN PROBLEMA DE SALUD COMUNITARIA.

LAURA GÜIMIL GARCÍA

RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ

1 Introducción

La violencia, en sus múltiples manifestaciones, es un creciente problema de salud pública como lo demuestran los estudios realizados de las tasas de mortalidad y discapacidad. Los efectos de la violencia se reflejan especialmente en las mujeres, que en particular, son frecuentemente víctimas de violencia de toda índole. La violencia doméstica comporta graves riesgos para la salud de las víctimas tanto a nivel físico como psicológico.

Los profesionales que trabajan en sanidad desempeñan un importante papel en la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema. Las mujeres que sufren cualquier forma de violencia de género acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Ginecología y Salud Mental. Estas mujeres tienen necesidades específicas y de toda clase, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.

2 Objetivos

- Conocer las necesidades generales y específicas de las mujeres que sufren violencia de género.
- Analizar y detectar los problemas relacionados con la violencia de género.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Bibliografía

- Oalleyne G. La violencia en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996; t1:15-20.
- OMS, Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012.
- Trends in public health policies addressing violence against women.
- Manual de protección a víctimas de violencia de género, Héctor Mora Chamorro (Sz).

Capítulo 708

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: PRINCIPAL MOTOR

VERÓNICA CRESPO DÍAZ

MARIA PAZ ESTRADA GARCIA

1 Introducción

El término "calidad" se ha convertido en una constante al hablar de salud y asistencia sanitaria. La necesidad de proporcionar un servicio de calidad surge desde el mismo instante en que se plantea la prestación de dicho servicio. El conocimiento del grado de satisfacción del usuario sobre los servicios de la atención recibida, adquiere una gran importancia de cara a la optimización de una futura asistencia.

2 Objetivos

- Conocer y analizar el grado de satisfacción de los usuarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos sobre la literatura científica existente. Se consultaron distintos artículos en algunas de las principales bases de datos: PubMed, Medline o Scielo, utilizando para ello distintos términos como: calidad asistencial, constancia, planificación, ejecución y revisión.

Por otro lado, para establecer la medición de la satisfacción del usuario como un indicador de resultado del cuidado enfermero, se realizó un segundo estudio paralelo que se llevó a cabo en nuestra institución de trabajo. Dicha investigación ha sido metodológicamente más sistematizada.

4 Resultados

Algunos de los resultados más significativos fueron que un trato cercano acompañado de profesionales que ofrezcan una asistencia de calidad y la valoración de las diferentes opiniones de los usuarios conlleva un aumento de la satisfacción de los mismos. Además, algunas de las debilidades directas e indirectas que percibieron los usuarios externos fueron los siguientes: existe deficiente trato personal e individualizado, escasa educación para la salud y el autocuidado, falta de disposición para resolver dudas, insuficiente explicación del procedimiento durante su realización, cortesía y oportunidad de la enfermera en el desarrollo de los procedimientos insatisfactorios. Por otro lado, algunas de las fortalezas directas e indirectas que manifestaron los usuarios externos fueron: cortesía en el saludo, orientación sobre el servicio al ingreso y durante su estancia, disposición para aclarar dudas que le surgen al usuario, capacidad para la realización del procedimiento, tiempo que tarda en otorgar la asistencia y el tiempo que utilizan para realizar los procedimientos.

Por último, la segunda medición que se llevó a cabo de forma paralela, presenta distintas inconsistencias que se están revisando para modificarse y se pueda seguir monitorizando este indicador.

5 Discusión-Conclusión

La mejora de la calidad asistencial es un mecanismo básico para obtener un buen resultado final, valorando siempre sus múltiples factores, teniendo en cuenta que a mayor calidad asistencial mayor grado de satisfacción del usuario. Por lo tanto, ¿cómo conseguir un usuario satisfecho después de haberle ofrecido una buena calidad asistencial?. Con constancia y trabajo diario, las claves para conseguir nuestro propósito. Se requiere de una buena planificación, ejecución, revisión y estudio de los errores detectados por los diferentes usuarios.

6 Bibliografía

- Libro: La asistencia sanitaria pública . Autor: Bestard Perelló Juan José. España. Ediciones Díaz Santos. Año 2015.
- Asegurando la satisfacción del usuario a través del cumplimiento de factores críticos de éxito. Autores: Manuel Herrera-Usagre, Víctor Reyes-Alcázar y Antonio Torres-Olivera.
- Calidad asistencial: concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Autoras: María Paz Rodríguez Pérez y Marta Granda Arnesto.
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social.

Capítulo 709

EL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE

FERNANDO CARBALLO COYA

1 Introducción

Entre los hábitos de vida saludables, figura una adecuada higiene para cualquier enfermo, ya se encuentre en su casa u hospitalizado, la higiene tiene una gran importancia.

La higiene es un conjunto de actividades que se realizan para aumentar y conservar la salud, prevenir enfermedades.

Hay dos tipos de higiene:

- Higiene Individual: normas y hábitos encaminados a conservar la salud de la propia persona.
- Higiene Social: normas aplicables a la comunidad.

En una institución sanitaria, donde el contacto con los enfermos es constante, la higiene es el punto clave en el que hay que cuidar hasta el más mínimo detalle. El "Aseo del paciente" es la limpieza, lavado del cuerpo y mucosas externas para proporcionar comodidad y bienestar al paciente.

2 Objetivos

- Ofrecer buenos hábitos de higiene al paciente.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo.
- Estimular la circulación sanguínea.

- Ayudar al bienestar físico psíquico del paciente.
- Conservar la integridad de la piel, previniendo de esta forma las lesiones que se pudieran producir en la piel y mucosas.
- Reducir el desarrollo bacteriano que favorece la aparición de infecciones.
- Eliminar células muertas y suciedad, evitando el mal olor y la maceración de la piel.
- Disminuir la temperatura corporal en casos de fiebre.

El celador debe conocer todos estos datos y ayudar en el aseo para conseguir que la piel del paciente pueda realizar eficazmente sus funciones de protección, regulación de temperatura corporal, secreción, absorción sensibilidad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el tema, usando diferentes bases de datos como son: CINHALL, PUBMED, CUIDEN y SCIELO.

4 Resultados

Tipos de aseo:

- El aseo en ducha se realiza en pacientes que pueden levantarse. Aquí el auxiliar de enfermería acompañará al paciente al cuarto de aseo. En principio no se necesitaría de ayuda del celador.
- El aseo en bañera es para pacientes que pueden levantarse pero que son dependientes y/o por alguna circunstancia no pueden ducharse. El celador ayudará a la auxiliar a llevar al paciente hasta la bañera, usando si es preciso grúas que facilitan el transporte.
- El aseo en cama se realiza en pacientes que, conservando o no la movilidad, deben permanecer encamados. Es conveniente que lo realicen dos personas: auxiliar de enfermería y celador.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

La secuencia a la hora de realizar el baño es enjabonado, aclarado y secado.

- Se coloca el Celador a un lado de la cama y la auxiliar al otro.
- Se explica al paciente lo que se le va a hacer, pidiendo su colaboración y garantizando su seguridad.

- El celador debe lavarse las manos previamente y ponerse guantes de un solo uso antes de comenzar el aseo, quitándoselos al terminar. NO procederá al aseo de otro paciente con los mismos guantes.
- Se coloca al paciente , siempre que no haya contraindicaciones, en posición decúbito supino para lavar la parte anterior del cuerpo en decúbito lateral para el lavado de la parte posterior.
- Se debe proteger en todo momento la intimidad del paciente, por lo que se le cubrirá con una toalla, dejando solo expuesta la zona del cuerpo a lavar.
- Se lava cada zona del cuerpo con esponjas que no se deben reutilizar seguidamente se seca esa parte , asegurándonos de que no quede húmeda la piel , insistiendo en pliegues cutáneos (axilas, zona submamilar, espacios interdigitales, zona interglútea, etc), evitando así alteraciones cutáneas.
- Se cambiará el agua todas las veces que sea necesario , mientras dure el proceso del aseo del paciente.
- Se procede, tras el secado, a hidratar masajear las zonas sometidas a presión.
- Una vez terminado se vestirá al paciente con pijama o camisón, en el caso de que el paciente tuviera venoclisis, se comenzará a vestir el camisón o chaqueta del pijama, por el brazo donde tiene la perfusión intravenosa. Por el contrario, para retirar el camisón, se procederá primero a quitar el brazo libre.

El lavado se realizará en el siguiente orden:

1. Afeitado.
2. Ojos.
3. Cara.
4. Cuello y hombros.
5. Brazos, manos y axilas.
6. Tórax y mamas.
7. Abdomen.
8. Piernas y pies.
9. Espalda y nalgas.
10. Región genital.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de los pacientes, tanto hospitalizados como institucionalizados, recae normalmente en la figura del Auxiliar de Enfermería, ayudado por los Celadores y bajo la supervisión de la Enfermera. Por este motivo el celador debe conocer los diferentes tipos de aseo y cómo realizarlos.

6 Bibliografía

- Paul Dotte. Método de movilización de los pacientes. Ergomotricidad en el ámbito asistencial. Ed- Elsevier Masson;2010.
- Aguilar Casas, Manuel et al. Movilización del paciente. Ed- Vértice;2011.
- Sarmiento, A; Adeva,I; Escos,J. Cuidando a aquellos que cuidan. Material audiovisual de transferencias y movilizaciones para personas con movilidad reducida. ASPAYM(Asociación de Paraplégicos y Personas con gran discapacidad física de la Comunidad de Madrid).2008.

Capítulo 710

ESTUDIO SOBRE RELACIÓN ENTRE FATIGA LABORAL Y PRODUCTIVIDAD DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN INSTITUCIONES SANITARIAS

MARIA SOL GONZALEZ LLANOS

MARIA ELENA JUBERÍAS AMO

1 Introducción

Denominamos "Fatiga Laboral" al fenómeno que afecta al trabajador como consecuencia del desarrollo de su actividad laboral, causando sentimiento de falta de energía o cansancio permanente, así como pensamientos negativos frente al trabajo a desempeñar, provocando reducción en el rendimiento así como alto índice de absentismo laboral.

La Organización Mundial de la salud (OMS) acaba de revisar su documento 'Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE)' y cambió entre otras cosas, incluir la fatiga laboral como una enfermedad.

En relación al personal administrativo en instituciones sanitarias debido al alto grado de exigencia mental y concentración afecta a un tanto por ciento elevado de la plantilla.

2 Objetivos

- Analizar y definir la intensidad y duración del trabajo físico y mental.
- Analizar y evaluar el entorno y medio físico del trabajo (temperatura, ruido, luz) que pueda afectar negativamente a esta condición.
- Evitar el exceso de condicionantes mentales inherentes al puesto de trabajo tales como excesiva responsabilidad, preocupaciones, en.).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se emplearon descriptores: ergonoma, fatiga laboral y Síndrome de Burn out.

Además de observación directa del entorno de trabajo del personal administrativo en instituciones sanitarias.

4 Bibliografía

- Carga mental y fatiga laboral (2005) Jose LUIS González Gutierrez, Bernardo Moreno y Eva. I.S.B.N.: 978-84-368-1984-7.
- Burn out: Facing the Damare of crónica workplace Strauss by Maria Cohut (2019).
- Article: It's Burn out real? The answer is Yes" by Paula David Laack (Revista Forbes) (2019).

Capítulo 711

LA FIGURA DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

JUAN JOSÉ DOGLIO

1 Introducción

Como todos sabemos la atención primaria es el primer punto de encuentro entre los pacientes y los profesionales sanitarios y no sanitarios. Cada uno de estos trabajadores de la salud cumple una función muy importante, en un equipo multidisciplinar tan variado, donde se destaca habitualmente la función del personal sanitario, en ocasiones dando menos importancia al resto de profesionales.

Hay unos empleados que parecen mantenerse entre las sombras, que hacen un trabajo sordo, que parece no valorarse, pero que es realmente importante, ellos son los celadores.

2 Objetivos

Conocer en profundidad las funciones que desarrollan los celadores en el servicio de atención primaria.

3 Metodología

Para conseguir nuestro objetivo realizaremos una búsqueda exhaustiva en bases de datos informatizadas, utilizando palabras claves vinculadas con la materia que nos atañe y también en libros relacionados con el tema.

4 Resultados

Gracias a la documentación recogida de las diferentes fuentes, pudimos comprobar que las funciones del celador en este servicio son muy parecidas a la de un celador de puerta de un hospital. Se encargan principalmente de movilizar a los pacientes que no pueden valerse por si mismos, de colaborar con el personal sanitario, trasladar documentación, objetos y materiales a donde se requieran y de vigilar el comportamiento de pacientes y familiares en el centro.

A parte de las nombradas anteriormente, hay funciones específicas que el celador solo realiza en este servicio como informar al público, sobre lugar, día y horario de las consultas y encargarse de abrir y cerrar el centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que las funciones de los celadores en ambulatorios y centros de salud son muy importantes y que un desempeño adecuado de ellas, hacen que un engranaje clave ayude al funcionamiento adecuado del equipo de atención primaria.

6 Bibliografía

- Celador y funciones www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.html
- Temario para Celadores del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) Edición 2018.(todoslostestdecelador).
- Motor de búsqueda de Google Académico.

Capítulo 712

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD
ASISTENCIAL DESDE LA
PERSPECTIVA LABORAL DEL
PERSONAL ESTATUTARIO CELADOR
Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE
GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS**

JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO

PATRICIA VILLAMIL GARCÍA

ROSA MARIA LOPEZ COSMEA

ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ

ROSARIO ANA MENÉNDEZ BLANCO

1 Introducción

Todos los profesionales de la Sanidad son conscientes de que no solo es importante dar solución a los problemas de salud de los usuarios, sino también lo es la eficacia en la gestión administrativa y la calidad humana del trato que reciben. En este sentido, tanto el celador como el auxiliar administrativo, en tanto que personal estatutario de Gestión y Servicios, son partes interesadas.

El equilibrio entre las expectativas del paciente y la atención recibida que abarca el trato humano, los conocimientos científicos y todos los recursos disponibles, conforman el nivel de Calidad Asistencial percibida por el usuario. En consecuencia, las expectativas del paciente, el servicio que se le ofrece y cómo se le ofrece, han de ser analizados en profundidad para mejorar la calidad asistencial prestada.

2 Objetivos

- Identificar los atributos de la calidad asistencial sanitaria.
- Analizar las funciones del Servicio de Atención al Usuario.
- Asimilar los derechos y obligaciones fundamentales del paciente.
- Explicar los cánones para gestionar y evaluar la calidad asistencial.

3 Metodología

Este trabajo es el fruto de la revisión bibliográfica exhaustiva de publicaciones oficiales del Ministerio de Sanidad, de manuales oficiales de los servicios de salud de las comunidades autónomas y de publicaciones de unidades docentes de la escuela Nacional de Sanidad de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Junto con lo anterior, hemos realizado un análisis de la legislación vigente sobre los aspectos relacionados con la calidad asistencial, a través del estudio de preceptos legislativos como la Ley General de sanidad o la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica.

4 Resultados

ATRIBUTOS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL SANITARIA

La transformación en el patrón de atención sanitaria ha experimentado una profunda transformación, pasando de un modelo en el que el paciente era un simple receptor de las atenciones sanitarias cuyo itinerario asistencial era exclusividad del médico, al estándar actual en el que el paciente ha ganado protagonismo y ha pasado a tener un papel relevante, pues se ha convertido en un actor principal en un marco sanitario colaborativo del que emanan sus derechos y deberes.

Por eso, con la finalidad de ofrecer al paciente unos servicios sanitarios dignos y de calidad, la asistencia sanitaria de nuestros tiempos ha de ser eficaz, eficiente,

ajustada a la demanda, accesible y continuada, tanto desde el punto de vista temporal como del espacial, y con unos atributos de calidad que pasamos a exponer a continuación:

- Eficacia técnica y científica: en base a la existencia de un alto grado de ejecución del binomio conocimientos médicos-tecnología existentes.
- Accesibilidad: posibilidad de acceso a las prestaciones sanitarias a pesar de posibles inconvenientes de tipo económico, geográfico, cultural, psíquico u organizativo.
- Continuidad: atención integral del usuario la sanidad, mediante unos servicios ininterrumpidos y continuados, enfocados a la curación del paciente.
- Adecuación: con un equilibrio al ejecutar la prestación sanitaria entre la disponibilidad geográfica de los servicios y recursos y las necesidades de los usuarios.
- Cooperación del usuario: con los profesionales sanitarios para cumplir el programa asistencial marcado.
- Aptitud profesional: por parte de los profesionales, encauzando sus conocimientos y destrezas hacia la curación y la satisfacción de los usuarios. En este sentido, van unidas tanto competencias puramente profesionales como la capacidad de comunicación asertiva.
- Operatividad: es el nivel de disponibilidad de los servicios sanitarios en el momento que estos sean precisados por el usuario.
- Adamsibilidad: es el cumplimiento de las expectativas iniciales del usuario, que tiene como consecuencia la satisfacción del paciente y de sus familiares sobre la atención recibida por parte de los profesionales de la sanidad y acerca de los resultados favorables para su salud de ese proceso asistencial.
- Efectividad: este es un atributo de la calidad asistencial en el que intervienen diversos factores: o La facultad de mejorar la salud del usuario que tiene el tratamiento.

La proporción existente entre la efectividad potencial del servicio prestado y la efectividad real del mismo. La capacidad de actuación del equipo de profesionales de la sanidad para alcanzar el mejor resultado para el paciente. La reducción de los riesgos potenciales que provienen de la atención dispensada. La generación de la documentación necesaria para la ejecución y el seguimiento del proceso asistencial.

- Seguridad: es la valoración positiva de la correlación entre los riesgos y los beneficios que dimanen de la asistencia recibida.
- Satisfacción del profesional: el sentimiento de realización personal y laboral del profesional de la sanidad juegan también un papel muy importante en el nivel de calidad asistencial, pues la el grado de satisfacción laboral influye de forma muy

directa en el nivel de calidad asistencial prestada a los usuarios.

- Eficiencia: este atributo se evalúa en función del cumplimiento de dos aspectos fundamentales: La proporción adecuada entre los efectos que tiene una asistencia sanitaria y el coste monetario que este servicio supone. o La optimización en el uso de los recursos disponibles para llevar a cabo la prestación asistencial.

EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO.

Es una unidad autónoma con capacidad de gestión que depende directamente de la Gerencia de Área, y que se nutre de profesionales cuya función es la de prestar una atención directa a los usuarios de la sanidad, ofreciéndoles orientación e información sobre la organización del sistema sanitario y sobre los recursos a su disposición tanto dentro de su área de salud como fuera de la misma, y que además realiza los trámites y gestiones sobre reclamaciones y sugerencias de los usuarios, estudiándolas y canalizándolas, con el fin de realizar propuestas de mejora de los servicios que contribuyan a mejorar el proceso asistencial de los pacientes y sus familias durante su estancia en el centro sanitario.

El objetivo del SAU es el de proteger los derechos y deberes de los usuarios, integrando su opinión en la organización del centro para poder mejorar la calidad asistencial.

FUNCIONES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO:

- Orientar al usuario y a sus familiares durante su estancia en el Centro Hospitalario sobre la localización de las unidades y servicios, sus horarios y los horarios de visitas.
- Facilitar la colaboración entre los usuarios y el centro hospitalario.
- Informar a los familiares de los pacientes sobre los horarios de información médica y acerca de la planta o servicios en los que se encuentra el paciente, incidencias, tiempos de espera, traslados,...
- Proponer a la dirección del centro normas sobre la estancia de los pacientes.
- Acreditar a los visitantes en horarios especiales.
- Entregar a los usuarios los protocolos de las distintas unidades del hospital y la carta de derechos y deberes de los usuarios.
- Canalizar las quejas, sugerencias y reclamaciones de los usuarios, facilitándoles y gestionando los libros de reclamaciones, los buzones de sugerencias y las encuestas sobre hospitalización del paciente durante su estancia o en el momento del alta, para conocer su grado de satisfacción asistencial.
- Gestionar los puntos de información mediante cartelerías, pantallas informativas.

DERECHOS Y OBLIGACIONES FUNDAMENTALES DEL PACIENTE

Derechos del usuario:

- El usuario de la sanidad tiene derecho a que la información relacionada con su proceso asistencial tenga un carácter reservado, con las excepciones legales previstas.
- Conocer los procedimientos para presentar a la administración las quejas, reclamaciones o sugerencias a que hubiera lugar, y a recibir la debida respuesta por parte de la administración a sus demandas.
- Que las instituciones sanitarias le aseguren una atención asistencial segura y eficiente, realizada por personal cualificado y con los medios técnicos precisos.
- Que su persona no sea utilizada para la realización de actividades docentes, ensayos ni investigaciones sin su consentimiento expreso y, de ser este dado por el paciente, sin haber sido informado con anterioridad sobre su finalidad, metodología utilizada y riesgos que se deriven de las mismas.
- Elegir entre las posibilidades de tratamiento que le ofrezca su médico, indicando de forma expresa su consentimiento, al que se puede negar, salvo casos de urgencia, riesgo para la salud pública, imperativo legal o incapacidad para decidir.
- Que la asistencia sanitaria que se le proporcione no sea discriminatoria, se realice respetando su intimidad y dignidad, sea completa y que el uso de los recursos disponibles para llevarla a cabo sea eficaz.
- Tener un médico asignado responsable de su proceso asistencial, del que deberá recibir información verbal y escrita comprensible sobre su estado de salud, diagnósticos, alternativas de tratamiento y pronósticos, a la que puede renunciar, siendo esta proporcionada en este caso a sus familiares o personas legalmente responsables del paciente.
- Disponer de una historia clínica en la que se detallará por escrito toda la información clínica de su proceso asistencial, además de las pruebas realizadas.
- Ser informado de las facetas asistenciales relativas a su patología, sobre las que pudiera tener dudas.
- Ante la disconformidad con la información facilitada por el médico encargado, el usuario tiene derecho a solicitar una segunda opinión facultativa.

Deberes del usuario:

- Tratar de forma respetuosa a los profesionales de la institución sanitaria, a los demás pacientes y a sus acompañantes.
- Solicitar información sobre las normas del establecimiento sanitario y sobre el procedimiento para presentar quejas, sugerencias y reclamaciones, usar las vías de reclamación sugeridas y secundar las reglas establecidas por el centro.

- Demandando el cumplimiento de sus derechos, responsabilizándose del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas.
- Cuidar las instalaciones y el mobiliario del centro, colaborando en el mantenimiento de su integridad y condiciones de habitabilidad.

CÁNONES PARA GESTIONAR Y EVALUAR LA CALIDAD ASISTENCIAL.

Para gestionar la calidad asistencial que se dispensa a los usuarios, existen los siguientes procedimientos:

- Normalización y certificación

Las normas se refieren al conjunto de detalles técnicos determinados por el progreso tecnológico y la experiencia asistencial, y son aprobada por AENOR, organismo de normalización reconocido en España y que, por medio de su Comité Técnico de Normalización AET/CTN, elabora y aprueba los documentos normativos UNE en nuestro país.

La certificación implica el reconocimiento de que se cumplen determinadas normas de calidad y rigor profesional, y en España, están recogidas en la ISO 9000. El sistema de calidad es el método que adopta el Sistema Sanitario, mediante el que se asegura la conformidad de los servicios prestados con lo establecido en la norma ISO 9000.

- Acreditación y autorización

La acreditación es el reconocimiento por parte de un tercero autorizado, que establece la capacitación técnica de una entidad sanitaria para desarrollar una actividad asistencial. La autorización es una acreditación de tipo administrativo que reconoce el cumplimiento de una serie de requisitos para prestar una atención adecuada al usuario.

- Excelencia

A través de la gestión de excelencia se colman todas las necesidades y expectativas tanto por parte del usuario como del profesional, confirmando el uso coordinado y eficiente de todos los recursos disponibles para llevar a cabo la labor asistencial. El modelo más utilizado para la gestión de la calidad de excelencia es el EFQM (European Foundation for Quality Management), que se basa en la autoevaluación.

5 Discusión-Conclusión

Todos los trabajadores que prestan servicios en calidad de personal estatutario del Sistema Nacional de salud comparten el objetivo común de ofrecer una asistencia a los usuarios integral y de calidad, que cubra las expectativas de los pacientes. Por este motivo, la mejora de la calidad asistencial es uno de los aspectos fundamentales que mueve a los estos profesionales, entre los que se encuentra el grupo de Gestión y Servicios que, por tratarse de personal que no ofrece servicios de carácter sanitario estrictamente hablado, aunque su desempeño profesional influye de forma muy significativa en el grado de percepción de calidad asistencial que percibe el usuario de la sanidad.

Por eso es muy conveniente conocer cuáles son los aspectos fundamentales que contribuyen a que los servicios prestados a la ciudadanía sean percibidos por los usuarios como óptimos y adecuados a sus necesidades sanitarias y personales.

6 Bibliografía

- Rodríguez Pérez, M. and Grande Arnesto, M. (2019). Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. 1st ed. [ebook] Madrid: Unidades Docentes de la Escuela Nacional de Sanidad. UNED., pp.1 a 35.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Revisión vigente desde 07 de Diciembre de 2018. Artículo 10 y 11.
- 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..I. Disposiciones generales.
- Fernández Martín J, Navarro Royo C, Almazán González S, Lorenzo Martínez S. Manual de Calidad Asistencial [Internet]. 1st ed. Toledo: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2009 [cited 9 September 2019].
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Organización Institucional - Sistema Nacional de Salud - Informe anual Sistema Nacional de Salud [Internet]. Mscbs.gob.es. 2005 [cited 9 September 2019].

Capítulo 713

EL ESTRÉS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LOS CENTROS DE SALUD

JORGE MARCOS RODRÍGUEZ

RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ

LAURA LÓPEZ SAMPEDRO

NURIA NOGALES URDIALES

PILAR DE LA TORRE GONZALEZ

1 Introducción

El Estrés es una reacción de adaptación del organismo como consecuencia del desequilibrio entre las demandas del medio laboral y las capacidades y recursos para afrontarlas.

Los riesgos psicosociales del auxiliar administrativo, en la atención a un usuario pueden ser debidos a múltiples causas, siendo las principales:

- Las interacciones comunicativas con el usuario.
- Formación para el puesto.
- Presión asistencial.
- Cambios tecnológicos.
- Turnicidad.

Estos pueden producir daños psicológicos, físicos y sociales negativos, uno de estos y el más común es: el estrés laboral.

2 Objetivos

Identificar las principales causas del estrés laboral y las medidas preventivas a adoptar para evitarlo.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en los artículos de investigación sobre el estrés, así como guías de Prevención de Riesgos Psicosociales y en las bases de datos de: scielo, ocrnos y dialnet, con las palabras clave "estrés" "riesgos psicosociales", "causas". Como criterios de inclusión he empleado: población adulta, idioma castellano, y texto gratuito; de exclusión: aquellos trabajos publicados previamente al año 2009.

4 Resultados

Los principales resultados analizados dicen que las causas del Estrés laboral del auxiliar administrativo vienen dadas por la excesiva carga laboral, la cual se debe al excesivo trabajo mental con escasos tiempos de descanso, pues el auxiliar administrativo en el ámbito sanitario tiene una gran presión asistencial y debe de desempeñar sus funciones laborales de la forma más rápida posible.

Trabajar sólo, en la atención al usuario, es un factor que genera estrés, ya que en ocasiones éste, el paciente, puede pagar su frustración con el auxiliar administrativo que es el último escalafón de la cadena. Es por ello conveniente, que el personal se turne en este puesto de trabajo (la atención al usuario), alternándolo con otras tareas menos estresantes, aunque para ello también debe tener el apoyo de sus superiores.

En cuanto a la organización del trabajo se deben diseñar unos turnos adecuados anti estrés pensados para reducir los efectos nocivos que éste desencadena sobre el organismo, ya sea a consecuencia de los horarios, totalmente contrarios a los biorritmos naturales del ser humano, o por la presión laboral continua. La administración sanitaria debe de facilitar Formación continuada y adecuada en

la atención al usuario tanto de manera presencial como telefónica, esta es fundamental para saber actuar en todo tipo de situaciones. La formación en nuevas tecnologías también es importante para poder dar una atención de calidad, debido a que hoy en día la mayoría de los trámites en la administración sanitaria se hacen casi en su totalidad de forma electrónica.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos, las causas de estrés en el ámbito laboral son identificables, y con un poco de voluntad por parte de todos, tanto el equipo multidisciplinar del ámbito sanitario, como por la población, se pueden evitar. La tarea de evitar estos riesgos psicosociales no sólo es tarea del trabajador o la administración sanitaria, es de todos y tiene que estar implantada en todos los escalafones de los centros sanitarios. Para ayudarnos, existen una serie de herramientas de fácil utilización, anteriormente nombradas como:

- Alternar tareas de atención al usuario, con otras menos estresantes.
- Diseño de turnos adecuados.
- Controles médicos periódicos.
- Recibir formación específica y continuada.
- Tener el apoyo de sus superiores.

Estas medidas preventivas nos asesoran para manejar los factores de estrés en el trabajo. La inversión en estas medidas preventivas para reducir el estrés, a la larga se verán recompensadas con menos bajas laborales y una mejor atención al paciente, debido al grado de satisfacción del trabajador, mejorando así:

- La calidad asistencial.
- La atención del paciente y su calidad de vida
- La calidad de vida del trabajador.

6 Bibliografía

- Gema María Rivilla Juárez. El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica (2019).
- María Inmaculada Girón Cónsul "Los riesgos psicosociales en el personal administrativo"(2011). Ficha de Evaluación de Riesgos Psicosociales. Observatorio de Riesgos Psicosociales-UGT (2012)
- María Inmaculada Girón Cónsul. Los riesgos Psicosociales el personal administrativo (2011)

- Yolanda Ureña Ureña. Riesgos específicos y su prevención en Centros de las Administraciones Públicas (2015)

Capítulo 714

HABILIDADES SOCIALES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CAMPO SANITARIO

LAURA LÓPEZ SAMPEDRO

NURIA NOGALES URDIALES

PILAR DE LA TORRE GONZALEZ

JORGE MARCOS RODRÍGUEZ

RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las habilidades sociales se entienden como la capacidad que tenemos las personas para comunicarnos con los demás, es decir, son las conductas que emitimos cuando nos relacionamos con otras personas, y que nos ayudan a interactuar de forma efectiva y satisfactoria. No poseer determinadas habilidades sociales puede dar lugar a que nuestra forma de actuar sea mal interpretada y llevarnos a un conflicto que podría haberse evitado. En el caso de los auxiliares administrativos en el campo sanitario, poseer estas habilidades nos ayudará a relacionarnos tanto con pacientes, como con los familiares de los pacientes e incluso con nuestros compañeros sanitarios y no sanitarios.

2 Objetivos

- Identificar las principales habilidades sociales que debería tener un auxiliar administrativo en el campo sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en guías de habilidades sociales, así como en guías de comunicación verbal y no verbal, y en las bases de datos de: Scielo, Ocronos y Dialnet, con las palabras clave “habilidades sociales”, “comunicación verbal” y “comunicación no verbal”. Como criterios de inclusión se ha empleado: población adulta, idioma castellano, y texto gratuito; de exclusión: aquellos trabajos publicados previamente al año 2010.

4 Resultados

Principales habilidades sociales del auxiliar administrativo en el campo sanitario:

- Escucha activa.

Debemos escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que nos habla. Es la habilidad de escuchar no sólo lo que las personas nos están expresando, sino también sus sentimientos, ideas o pensamientos que se esconden detrás de lo que nos está intentando decir. Este tipo de escucha requiere un esfuerzo de nuestras capacidades empáticas y cognitivas. Lo que debemos evitar cuando escuchamos a otra persona:

Distraernos durante la conversación.

Interrumpir al que nos está hablando.

Ofrecerle ayuda de manera prematura.

Rechazar lo que está sintiendo.

- Asertividad.

Debemos expresar nuestra opinión de manera adecuada, y siempre respetando la opinión de los demás. -Validación emocional

De entrada debemos decir que todas las emociones que experimentamos las personas son siempre válidas y tienen sentido. Es importante aceptar la experiencia emocional de la otra persona y así mejoramos las relaciones y la comunicación, ya que la persona se siente comprendida. Algunas expresiones que no deberíamos utilizar:

No es para tanto.

No te preocupes.

Estás exagerando. Puesto que de esta forma lo que lograríamos sería alejar a la persona.

-Empatía.

Tendríamos que tener capacidad para conectar emocionalmente con los demás.

-Respeto.

Si mostramos respeto, lo que logramos es que las personas estén más predispuestas a relacionarse con nosotros de una forma más cordial.

-Credibilidad.

Resultar una persona creíble es importante para que confíen en nosotros. Es necesario que haya coherencia entre lo que decimos y lo que nosotros hacemos.

-Compasión.

Todos nos podemos equivocar. Por lo tanto ser compasivo y perdonar nos ayuda en nuestras relaciones. -Mente abierta

Una mente abierta nos ayudará a relacionarnos y a adaptarnos mejor al entorno. La intolerancia nos limita en nuestras relaciones interpersonales.

-Paciencia.

La paciencia nos ayudará a estar relajados y a manejar los conflictos que nos puedan surgir con una mayor serenidad. Si no dominamos esta habilidad cualquier situación puede llegar a ser molesta para nosotros y sería un problema.

-Ser educados.

Ser gentil y amable siempre es un extra. Cuando uno es educado es más sencillo que las cosas vayan mejor. -Saber comunicar

Saber expresarse no siempre resulta sencillo, por ello tener una buena comunicación verbal y no verbal nos ayudará a la hora de relacionarnos con pacientes y compañeros. Para mantener una buena comunicación verbal debemos emplear un lenguaje que sea sencillo, claro y que sea fácil de comprender, así lograremos crear un ambiente de confianza y facilitamos la comunicación. También es importante que cuidemos nuestra comunicación no verbal, que incluye gestos, expresiones faciales, el tono que empleamos e incluso las posturas que podamos emplear. Nuestros movimientos corporales deben de comunicar lo que deseamos transmitir, por ejemplo, podemos utilizar los movimientos de nuestras manos para reforzar nuestros mensajes. Algunos aspectos a tener en cuenta en nuestra comunicación no verbal:

Un tono de voz adecuado, que sea firme y directo, pero sin perder la amabilidad. Mantener una distancia en la que se nos escuche bien, pero sin invadir el espacio personal del otro interlocutor.

Ir vestido de una forma adecuada.

Mantener una postura correcta.

También debemos tener en cuenta nuestros gestos, ya que reafirman nuestra intención ; es necesario prestar atención al rostro de la otra persona y no gesticular cuando escuchamos lo que nos está diciendo.

5 Discusión-Conclusión

Los auxiliares administrativos del campo sanitario estamos constantemente en contacto con pacientes y compañeros, tanto sanitarios como no sanitarios, de ahí la importancia de conocer y optimizar este tipo de habilidades. Así lograremos un mayor éxito, ya que tendremos un mayor control en las relaciones, y lo haremos de una forma más efectiva y satisfactoria. Lo cual dará lugar a una mejora de las relaciones humanas en el ámbito laboral, lo que repercute en el personal, no sólo en nosotros mismos, sino en todos aquellos que nos rodean, incluyendo a las personas que atendemos como auxiliares administrativos. Es por ello que también estas habilidades forman parte del servicio que nosotros ofrecemos y se debería de fomentar nuestra formación en ellas.

6 Bibliografía

- Evangelina Suárez García. La comunicación verbal en los servicios de salud(2019). Las principales habilidades sociales para tener éxito.
- Habilidades sociales. <https://www.psyciencia.com>
- Centro Manuel Escudero. Psicología y psiquiatría. Qué son las habilidades sociales y como mejorarlas. www.manuelescudero.com

Capítulo 715

ATENCIÓN PRIMARIA

ELIAS GUTIERREZ GONZALEZ

LYS VÁZQUEZ MARTÍN

MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ

LUIS BUENO PAZ

1 Introducción

La conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata en 1978 estableció la definición de asistencia primaria sanitaria como: la Asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más ceca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Los elementos conceptuales que caracterizan la atención primaria son:

- Integral: abordando los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial considerando los componentes biológi-

cos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.

- Integrada: Los procesos de atención sanitaria deben contemplar actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- Continuada y longitudinal: Desarrollando sus actividades a lo largo de la vida de las personas, en los diferentes sitios donde viva o donde trabaje.
- Activa: Realizada por profesionales que trabajan de forma activa y anticipatoria a los problemas y demandas detectándolos en sus fases más precoces.
- Accesible: No puede haber barreras que dificulten la utilización de los recursos por las personas que los necesiten o discriminación en función de su raza, creencias o situación económica.
- Desarrollada por equipos: Formados por profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Comunitaria y participativa: Enfocando las necesidades y problemas de salud desde la perspectiva personal y colectiva o comunitaria y con la participación activa y constante de las personas indicadas.
- Programada y evaluable: A partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.
- Docente e investigadora: con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

2 Objetivos

Explicar los fundamentos y bases de la Atención Primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La atención primaria debe ofrecer servicios según necesidad, y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas. Una atención primaria polivalente y resolutive, competente para dar respuesta a pacientes complejos y para considerar la salud en conjunto y que por ellos coopere con otros servicios, socio-sanitarios y extrasanitarios. Las prestaciones de atención primaria son:

- La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Las actividades de información y vigilancia de la protección de la salud.
- La rehabilitación básica.
- Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- La atención a la salud bucodental.

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) en su artículo 63 dice lo siguiente: La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria. Los Centros de Salud desarrollarán de forma integrada y mediante el trabajo en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la zona básica, a cuyo efecto, serán dotados de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función. Como medio de apoyo técnico para desarrollar la actividad preventiva, existirá un Laboratorio de Salud encargado de realizar las determinaciones de los análisis higiénico-sanitarios del medio ambiente, higiene alimentaria y zoonosis. La misma Ley General de Sanidad en su artículo 64 nos habla de los Centros de Salud diciendo que: El Centro de Salud tendrá las siguientes funciones: a) Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica. b) Albergar los recur-

sos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona. c) Servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales. d) Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios de la zona. e) Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solà dicen sobre el Centro de Salud: “El centro de salud integral, entendido no sólo o principalmente como un edificio sino como una estructura funcional que permite el desarrollo de la mayor parte de las actividades propias de la Atención Primaria Sanitaria, es una opción organizativa adecuada para que los distintos profesionales que integran los equipos de salud puedan realizar sus funciones desde las de acogida inicial del usuario hasta las asistenciales curativas y de promoción y prevención. En el centro de salud integral se puede asumir los siguientes grandes grupos de actividades:

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Atención domiciliaria.
- Rehabilitación (no en todos los centros).
- Atención continuada y urgente (no en todos los centros).
- Vigilancia epidemiológica.
- Gestión (funcionamiento interno y soporte).

En el centro de salud, con un número y extensión que dependerá del tamaño de la población atendida (entre 5.000 y 25.000 habitantes en España), existirán espacios para la acogida de los usuarios y la programación de visitas, para las consultas a cargo de los distintos profesionales del equipo, salas comunes (reuniones y sesiones, educación para la salud...), espacios para actividades de salud comunitaria y otros para el soporte e infraestructuras”.

Por otra parte, en cuanto al equipo de salud nos dice Martín Zurro y Jodar Solà: “El equipo de salud, definido a partir de objetivos y metodologías de trabajo comunes de sus componentes y contando con su participación y responsabilización conjunta en la génesis y la evaluación de los resultados obtenidos, es el pilar fundamental de la organización del trabajo en el centro de salud. No es fácil conseguir desarrollar un verdadero trabajo en equipo; sus componentes tienen profesiones y procedencias diversas, y a veces carecen de experiencia en dinámicas de funcionamiento basado en la asignación de responsabilidades y tareas en función de la propia capacidad competencial del profesional y no bajo una simple perspectiva estamental vertical.

El desarrollo de la Atención Primaria Sanitaria no puede centrarse de forma exclusiva en los profesionales médicos. Esta afirmación categórica implica la necesidad de reconocer el papel esencial de todos y cada uno de los componentes de los equipos de salud en el desarrollo de las funciones y tareas propias de la Atención Primaria Sanitaria y, por tanto, en la consecución de los objetivos y la generación y evaluación de los resultados obtenidos.

La composición de los equipos de salud no puede responder a criterios con validez universal y, por el contrario, debe adaptarse a las posibilidades y necesidades locales, de su ámbito de actuación. En España, los equipos pueden incluir médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, auxiliar de clínica, farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales y personal auxiliar polivalente. En Cataluña también forman parte de los equipos los odontólogos, mientras que figuran como colaboradores los farmacéuticos y las matronas, y no se incluyen los veterinarios. Los componentes básicos de los equipos son los médicos, las enfermeras, los trabajadores sociales y el personal auxiliar polivalente.

El director o coordinador del equipo de salud es una figura de gran importancia para que éste alcance un nivel óptimo de funcionamiento. Su capacidad de liderazgo participativo es esencial y por ello debe cuidarse especialmente su elección. En muchos centros de salud también pueden trabajar otros profesionales que desarrollan tareas de apoyo especializado en distintos ámbitos relevantes para la atención primaria. Es el caso de salud mental, salud pública, rehabilitación, laboratorio y radiología, entre otros.

Las actividades de los distintos componentes de los equipos de salud son las propias del centro señaladas previamente y tanto desde una perspectiva de atención personal individual como familiar y comunitaria. Para conseguir un desarrollo adecuado de todas las actividades es importante programar una introducción progresiva de éstas y diseñar un cronograma de implantación que permita a sus miembros asumirlas de forma positiva, huyendo del riesgo de fracasos y desmotivaciones que pueden hipotecar el futuro del equipo. En la mayoría de las ocasiones en cada centro de salud solamente trabaja un equipo, con más o menos recursos de apoyo especializado, pero a veces, sobre todo en las ciudades, en un mismo centro están radicados varios equipos de salud. En la primera situación coincide la cantidad de población atendida con la asignada al centro. El territorio geográfico asignado a cada equipo se denomina en España (Zona o Área Básica de salud)”.

También estos autores hacen una diferencia entre la longitudinalidad y la con-

tinuidad diciendo que: “Las actuaciones de los profesionales de atención familiar y comunitaria en el marco de la Atención Primaria Sanitaria, principalmente de los médicos y enfermeras (que tienen población adscrita), implican asumir una relación personal asistencial basada en la longitudinalidad y continuidad de los cuidados. Ya hemos señalado antes las características esenciales de la Atención Primaria Sanitaria, pero es importante volver sobre estos dos conceptos, estrechamente relacionados pero diferentes: la longitudinalidad traduce el mantenimiento a lo largo del tiempo de una vinculación profesional con la persona basada en la confianza mutua, el respeto y la corresponsabilidad y no está necesariamente relacionada con un problema o diagnóstico. La continuidad hace referencia a la conexión entre las distintas actuaciones asistenciales relativas a un problema de salud, actuaciones que pueden ser realizadas por distintos profesionales y en diferentes ámbitos del sistema sanitario. Los profesionales de atención familiar y comunitaria deben poder garantizar la longitudinalidad de la relación con sus pacientes y, al mismo tiempo, contribuir de forma decisiva a la mejor coordinación de las actuaciones asistenciales, base de la continuidad. Unos procesos de atención que desarrollen en grado óptimo la longitudinalidad y la continuidad contribuirán de forma decisiva a mejorar la efectividad y la eficiencia del conjunto del sistema sanitario.

Los profesionales de referencia que prestan atención familiar y comunitaria han de actuar como verdaderos gestores de los procesos de interacción de sus pacientes adscritos con los distintos ámbitos del sistema de salud. Mantener la longitudinalidad de la relación implica el desarrollo de esta perspectiva de gestión y participar de forma activa en la toma de decisiones sobre las intervenciones programadas. Esta actividad de gestión se debe contemplar tanto desde una perspectiva individual como familiar y de la comunidad, ya que las decisiones asistenciales puede variar de forma significativa en función de las características y necesidades concretas del medio familiar y social. Alcanzar el pleno desarrollo de una verdadera y completa estrategia de atención familiar y comunitaria no es tarea fácil. El abordaje holístico (biopsicosocial) de los problemas y necesidades de salud, la comprensión de los factores culturales, religiosos, socioeconómicos y de clase social, y del sistema de valores personales y colectivos o la consideración de la influencia del entorno laboral, son elementos que es necesario analizar en la perspectiva de una atención familiar y comunitaria que pretenda ser innovadora y efectiva en la consecución de mejoras apreciables en el bienestar y salud individual y colectivo.”

Según Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solà: “La atención primaria de salud

puede ser definida y conceptualizada desde distintas perspectivas. Frecuentemente, en nuestro entorno, se la considera como una parte esencial o nuclear del sistema sanitario: la puerta de entrada a través de la que los usuarios y pacientes toman inicialmente contacto con los servicios de salud.”

Fernando Lamata Cotanda, doctor en medicina y experto en política sanitaria dice: “Los puntos fuertes de nuestro modelo son: profesionales bien formados, trabajo en equipo (medicina de familia, pediatría, enfermería y otros profesionales); zona adscrita al CS, y lista de pacientes a cada profesional; puerta de entrada al sistema (primer contacto, con carácter general); sistema de derivación o referencia a los demás especialistas. Es muy importante también la amplia cartera de servicios que incluye actividades de prevención de enfermedad y promoción de la salud, y los medios diagnósticos disponibles. También son importantes la cobertura “casi” universal, y una amplia distribución de Equipos de Atención Primaria en todo el territorio, con una buena accesibilidad geográfica y horaria (mañana y tarde, telefónica, por internet, urgencias, atención a domicilio). Tampoco se exige un copago por la consulta de AP. En cuanto a la información clínica hay historia digitalizada en la mayoría de los EAP y en los hospitales, y parte o toda la información es accesible desde diferentes centros en la red (en el ámbito de los servicios regionales de salud).

5 Discusión-Conclusión

Según Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solà: “El proceso de reforma de la atención primaria introduce un conjunto de cambios importantes entro lo que señalaremos los siguientes:

- Equipos de atención primaria centrados alrededor de médicos (de familia y pediatras) y enfermeras que trabajan en régimen de dedicación completa.
- Integración en las consultas de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Ordenación del territorio en Zonas o Areas básicas de Salud (5.000-25.000 habitantes), cada una de ellas a cargo de un equipo.
- Coordinación en el área de salud con los profesionales que prestan apoyo especializado a los equipos de atención primaria.
- Retribución mixta (salario, complementos, número de pacientes) de los profesionales.
- Instauración de la tarjeta sanitaria individual.
- Docencia e investigación”

6 Bibliografía

- Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solá.
- Ley 14/1986 de 25 de abril (Ley General de Sanidad).
- Ley 16/2003 de 28 de mayo (Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud).
- Fernando Lamata Cotanda, doctor en medicina y experto en política sanitaria.

Capítulo 716

ACTUACIÓN DE CELADOR EN EL ÁMBITO DE LOS CENTROS DE SALUD

JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La atención primaria de salud es la atención esencial que constituye el inmediato punto de encuentro entre el profesional sanitario y el paciente. Los equipos de atención primaria lo forman médicos de familia, enfermeras, pediatras, administrativos, auxiliares de enfermería, celadores y unidades de apoyo como fisioterapeutas y trabajadora social.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las funciones que realiza el celador dentro del ámbito de la atención primaria

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Dialnet, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La labor del personal celador es vital para la asistencia en todos los ámbitos tanto en atención primaria como en atención especializada.

Los celadores en los centros de salud realizan una serie de funciones como la información y atención al usuario, el traslado y movilización de pacientes, reposición de material, reparto de documentación, y asistencia a otros profesionales.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona con la que contactan los enfermas y familiares cuando llegan al centro de salud. La figura del celador está presente en todos las áreas clínicas y procesos asistenciales de un centro sanitario. El trabajo que realizan es tan importante que sin el trabajo de los mismos se podría llegar a paralizar una institución.

6 Bibliografía

- Ley 44/ 2003, de 21 de Noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias BOE, 22-11-03.
- Pájarin Rua M, Berras, Rajmiel, Solaris M, Borrel C, Starfield B . Un instrumento para la evaluación de la atención primaria desde la perspectiva de la población.
- Jiménez Villa J. La evaluación necesita la perspectiva de la población. Atención Primaria 2007;39(8): 395-403

Capítulo 717

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA GARANTIZAR LA SALUD DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL ÁMBITO SANITARIO.

SILVIA BENAVIDES DIEZ

VANESA SUAREZ MENDEZ

RAUL MONTESERIN FERNANDEZ

1 Introducción

Según la Organización mundial de la Salud (OMS), un lugar de trabajo saludable, es aquel donde los trabajadores y la dirección, colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y la conservabilidad del lugar de trabajo.

El trabajo, es una fuente de riesgos para la salud del trabajadores, tradicionalmente definimos la salud, como la ausencia de enfermedad, sin embargo el concepto de salud está definido por la OMS como el estado completo de bienestar físico o social, y no solamente de la ausencia de afección o enfermedad.

La Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, establece las bases de regulación de las condiciones de trabajo, cuyo objeto es proteger a

los trabajadores de los riesgos que se derivan del trabajo, así como establecer mecanismos de participación de éstos en materia preventiva.

Los factores de riesgo laboral, son las condiciones que pueden provocar la aparición de los riesgos laborales. Los podemos clasificar en 4 grandes categorías:

- Factores o condiciones de seguridad.
- Factores o condiciones medioambientales.
- Factores relacionados con la carga de trabajo.
- Factores relacionados con la organización del trabajo.

Tanto la organización como la técnica, se pueden volver en contra de las personas, amenazando su integridad física y mental, causando por tanto accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Una de las grandes causas de éstas enfermedades, son los riesgos psicosociales.

Los factores de riesgo psicosociales, son todos aquellos aspectos de las condiciones de trabajo y en su mayor parte, de cómo está organizado, que afectan a la salud de las personas a través de herramientas psicológicas y fisiológicas, a los que también podemos conocer como el estrés.

El personal administrativo del ámbito sanitario, tiene altas exigencias de realizar el trabajo con rapidez, siendo de cara al paciente o usuario en la mayor parte de las ocasiones, con falta de apoyo, efectuando tareas muy repetitivas y monótonas, muchas veces de corta duración, generando todo ello fases de frustración, apatía, estancamiento, dando lugar a estrés laboral y otra serie de trastornos psicológicos y físicos.

Por éste motivo, es necesario realizar métodos de evaluación en los servicios de salud, para detectar y evitar éste tipo de situaciones y prevenir sus riesgos.

2 Objetivos

Conocer cuáles son los métodos de evaluación de riesgos psicosociales para garantizar la salud del personal administrativo del ámbito sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo ésta revisión bibliográfica , se realiza una búsqueda de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Pudmed y en el bus-

cador Google Académico, empleando las palabras “administrativo”, “psicosocial”, “riesgo”, “sanidad”. De ésta búsqueda, se localizaron un total de 210 artículos, de los cuales se eligieron los textos en castellano y cuya publicación se realizó entre 2008 y 2019, excluyendo los del resto de idiomas y con fecha de publicación previa a 2008. Con éste filtro, se reducen las búsquedas 54 artículos. Se ordenaron según relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

Entre los métodos de evaluación de factores psicosociales más utilizados en España, destacamos los siguientes:

- Método de evaluación F-PSICO: Es un método muy completo para una evaluación integral de los factores, avalado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Los cuestionarios de éste método se realizan a través de una plataforma online segura, a través de un envío de email con el enlace al cuestionario, garantizando así la confidencialidad y privacidad de los trabajadores. Ésta herramienta ha ido avanzando a lo largo del tiempo, estando actualmente en la versión 4.0. El cuestionario consta de 44 preguntas, pudiendo llegar a 89 el número totales de items.
- Método de evaluación COPSOQ- Istars 21: Es el cuestionario social de Copenhague, adaptado en España por el Instituto Social de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Se trata de un instrumento internacional de prestigio, que incorpora conocimiento y metodología científica, facilitando la acción sobre el origen de los riesgos. Es de uso público, universal y gratuito. Para un servicio de salud, utilizaremos la versión media, ya que es la destinada para administraciones con 25 o más trabajadores. Tiene alto grado de validez y fiabilidad. Este modelo permite adaptar las preguntas a las características del trabajo del personal administrativo del servicio de salud. Se efectúa mediante cuestionarios individuales, anónimos y confidenciales, que incluyen 21 dimensiones psicosociales, abarcando en su mayor parte, la infinidad de exposiciones psicosociales que puedan existir en el ámbito laboral.

A parte de éstos dos métodos, se utilizan otros métodos internacionales, como pueden ser el Cuestionario de Evaluación de riesgos psicosociales del Instituto Navarro de Salud Laboral en España, el cuestionario Multidimensional Decore, MC Mutual de la Universidad de Barcelona, Job Content Questionnaire y Effort Reward Imbalance Questionnaire.

En todos ellos, se valoran varios aspectos, como son los siguientes:

- La carga mental: consistente en el esfuerzo de atención, la fatiga percibida, la información mejorada y la percepción subjetiva.
- Definición de rol: su ambigüedad y conflictividad.
- Interés por el trabajador: en base la estabilidad en el empleo, promoción, carrera profesional, formación e información.
- Relaciones personales: analizando la comunicación y la calidad de las relaciones.
- Contenido del trabajo: en base a tareas sin sentido y capacidades del trabajador.
- Niveles de participación y supervisión.

La aplicación e interpretación de los resultados obtenidos, deben llevarse a cabo por técnicos cualificados y con un conocimiento suficiente del ámbito sanitario en el que se realizará el estudio de evaluación, como parte además, de una observación participante, con una continuidad en el tiempo y dentro de una planificación preventiva, manteniendo siempre la privacidad y confidencialidad de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos psicosociales existen, tenemos relativa facilidad para recolectar la información mediante infinidad de métodos, pero no así, para realizar una intervención efectiva.

Los servicios de salud necesitan aplicar éstos métodos para detectar cuáles son los factores de riesgo psicosocial que afectan tanto al personal administrativo como al resto de personal sanitario, con el fin de definir las acciones de intervención, previniendo enfermedades como el estrés y el síndrome de Burnout y promoviendo el buen clima laboral. Por lo tanto, la promoción de la salud en el trabajo, es una inversión de futuro.

6 Bibliografía

- Gimeno D, Marko D, Martínez J. Relación entre los factores de riesgos psicosociales laborales Y la ausencia por razones de salud: motivos laborales y no laborales en España. Arch Prev Riesgos Laborales 2003; 6 (3)
- Carrillo A. Nuevas formas y organizaciones de trabajo en los servicios médicos empresariales. Revista Derecho del Trabajo. 2006.

- Meliá J. ¿ Cómo evaluar los riesgos psicosociales en la empresa? Metodologías, oportunidades y tendencias. 2006. Disponible en [https:// www.uv.es/seguridad laboral](https://www.uv.es/seguridad_laboral).
- Guardia J. Evaluación de los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales. Universidad de Barcelona. 2008.
- Otero C, Dalmau I. Métodos de evaluación de factores psicosociales en el sector sanitario, F-PSICO e ISTAS 21. 2006.

Capítulo 718

TRABAJO DE UN CELADOR EN LAS CONSULTAS DE PRIMARIA CON INTERVENCIONES ASISTENCIALES

MARGARITA CISNEROS GONZALEZ

1 Introducción

Los celadores realizan multitud de funciones en el ámbito de salud pública y entre ellas se encuentran las que se realizan en una consulta de atención primaria, reconociendo prácticas innovadoras de primer nivel asistencial en las categorías de trabajo en equipo, promoción e intervención comunitaria y continuidad asistencial.

El celador en las consultas de atención primaria realiza múltiples funciones y para poder llevarlas a cabo de forma correcta, individualizada y eficaz, debe saber las limitaciones del paciente. Para esto tiene que poder acceder a información médica.

2 Objetivos

El objetivo es que tanto el celador, el personal sanitario y el mismo paciente se sientan seguros y a la vez su trabajo sea más cómodo y eficiente. Para ello es importante poder conocer de forma totalmente actualizada el estado en el que dicho paciente se encuentra y así saber que pacientes necesitan algún tipo de cuidado, tanto antes, como después de la consulta médica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuando los pacientes llegan a la consulta es importante saber si tienen algún tipo de limitación, tanto física como psicológica, para que el celador puede afrontar su trabajo de la forma más sencilla. Por tanto se le debería de informar sobre el paciente y así realizará su trabajo de la forma más correcta y eficaz tanto en el traslado, en la ayuda al auxiliar de enfermería a desvestir y vestir, intentando que el paciente se sienta relajado y cómodo, lo cual facilita una buena actitud ante los posibles problemas de salud que refiera y esto ayudará a una mejor adherencia al tratamiento y relación médico-paciente. Con esto conseguiremos que las consultas se lleven a cabo de forma segura y rápida.

En los pacientes sin ayuda familiar que son trasladados en ambulancia y su seguimiento se lleva a cabo por el asistente social, el papel del celador es encargarse tanto de la recogida en la ambulancia (normalmente en la vivienda o en el centro geriátrico) como del retorno del mismo a ésta, de una forma eficaz y agradable.

5 Discusión-Conclusión

Para que la consulta se desarrolle con normalidad y sin contratiempos innecesarios es importante estar perfectamente informados en nuestro trabajo como celadores.

6 Bibliografía

- J.A.Cortés Rubio, J.Martín Fernández, M.Morente Páez, M.Caboblanco Muñoz J.Garijo Cobo, A.Rodríguez Balo. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar?. Elsevier: 2003 [consultad 30 Dic de 2019]Vol 32, Paginas 288-295.

- Gutiérrez JL. El valor de la gestión clínica como herramienta. Interes@S [edición electrónica] Boletín 0. 2009. [consultado 29 Dic 2019].
- M^o Ángeles Tejado Alamillo, Blanca Rodríguez Ortuño, Ana Redondo Crespo. Funciones del celador en la atención sanitaria [Internet]. España (SSPA); 2012, paginas 36-39 [Consultado 29 Dic 2019].

Capítulo 719

CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ

MANUEL OSACAR GONZÁLEZ

GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ

MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal de la persona encamada. La presión del cuerpo debe ir repartiéndose en diferentes zonas de apoyo para evitar que haya zonas que sufran más que otras y sentir molestias.

Las personas encamadas durante largos periodos de tiempo no suelen sentir estas molestias y esto puede resultar muy problemático para la salud de su piel y de sus músculos. El cuidador tiene que tener en cuenta la necesidad imperiosa de ir cambiando la postura del paciente para que así el peso se distribuya correctamente por todo el cuerpo. Es importante saber que aunque el paciente no se queje puede tener una mala posición y estar ocasionando consecuencias negativas en su cuerpo.

Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos. En el ámbito hospitalario, son los celadores los encargados, aunque es una labor compartida por enfermería, auxiliar de enfermería y celador.

2 Objetivos

- Evitar la aparición de úlceras por presión
- Aliviar el dolor y evitar edemas.
- Mejorar la circulación de las zonas de contacto.
- Proporcionar comodidad al paciente.
- Evitar forzar las articulaciones.
- Prevenir las complicaciones respiratorias asociadas a la inmovilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Es importante comprobar inicialmente que el estado del paciente permite la movilización y si no existe contraindicación médica iniciarla lo antes posible.
- Hay que valorar el estado del paciente para programar la posición más adecuada y la frecuencia de los cambios posturales.
- Es conveniente determinar el personal adecuado para la movilización teniendo en cuenta las características físicas del paciente (obesidad, disminución de la movilidad, ...), el grado de colaboración (agitación, miedo, desorientación) y la seguridad del profesional.
- Tener en cuenta que el decúbito prono no es una postura muy utilizada ya que suele ser mal tolerada.
- Extremar las medidas de seguridad durante la movilización del paciente ante el riesgo de caídas.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios posturales son una herramienta necesaria para los pacientes encamados o que sufren largos períodos de inmovilización, no solo para mejorar el

confort y la calidad de vida, sino para prevenir otras complicaciones derivadas de la falta de movilidad.

Para prevenir estas complicaciones, los cambios deben realizarse cada 2-4 horas, siguiendo la siguiente rotación: decúbito supino, decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo.

Es necesario inspeccionar, al realizar la movilización, los puntos de apoyo para detectar enrojecimientos o eritemas y valorar la evolución de la movilidad del paciente.

6 Bibliografía

- Protocolo de cuidados en úlceras por presión (Hospital universitario Reina Sofía, Córdoba).
- Guía básica de cuidados (Hospital de Santa Marina y de Comarca Bilbao, Osakidetza).
- Cambios posturales (Hospital General Universitario Gregorio Marañón).
- Cambios posturales y posiciones básicas (enfermeriapractica.com).

Capítulo 720

CALIDAD Y HÁBITOS DE VIDA EN EL SIGLO XXI.

MARIA PAZ ESTRADA GARCIA

VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En este trabajo se estudiará lo que se entiende como calidad de vida en la actualidad y la influencia de la misma en nuestra salud, para ver como ha cambiado en los últimos años y como afecta esto a nuestra salud en la actualidad.

Se puede definir calidad de vida como el conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos.

En los últimos años se ha venido estudiando la relación directa entre la calidad de vida, los hábitos de vida y la salud (Handbook of social indicators and quality of life research (Land et al.,2011). Obteniendo los resultados que se presentan a continuación.

Se van a estudiar todos los aspectos que afectan a la calidad de vida, revisando los aquellos más importantes y la variación que han tenido en los últimos años.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el bienestar depende de dos tipos de factores:

Factores subjetivos: Factores que dependen del individuo, en los que además entra la percepción del mismo individuo sobre su propio bienestar.

Factores objetivos: Aquellos que no dependen de la percepción del propio individuo.

Mención aparte debe tener el sedentarismo.

Se entiende el sedentarismo como el estilo de vida poco activo en el que no se tiene una buena forma física ni se trata de conseguir. Diversos autores señalan que el sedentarismo es uno de los problemas de salud más importantes de este siglo (Palou Sampol et al., 2012).

El creciente uso de la tecnología y la variación de los puestos de trabajo haciendo que se reduzcan los trabajos que requieren una actividad física han traído consigo un aumento del sedentarismo a nivel mundial (FS Martínez et al., 2010).

2 Objetivos

Identificar como afecta en la calidad de vida los hábitos de vida del siglo XXI.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El sedentarismo ha ido en aumento en los últimos años, lo que ha traído consigo directamente un aumento del sobrepeso en todas las etapas de la sociedad.

El sedentarismo y los problemas de salud derivados de estos hábitos afectan directamente a la calidad de vida y al bienestar de las personas pudiendo hacer una relación directa entre el sedentarismo y algunas enfermedades cardiovasculares (Elliuz Leal et al., 2009).

5 Discusión-Conclusión

Los hábitos de vida se han visto afectados en los últimos años por el aumento del sedentarismo en la juventud. La relación clara que hay entre diferentes problemas de salud y el sedentarismo deberían ser suficiente evidencia para trabajar juntos

en la reducción de este sedentarismo para una mejoría de la calidad de vida de la sociedad.

6 Bibliografía

- Relaciones entre calidad de vida, actividad física, sedentarismo y fitness cardiorrespiratorio. Palou Sampol, Pere. 2012.
- Actividad física y sedentarismo: repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores. FS Martínez et al., 2010)
- Organización Mundial de la Salud. (who.int/es).
- Actividad física y enfermedad cardiovascular. "Revista Latinoamericana de Hipertensión". Elliuz Leal et al., 2009.

Capítulo 721

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCION PRIMARIA

LUCIA COUSO MENENDEZ

RUBÉN LAGAR OSORIO

1 Introducción

La Atención Primaria (AP) nace con el fin de proporcionar el acceso de la población a los servicios de salud. Es el primer nivel asistencial y se caracteriza por prestar una asistencia próxima, personal y continuada en el tiempo. Acerca al médico y demás profesionales (entre los que encontramos al auxiliar administrativo) al ciudadano con un conocimiento por parte de aquel de las características personales, familiares, laborales y entorno del usuario al que atiende.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad distingue dentro de la atención sanitaria, dos modalidades: la Atención Primaria y la Atención Especializada. En el área de la Atención Primaria podemos encontrar las siguientes prestaciones:

- Atención a la mujer.
- Atención a la infancia.
- Atención al adulto y anciano.
- Atención de urgencia.
- Atención a la salud buco-dental.

Cuando en un sistema de atención a la salud hablamos de Atención Primaria, nos estamos refiriendo al primer nivel del sistema, el más básico y elemental. Este nivel se caracteriza por prestar atención integral a la salud. En los servicios de Atención Primaria el usuario o paciente encuentra respuesta a sus problemas más comunes de salud y enfermedad, y tan sólo en el caso de que el diagnóstico y tratamiento lo requieran y ya no pueda ser atendido con los recursos de ese primer nivel, será derivado a la Atención Especializada.

Otra definición de Atención Primaria podemos encontrarla en la declaración de Alma-Ata, en su punto VI la define como “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación,...”

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 56 de la Ley General de Sanidad las Comunidades Autónomas han delimitado y constituido en su territorio demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud. Artículo 62 de la Ley 14/1986. La zona básica de salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria. Artículo 63 de la Ley 14/1986. En estos centros de salud desempeña sus funciones el auxiliar administrativo.

La AP ha mejorado en España en los últimos 15 años. No obstante, la carencia de un sistema de información estatal con variables constantes provoca que resulte difícil realizar una evaluación rigurosa de la AP en nuestro país, que aporte datos acerca de cuestiones como su utilización por grupos de edad, sexo o clase social. Los primeros equipos de AP se constituyen al principio de los años 80 regulados según el Real Decreto (R.D.) 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud. La AP se convierte en la puerta de entrada al sistema sanitario, donde los médicos desarrollarán su trabajo en colaboración con otros profesionales sanitarios y no sanitarios (auxiliares administrativos) en un Centro de Salud, espacio en el que se ubican los Equipos de Atención Primaria.

2 Objetivos

- Establecer los principales objetivos de la atención primaria (AP) en la salud, así como las características del equipo y sus profesionales.
- Identificar las principales funciones del auxiliar administrativo en los centros de AP.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Criterios de inclusión de la información:

- Documentos escritos en Castellano y gratuitos.
- Temática sobre Atención Primaria.

Criterios de exclusión:

- Documentos que hayan sido publicados en idiomas distintos al castellano.

Palabras clave:

- Atención Primaria, Área de Salud y auxiliar administrativo.

4 Resultados

Entre los objetivos de la AP de salud podemos encontrar:

- Elevación del nivel de salud de los ciudadanos y comunidades.
- Elevación del nivel de calidad del sistema de salud, y del grado de satisfacción de usuarios y profesionales.
- Integración de la actividad sanitaria asistencial y preventiva.
- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia curativa.
- Asistencia sanitaria individual y colectiva, ambulatoria, domiciliaria y urgente.
- Diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades para evitar hospitalizaciones innecesarias.
- Educación sanitaria de la población.
- Diagnóstico continuado de la salud de la Zona. Vigilancia epidemiológica.
- Planificación, organización y dirección y evaluación de los servicios sanitarios.
- Salud Materno-infantil, Laboral, Mental y Ambiental.

- Participación comunitaria. Acercamiento entre usuarios y profesionales, entre los que se encuentran los auxiliares administrativos.
- Reinserción social.
- Investigación y docencia.
- Coordinación con los demás servicios sanitarios, tanto de Atención Especializada, como de Atención Primaria de otros ámbitos geográficos.

Cuando se orientan los servicios sanitarios de un país hacia la Atención Primaria se aprecian mejores indicadores de salud, mayor satisfacción de los usuarios y menores costes. El médico de Atención Primaria debe actuar como "filtro", obteniendo resultados iguales o mejores que los especialistas en distintas patologías, y evitando el riesgo de la sobremedicación.

- La AP deberá caracterizarse por:
 - Profesionales centrados en el paciente y en sus necesidades de salud, entre los que podemos encontrar auxiliares administrativos desarrollando su función.
 - Accesibilidad a todos los servicios, y en tiempos razonables, a toda la población, intentando evitar el bloqueo por hiperfrecuentadores o patologías banales y promoviendo la descongestión del sistema mediante medidas racionalizadoras del uso del sistema sanitario, que, sin perder accesibilidad individual, la hagan más eficiente.
 - Flexibilidad: adaptación del sistema a los diversos medios (urbano, rural, etc.), horarios aceptables y flexibles.
 - Alta resolución en primera instancia sin listas de espera excesivas.
 - Incentivar la excelencia de los servicios y de los profesionales.
 - Calidad, empleando recursos como la motivación, auxiliares administrativos bien formados y medios adecuados.

El conjunto de profesionales que integran el Equipo de Atención Primaria son:

- Los Médicos de Medicina General (actualmente denominados Médicos de Familia) y Pediatría-Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados de Enfermería y Practicantes de Zona y Auxiliares de Enfermería, Adscritos a la zona.
- Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local, adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares, radicados en la zona.
- Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo.
- Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria.
- Los Trabajadores sociales o Asistentes sociales.

- El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se crea necesarios para el mejor funcionamiento del centro.
- También podrán incorporarse otros profesionales en la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los Equipos lo hagan preciso y siempre que las disponibilidades presupuestarias lo permitan.

- El equipo de AP es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios (auxiliares administrativos) cuyo ámbito territorial fundamental de actuación es la zona básica de salud y cuya localización física principal es el centro de salud. Es el equipo de profesionales que presta sus servicios en el centro de salud y demás centros correspondientes de éste.

El primer contacto del usuario con el Servicio Sanitario Público es el Equipo de Atención Primaria, a partir del cual se establece la continuidad de la atención sanitaria, o en su caso la derivación a las Instituciones de nivel especializado. Para que esto sea posible el equipo deberá estar coordinado con los centros correspondientes del nivel de Atención Especializada.

Los Equipos de Atención Primaria son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, y están bajo la dirección de un coordinador médico.

- Las principales tareas a realizar por el auxiliar administrativo en un Centro de Salud como parte integrante del Equipo de Atención Primaria. Unas y otras tendrán mayor o menor actividad dependiendo del Centro, pero de lo que no cabe duda es que son los pilares fundamentales en los que se va a basar el desempeño de las tareas administrativas de los citados Centros:
- Cita previa.
- Apertura de historias clínicas a los pacientes que acuden por primera vez al Centro.
- Información.
- Asignación, cambio de médico, y solicitud de tarjeta sanitaria.
- Registro de las asignaciones médicas.
- Archivo de altas y bajas en asistencia sanitaria.
- Estadísticas de actividad.
- Petición y recepción de suministros.
- Reclamaciones.
- Mecanización de los informes administrativos y clínicos.

5 Discusión-Conclusión

La AP de Salud constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Se prestará a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, bien sea de carácter programado o bien urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario, de manera que aumente la accesibilidad de la población a los servicios. La AP será prestada en cada zona básica de salud por los profesionales que desarrollan su actividad en la misma y que constituyen los equipos de atención primaria.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Declaración de Alma-Ata, de 12 de setiembre de 1978.
- 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.
- Celador en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, MAD.
- Real Decreto (R.D.) 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 722

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LAS DIFERENTES MODALIDADES DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

SARAI MARTIN CALDERERO

NATALIA MENÉNDEZ PALICIO

1 Introducción

Se define la comunicación según la UNESCO, en la Conferencia General que tuvo lugar en Nairobi, en el año 1976, “ se entiende como comunicación, un proceso de interacción social, a través de un intercambio equilibrado de información y experiencia”, una año después se añadieron las palabras: emisor y receptor.

En sentido genérico se dice que la comunicación, es el proceso mediante el cual se transmite información, sentimientos y/o cualquier otra cosa que pueda ser transmitida. Capacidad de hacerse entender por los demás. La comunicación es fundamental para el ser humano, es el medio por el cual, se logra establecer relaciones interpersonales, siendo esta la base de todas las relaciones sociales. La comunicación es una necesidad básica y vital del ser humano.

Todo profesional que trabaje al servicio de la Salud, debe de adquirir habilidades para cumplir las expectativas y necesidades del paciente y su familia. Se requiere habilidad para comunicarse de una forma clara y directa, entendible al receptor/es. Además de escuchar con atención y respeto para solucionar las dudas.

2 Objetivos

Identificar el efecto de la comunicación en la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de bibliografía exhaustiva, en las principales base de datos de sanidad, fue completada con los resultados obtenidos, en buscadores, como en Google Académico, Scielo, PublicMed español.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español y gratuitos.
- Temática sobre atención al paciente, telefónica, virtual, atención presencial.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distinto al español.

Palabras clave empleadas como descriptores en la búsqueda: atención al paciente, comunicación, telefónica, telemática, presencial, auxiliar administrativo.

4 Resultados

El objetivo principal de la asistencia sanitaria debe ser, crear un entorno más humano, más cercano y seguro para los pacientes, sus familiares, los usuarios y profesiones al servicio de la Salud. Para ello se debe de brindar una atención de calidad, en los distintos centros al servicio de la Salud, tanto de orientación como de información a los pacientes y familia, velando por el cumplimiento de los derechos del paciente.

Algo prioritario es evitar la falta de empatía, para ser capaces de llegar al paciente y poder entender la situación en la que se encuentra. Fomentando un trato digno, buscando siempre, trato personalizado, por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios, que trabajan al servicio de la Salud. El paciente, no se relaciona solo con el equipo médico, sino también con todo un equipo de profesionales

al servicio de su bienestar, de aquí, la importancia de cuidar nuestra forma de comunicarnos.

La comunicación eficaz, debe ser una excelencia de primer orden, en nuestro trato al servicio de la Salud. Hacer de la comunicación, una herramienta imprescindible, para el trabajo diario del profesional sanitario y no sanitario, para ello las instituciones sanitarias, deben de establecer nuevas herramientas administrativas, al servicio de la Salud, con la finalidad de ser más eficaces en la función primordial de todo el Sistema Sanitario, la comunicación en la función asistencial, cubriendo las necesidades básicas de los ciudadanos, usuarios del Sistema Nacional de Salud, cumpliendo siempre con una máxima, proporcionar una mayor cercanía y eficiencia en las prestaciones de los servicios sanitarios.

Uno de los objetivos de la Sanidad pública y privada es conseguir una mayor accesibilidad a los usuarios, lo cual redundará, en mayor rapidez, a la hora de tramitar las gestiones y en tranquilidad de parte del usuario, al ver sus peticiones solucionadas de la manera más eficaz y rápida. Hay tres tipos de atención al público:

- Atención presencial.
- Atención telefónica.
- Atención telemática.

ATENCIÓN PRESENCIAL

- Esta es la forma de atención más habitual, de cara a cara, la forma más idónea para comunicar, ya que no solo nos comunicamos por nuestras palabras, sino también por nuestros gestos y expresiones faciales, pudiendo llegar a entender mejor al usuario. Es la más usada en los Servicios de Salud, por lo cual, el personal auxiliar de administrativo, cumple una importante labor. Se suele dar una interrelación mutua entre el emisor del mensaje y el receptor, a través de mecanismos del feedback o retroalimentación, comprobando que el mensaje llega al receptor y si lo ha comprendido de manera adecuada.

El auxiliar encargado de la atención al público es el que debe de tomar la iniciativa del contacto, siempre mirando a los ojos, estableciendo contacto visual y dirigiéndose al usuario, con una sonrisa tranquilizadora, hablando de manera clara y audible, saludando de manera cordial, preguntando que desea... El punto de atención al usuario, debe de estar en un sitio estratégico, donde este sea visible. Debería de estar bien señalizado y de fácil acceso a los usuarios de la salud, evitando las barreras arquitectónicas, que hagan el acceso más difícil a personas con necesidades especiales, es por ello que se deberían de evitar las colas en la

medida de los posible.

- Para garantizar la veracidad se debería de unificar y coordinar las unidades de información administrativa, mediante la creación de un órgano colegiado, siendo participe todas las administraciones. Los documentos administrativos, no solo se encuentran en soporte papel, sino también los gráficos, discos, los transmitidos por medios electrónicos y telemáticos que faciliten la comunicación. Para que esta sea más rápida entre las administración y los usuarios y no haya mucha demora. Se debe de tratar con respeto y corrección a los usuarios, de las instituciones sanitarias, facilitándoles la información en el ejercicio de sus derechos.

ATENCIÓN TELEFÓNICA

- Es imprescindible identificar el servicio al que se llama, y saludar al interlocutor, por ejemplo: "buenos días, está hablando con el departamento de archivos, ¿en qué le puedo ayudar?". La llamada telefónica es mas fría e impersonal, por eso, la importancia de sonreír, aunque no nos puedan ver al otro lado del teléfono, ya que de esta manera nuestra voz, sonará más agradable y afectuosa, haciendo el tono de voz más natural y cordial. El personal auxiliar administrativo realiza las siguientes funciones telefónicas: a) Ofrecen información administrativa mediante la cual, los usuarios, acceden al conocimiento de asuntos relacionados con sus deberes, derechos, obligaciones, etc... sobre los servicios sanitarios. b) Información administrativa de carácter general, que sirva de orientación, relacionada con la institución, de los servicios y unidades del centro. c) Información administrativa de carácter particular, en la medida de lo posible. d) Permitir, el acceso telefónico directo, a los diferentes órganos y unidades de la administración.

ATENCIÓN TELEMÁTICA Y/O VIRTUAL

- Es la combinación entre la informática y las nuevas tecnologías de la comunicación, para el envío y recepción de datos. Con esto se consigue, una mayor asistencia al usuario, organizar los recursos para satisfacer las necesidades de manera fácil y accesible a todo tipo de usuarios al servicio de la Salud. El objetivo, es promover y favorecer la implantación paulatina, de la administración electrónica para un mejor servicio. Y para facilitar sus relaciones con los Servicio de Salud. Consiste en acercar la tecnología, a los usuarios de los centros sanitarios, para ganar en agilidad, acercar al máximo, los servicios de las instituciones sanitarias, al usuario, por medio de canales de acceso, dándole prioridad a internet, mejorando la calidad de los servicios prestados, mediante el empleo de las nuevas tecnologías, permiten acceder, desde cualquier parte de mundo, a cualquier hora y lugar, facilitando la información de manera sencilla y rápida.

- En términos generales, la información que debe de dar, el personal administra-

tivo al enfermo, familiares o usuarios en general, en lo referido al centro de salud : a) Ubicación de los servicios y unidades del centro. b) Horarios de los distintos servicios, consultas, etc. c) Información a los pacientes sobre horas de consulta, visitas d) Referida a los servicios ajenos a la institución sanitaria: e) Medios de transporte. f) Hospedería para familiares.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación consiste en transmitir la información de manera precisa y entendible, a la persona que nos lo demande. Una buena comunicación debe de cumplir con una serie de requisitos:

- La información transmitida por el auxiliar administrativo tiene que ser exacta. Asegurarnos de dar información correcta para que esto no derive en una serie de derechos en el usuario.
- El mensaje debe de ser expresado y comprendido claramente, evitando tecnicismos. Utilizando un lenguaje sencillo y entendible. Asegurándonos que lo ha entendido.
- No asumir que las personas saben de temas administrativos. A quién le corresponde saber de temas administrativos es al personal administrativo.
- Información imprescindible y sin rodeos.
- No contar nunca nuestros problemas personales o laborales.
- Tratar al usuario con respeto y deferencia, escuchar con atención, no creyéndonos superiores y tratando con menoscabo, fomentar un trato digno, es uno de los valores más importantes a conseguir.

La prestación de atención al público se realiza salvaguardando, los principios de autenticidad, confidencialidad, integridad, disponibilidad y conservación de la información, así como la protección de datos de carácter personal, de los ciudadanos que acceden a este servicio de atención al público.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <http://www.scielo.org.co>
- <https://scholar.google.es>

Capítulo 723

EL PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

SARAI MARTIN CALDERERO

NATALIA MENÉNDEZ PALICIO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

Sabemos que la comunicación entre el personal sanitario y el paciente juega un papel fundamental en el abordaje de la enfermedad, sea cual sea la gravedad y el momento en el que se encuentre

Para el paciente es importante la información recibida por parte del personal sanitario, ésta debe ser suministrada en términos adecuados y comprensibles con el fin de aclarar dudas existentes respecto a su enfermedad.

El paciente no es una enfermedad que hay que tratar, sino que es una persona humana que necesita expresar sus sentimientos, incertidumbres y los cambios experimentados en su cuerpo a causa de su enfermedad. Escuchar al paciente

es asumirlo como interlocutor válido de comunicación, como parte activa del proceso asistencial y no sólo como receptor pasivo de su tratamiento.

El papel del auxiliar administrativo se basa en la atención directa hacia los usuarios y pacientes, para ofrecer una mayor capacidad resolutive y proactiva, participando e implicándose en la comunicación de todos los procesos administrativos, donde los usuarios y ciudadanos, en general, comparten y participan en su salud.

2 Objetivos

Objetivo general:

-Analizar el uso de técnicas que mejoren los procesos de comunicación con el paciente y sus familiares.

Objetivos específicos:

-Conocer la importancia de los elementos de la comunicación aplicados al entorno sanitario.

-Reflexionar sobre las propias estrategias comunicativas en relación a la atención al paciente y sus familiares.

-Aplicar los estilos de relación y comunicación para mejorar los procesos de comunicación con los pacientes y familiares.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos como Scielo, Medline, PubMeb y Google Academy, introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar.

Los criterios de inclusión han sido:

-Documentos escritos en español

-Documentos publicados en los últimos 10 años

Los criterios de exclusión han sido:

-Documentos publicados en distintos idiomas al español.

Palabras clave: auxiliar administrativo sanitario, comunicación, paciente, sanidad.

4 Resultados

Es necesario hacer algunas consideraciones prácticas en la comunicación con el paciente y sus familiares.

Por parte del profesional es necesario prestar atención, escuchar adoptando una actitud favorable en la que se demuestre interés por el paciente y su entorno inmediato. Se debe favorecer la expresión y comunicación con el paciente y familia cuando quiere transmitir algo. En general, se trata de crear un ambiente distendido y manifestar cierta empatía hacia el propio enfermo y sus familiares. En la medida de lo posible no debe interrumpirse al paciente cuando trata de expresar alguna preocupación, dolencia, sentimiento, etc.

Cuando el auxiliar administrativo tiene que hablar con el paciente o sus familiares debe hacerlo utilizando un lenguaje claro, que evite en la medida de lo posible, los tecnicismos científicos. Las palabras deben ser conocidas en el lenguaje coloquial y las frases han de ser cortas, precisas y claras. Además debe evitar emitir cualquier juicio de valor u opinión sobre el proceso del enfermo, tanto al propio enfermo como a la familia.

El tono de voz debe adecuarse a cada paciente y circunstancia, y las expresiones corporales y mímicas deben ser mínimas, ya que se trata de un lenguaje muy ambiguo, poco preciso y susceptible de valoraciones muy subjetivas. Es importante adecuarse, en la medida de lo posible, al tipo de paciente (quirúrgico, psiquiátrico, geriátrico, pediátrico, etc.) teniendo en cuenta la clase y características de la enfermedad que padece.

5 Discusión-Conclusión

Las fases que caracterizan a una relación de ayuda interpersonal entre el auxiliar administrativo y el paciente y/o sus familiares se pueden resumir en las siguientes:

- Fase receptiva o contacto: al producirse un encuentro entre el auxiliar y el enfermo, se produce una primera reacción de expectación que permite al auxiliar orientarse, situarse al respecto al paciente, ya que éste pone de manifiesto un determinado problema que demanda algún tipo de ayuda.
- Fase de ejecución: el profesional ya ha procesado la información recibida y se ha planteado lo que puede decir o hacer para establecer una relación adecuada con el paciente. Se inicia una relación profesional con el enfermo y sus familiares.

-Fase de conclusión: prestada la asistencia o ayuda necesaria en la fase de ejecución, este proceso de asistencia y atención al paciente debe terminar de manera que el profesional se sienta satisfecho de haber podido aportar algo provechoso al paciente, ayudándole así a mejorar su estado anímico.

Es necesario en todo momento adoptar algunas actitudes determinadas que son muy importantes en una relación de ayuda:

-Respeto: la relación de ayuda al enfermo se basa en la confianza y respeto mutuos. La comprensión de su situación, sin hacer juicios de valor, la tolerancia a las distintas situaciones y realidades son valores básicos y fundamentales para una relación de ayuda provechosa.

-Sinceridad: es necesario que la sinceridad en el trato sea percibida por el paciente y sus familiares para que se produzca esa relación de confianza expresada anteriormente.

-Empatía: una relación de empatía se produce cuando hay una comunicación mutua en la que ambas personas son capaces de captar la sensibilidad, los sentimientos y la realidad del otro. Es un elemento fundamental en la relación con los enfermos.

-Rigor, seriedad y precisión en el trabajo: son cualidades muy apreciadas que favorecen la confianza y la relación de comunicación, sobre todo cuando se trata de una asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

- www.ccoosanidadmadrid.es
- www.scielo.com
- www.enferalicante.org
- www.ffpaciente.es
- www.books.google.com
- www.msdsalud.es

Capítulo 724

“MOBBING” EN EL ENTORNO SANITARIO: UN PROBLEMA QUE TAMBIÉN AFECTA AL PERSONAL NO SANITARIO

ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

El “mobbing” se define como un cuadro de acoso en el trabajo cuyo objeto es destruir la estabilidad psicológica del trabajador mediante la comunicación hostil, sin ética, desprestigiando y hostigando de forma persistente con el fin de perturbar la ejecución de las funciones laborales durante al menos seis meses. Su fin es apartar del puesto a las personas que “molestan” de algún modo o no están totalmente de acuerdo con el pensamiento del acosador. Las consecuencias de este acoso no sólo repercuten en el entorno laboral, sino que tienen incidencia en los demás roles sociales de la persona que lo sufre, que puede ver afectadas sus relaciones con su familia o amigos. Está considerado como un problema de salud pública por la Organización de las Naciones Unidas y tipificado por la Organización Internacional del Trabajo, además de ser un delito en el Código Penal Español. Cuando se habla de acoso en el ámbito sanitario se tiende a pensar automáticamente en los profesionales sanitarios y el acoso que pueden llegar a sufrir por parte de los pacientes o sus familiares; sin embargo es un problema que también está presente entre el personal no sanitario que trabaja en entornos sanitarios, en este caso lo más frecuente es que la conducta abusiva provenga de los propios compañeros de trabajo.

2 Objetivos

- Definir con detalle el mobbing y analizar sus causas.
- Describir los perfiles de acosador y acosado.
- Estructurar las situaciones de mobbing, detallando las distintas etapas.
- Exponer las consecuencias del acoso moral en el trabajo y las estrategias recomendadas para combatirlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

No se puede hablar de un perfil de trabajador que sea más propenso a sufrir acoso laboral que otro, sin embargo, sí hay dos tipos de mobbing, y cada uno de ellos afecta a distintos sujetos. El primero es el llamado “acoso horizontal”, se da contra las personas mejor preparadas para acceder a un puesto, y el acosador suele ser un trabajador mayor con contrato fijo. Por otro lado está el “acoso vertical” donde las víctimas suelen ser los trabajadores con las condiciones más precarias, y el acosador, la propia empresa buscando el objetivo de despedir al trabajador.

Se puede hablar de 4 fases bien definidas en los procesos de acoso: la manifestación de los incidentes, la estigmatización de la víctima, la intervención de los superiores jerárquicos y el abandono del puesto.

Las consecuencias del mobbing abarcan tanto al entorno laboral como al social de la víctima, pueden darse daños físicos como falta de sueño o de apetito, cansancio, molestias digestivas, dolores musculares y de cabeza. Entre los daños psíquicos más habituales encontramos la falta de concentración, problemas de memoria, insatisfacción laboral y disminución de la autoestima. Entre las consecuencias a nivel social vemos que el acoso puede generar tensiones familiares y de pareja, además de conflictos con las amistades. Centrándonos más en el ámbito laboral podemos decir que el acoso contribuye a empeorar la imagen de la víctima, lo

que se traducirá en del deterioro de las relaciones con los compañeros de trabajo y en una dificultad añadida en una posterior búsqueda de un nuevo empleo.

Las empresas deben adoptar protocolos de prevención y eliminación de las situaciones de acoso laboral. Estas políticas deben implicar a toda la organización, tanto a los trabajadores en activo como a los que se irán incorporando más tarde; en este último caso, en el proceso de selección es fundamental identificar ciertas características que puedan degenerar con el tiempo en mobbing; si se logra hacer de manera eficiente se estará atajando el problema antes incluso de manifestarse.

Por otro lado, hay que informar con detalle de las medidas de actuación contra el acoso para que, en caso de ser detectado por los empleados, ya sea como víctimas directas u observadores, sepan a quién dirigirse para comunicarlo. Garantizar el anonimato a la hora de denunciar estas situaciones ayuda a identificarlas.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es un problema que tiene presencia en todos los sectores. Cuando se da en el entorno sanitario la situación puede llegar a ser incluso más compleja. Los trabajadores no sanitarios que desarrollan su actividad en el entorno sanitario están expuestos al mobbing tanto de sus compañeros no sanitarios como del personal sanitario con el que se relacionan, ya que en ocasiones pueden intentar imponer sus exigencias al creerse de rango superior que los no sanitarios. Es bastante común en muchos sectores menospreciar el trabajo administrativo porque no genera de manera visible un valor económico o se considera que no ayuda de manera directa a los clientes, o en el ámbito sanitario, a los pacientes. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que sin el soporte administrativo ningún organismo puede funcionar, por lo que es imperativo concienciar de la gravedad del problema de acoso laboral en estos trabajadores.

6 Bibliografía

- H. Leymann. El contenido y desarrollo del mobbing en el trabajo, 2009.
- M.M. Martínez León. El acoso psicológico en el trabajo o Mobbing: patología emergente. Gaceta internacional de ciencias forenses, 2012.
- Overcoming Mobbing: A Recovery Guide for Workplace Aggression and Bullying: Maureen Duffy, Len Sperry.

-Mobbing at Workplace –Psychological Trauma and Documentation of Psychiatric Symptoms: US National Library of Medicine National Institutes of Health.

Capítulo 725

EL CELADOR EN CENTROS DE SALUD

LIDIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN

1 Introducción

En atención primaria los celadores también somos necesarios, por ello los centros de salud suelen contar casi siempre con los servicios de uno de nosotros como mínimo.

La gran variedad de funciones que puede llegar a abarcar nuestro oficio, incluye tareas que podrían considerarse análogas a las de otras profesiones ajenas al mundo sanitario. El celador abre las puertas del centro como un conserje de colegio, envía los partes de mantenimiento como haría un administrativo en un ministerio, va nombrando a los enfermos que acuden a las analíticas como hace un maestro de escuela que pasa lista o entrega los exámenes, vigila las entradas y cuida del orden como un vigilante; imprime, reparte, comunica y en definitiva es una vez más esa especie de chico/a para todo que tanto se prodiga en el sistema sanitario español.

Por un lado se quiere dejar de manifiesto, por un lado que la gran variedad de funciones delimitadas en textos tales como la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, hace que el amplio abanico que abarcan las mismas se torne prácticamente en indefinición o paradójicamente en ambigüedad, a pesar de que de lo que se trata precisamente en estos textos es de delimitar estas funciones. Y por otro lado, se pretende concienciar al ámbito sanitario que esta falta de concreción que concurre en los cometidos asignados a la categoría de celador, no se observa en otras categorías

de la sanidad española, siendo por tanto una profesión de especiales características por la elasticidad necesaria para desempeñar y adaptarse a las múltiples labores, también aquí, en los centros de salud que andan repartidos por la geografía de nuestro país.

2 Objetivos

Concienciar al ámbito sanitario de la falta de concreción en lo relacionado a la categoría de celador.

3 Metodología

Para realizar este trabajo, no solo nos hemos analizado en profundidad el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud preconstitucional y Ley que vino a complementar la anterior nombrada como: ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, sino que además y de manera más contundente, nuestra propia experiencia práctica sirvió en mejor medida si cabe, para confirmar que incluso en los centros de atención primaria, multidisciplinariamente menos extensos que los hospitales por ejemplo, la función del celador, es o se le supone, una especie de crisol inmenso donde caben multitud de posibilidades. La experiencia In Situ ha sido el método de comprobación de lo que llegaron a ser nuestras conclusiones finales.

4 Resultados

Llegamos derivados de otros centros sanitarios, como son los hospitales, donde desempeñamos funciones de casi infinita variedad. Estuvimos en farmacia, almacén, lavaderos, urgencias, rayos, plantas, traslados, quirófanos, UCIS, y un largo etc, que sustituye a todo aquello que por no extendernos innecesariamente vamos a dejar en el tintero.

Acudimos a los centros de salud en atención primaria con la creencia de que nuestras funciones allí serían menos numerosas y demarcadas por tener estos ambulatorios menos disciplinas implícitas que los hospitales.

No obstante la experiencia nos sacó del error al comprobar que un celador en un centro de salud puede tener que hacer lo siguiente:

Acudir el primero, incluso excediendo por ello en tiempo su jornada laboral ya que no solo tiene que abrir las puertas, sino que también las ha de cerrar.

Antes de la hora de apertura oficial, el celador debe encender todas las luces, repartir los documentos por las consultas de los doctores y enfermeras, abriéndolas posiblemente con llaves maestras que tiene a su custodia. Acercar listados de pacientes a la sala de extracciones y comprobar que el buen estado de las instalaciones no se ha visto alterado durante el periodo nocturno. Comprobar que todo está en orden.

Abrir el centro para el acceso al público a las ocho en punto.

Apenas unos minutos después dar paso a la sala de extracciones a todos aquellos usuarios que hubieran sido citados para el día en cuestión, nombrándolos de viva voz y anotando o marcando en la lista para llevar un control de los que acudieron finalmente.

Revisar fluorescentes por si alguno se hubiera fundido, cisternas, puertas y ventanas y demás mobiliario que pudiera precisar reparaciones.

Tramitar los partes de avería de las instalaciones a mantenimiento, y si se diera la circunstancia, a los responsables de reparar los aparatos médicos catalogados como electromedicina. Archivar la documentación relativa a estos partes de avería.

Atender a los repartidores externos, acomodar la mercancía en los almacenes, archivar los albaranes correspondientes.

Durante toda la jornada repartir las recetas, sobres y paquetes que van llegando de manera paulatina.

Atender dudas de usuarios que se nos esté permitido aclarar, como por ejemplo ubicación de consultas, baños, salidas, etc.

Velar por el orden y el silencio, así como hacer preservar el decoro y las normas sociales de buen comportamiento en la medida de lo posible.

Asistir en movilizaciones o inmovilizaciones, en curas y urgencias al personal sanitario que nos lo requiera.

Atender a recados y trabajos de distinta y muy variada naturaleza que se nos suelen asignar.

Aseos y demás funciones que podrían llegar a darse también en otros lugares como son los hospitales.

Cerrar las puertas al final, incluso en detrimento del estricto cumplimiento del horario de nuestra jornada laboral.

5 Discusión-Conclusión

También en los centros de salud, la amplia gama de funciones que debe desempeñar un celador, al contrario de lo que cupiera esperar por lo limitado del espacio, las disciplinas y la afluencia de usuarios, es bastante grande, ya no solo por la lista enumerada, sino por la cantidad de posibles recados o trabajos susceptibles de encomendar.

También los celadores de atención primaria tenemos la supuesta obligación de valer para todo, algo que si bien no está lo suficientemente valorado por la administración, es cuanto menos llamativo que la necesidad de dicha elasticidad funcional no sea reconocida como algo meritorio, o al menos como a nuestro juicio cabría desear.

6 Bibliografía

- Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 726

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LA PROTECCIÓN DE DATOS.

VANESA SUAREZ MENDEZ

SILVIA BENAVIDES DIEZ

RAUL MONTESERIN FERNANDEZ

1 Introducción

En España hay una serie de legislación en materia de protección de datos que para el personal de la administración sanitaria es fundamental conocer y que se relaciona en este capítulo.

2 Objetivos

- Conocer la legislación vigente en materia de protección de datos por parte del auxiliar administrativo.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realiza una búsqueda en las bases de datos PubMed, Google Académico y Medline; empleando los descriptores de: “legislación en protección de datos” y “secreto profesional sanitario” De esta

búsqueda se hallaron un total de 98 resultados, de los cuales se seleccionaron 12 textos en castellano escritos en el periodo 2015- 2018, que fueron ordenados por relevancia y analizados. De igual modo, se realiza una búsqueda en Google empleando los términos “legislación protección de datos” y “secreto profesional sanitario”, además información de la página oficial www.boe.es donde se extraen las leyes citadas en el Capítulo.

4 Resultados

- En España la protección de datos de carácter personal está regulada por normativa tanto de origen nacional como de origen europeo. No hay que olvidar que España, como estado miembro de la Unión Europea desde el 1 de enero de 1986, se encuentra vinculada por la legislación que emana del poder legislativo comunitario. Hoy en día en España conviven legislación nacional y europea en la materia.

A nivel estatal, en España destacamos:

En España, desde hace ya cuarenta años, tenemos en la Constitución de 1978, los siguientes dos artículos donde de manera indirecta se hace referencia a la protección de datos:

- Artículo (Art.) 18.4 donde no se habla concretamente de la protección de datos personales pero se deduce de su redacción ya que en él se establece que la ley limitará el uso de la informática con una doble finalidad: por un lado garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y, por otro, garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.

- Art. 20.1 apartado d) en el cual se reconoce y protege el derecho a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión y se establece que la ley regulará la cláusula de conciencia y el secreto profesional. Esto es sumamente importante porque nos deriva a la legislación específica sobre la materia que la ley establezca ad hoc.

- Art. 20.4 que dispone que el derecho a los derechos reconocidos el Título I de la Constitución, los preceptos de las leyes que lo desarrollen y el derecho al honor, la intimidad la propia imagen y a la protección de la juventud y la infancia son los límites de las libertades reconocidas en el mismo.

Sin embargo, con el transcurso del tiempo y en gran medida debido a los avances tecnológicos se ha hecho necesario regular de manera específica la protección de datos ya que los artículos de la Constitución de 1979 no daban una respuesta específica a las nuevas situaciones que se plantean en los últimos años por ejemplo en materia de TIC's

- La Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal tenía por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas (especialmente su honor, intimidad, privacidad personal y familiar)
- El Real Decreto 1720/2007 de 21 de Diciembre es el desarrollo reglamentario de la ley anterior, desarrolla tanto los principios de la ley, como las medidas de seguridad a aplicar en los sistemas de información. Se aplica tanto a ficheros en soporte automatizado, como en cualquier otro tipo de soportes
- La Ley 40/2015 de 1 de Octubre de Régimen Jurídico del sector público hace referencia en algunos artículos como el 3.2 o el 155 apartados 1 y 2 a la garantía de protección de datos personales aunque sin entrar a regular esta materia de manera exhaustiva.
- La Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Esta ley, en la que se presentan referencias aisladas a sanidad en su disposición adicional decimoséptima y la disposición final novena, es la más reciente a nivel estatal, y configura junto con el Reglamento 2016 /679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, que vamos a ver a continuación, el panorama jurídico en materia de protección de datos en la actualidad.

A nivel europeo, conocemos:

- La carta de derechos fundamentales de la Unión Europea de 7 de Diciembre del 2000 recoge en su artículo 8 de manera específica el derecho de todas las personas a la protección de sus datos de carácter personal, el tratamiento de los mismos sobre los principios del consentimiento, la lealtad, la concreción de los fines o cualquier otro determinado legalmente, el derecho de acceso a los mismos y a su rectificación la el control de todos estos procesos por una autoridad independiente.
- Reglamento 2016 /679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 sobre la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de los mismos

Todas estas leyes configuran el marco jurídico de referencia para el personal sanitario de los servicios de salud. Hay que tener en cuenta que la normativa europea no deroga per se a la española sino que las normas nacionales subsisten en cuanto no contradigan a la primera y no sean derogadas por otras de carácter posterior. El auxiliar administrativo de los servicios de salud tiene acceso por la naturaleza de su trabajo de cara al público, gestión de historias clínicas, etc. a datos personales de los usuarios sobre los que debe guardar la correspondiente privacidad,

confidencialidad y secreto profesional. Por tanto, con independencia de los sistemas desarrollados por los propios Servicios de Salud para la protección de datos de sus usuarios, el conocimiento por parte de los profesionales del marco legal existente al respecto es fundamental para asegurar el correcto tratamiento de los mismos.

5 Discusión-Conclusión

El dominio de la legislación vigente en materia de protección de datos es fundamental para el cumplimiento por parte del profesional sanitario de las obligaciones derivadas de la misma, y por tanto, una adecuada protección de los usuarios de los servicios de salud, garantizando su intimidad y conservando sus derechos.

6 Bibliografía

- Constitución de 1979. <https://www.boe.es>
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal
- Real Decreto 1720/2007 de 21 de Diciembre. <https://www.boe.es>.
- Ley 40/2015 de 1 de Octubre de Régimen Jurídico del sector público.
- Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea de 7 de Diciembre del 2000
- Reglamento 2016 /679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016

Capítulo 727

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL NO SANITARIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

MARIA ELENA JUBERÍAS AMO

MARIA SOL GONZALEZ LLANOS

1 Introducción

El síndrome de Burnout (trabajador quemado) o desgaste profesional, es un trastorno psicológico que afecta a muchos trabajadores que viven en un estado de estrés crónico, siendo este uno de los factores que condiciona la salud de las personas, generando un estado de ansiedad permanente, que desemboca en la mayoría de las ocasiones en un estado de agotamiento físico y mental. El 25 de mayo de 2019 la OMS, reconoce dicho síndrome como enfermedad laboral.

Este síndrome es muy común en trabajadores del sistema sanitario, según muestran estudios al respecto al agotamiento emocional, ya que en el ámbito de la salud se viven constantemente situaciones estresantes de pérdidas de vidas, enfermedades, etc, enfrentarse a agresiones, falta de compañerismo, despersonalización en las relaciones laborales, falta de reconocimiento profesional, etc.

El personal no sanitario como celadores y auxiliares administrativos, suelen ser las primeras personas que se relacionan con los usuarios del sistema sanitario, por lo tanto en la mayoría de los casos estos cargan contra dicho personal sus

frustraciones, además de ser un trabajo con una gran carga laboral, en la mayoría de los casos el personal es insuficiente y la administración no suele recompensar, dicha labor. En este capítulo pretendemos identificar los estresores más frecuentes que provocan el síndrome de burnout en el personal no sanitario, con el fin de proponer una serie de medidas para paliarlo en la medida de lo posible.

2 Objetivos

- Identificar aquellos factores que influyen en el desarrollo del síndrome de burnout por parte del personal no sanitario en las instituciones del sistema sanitario. Relacionado con el puesto de trabajo y el ambiente laboral, los turnos laborales y el horario de trabajo, la seguridad y estabilidad en el puesto, la incorporación de nuevas tecnologías, las relaciones interpersonales, el salario y las compensaciones, etc.
- Proponer una serie de medidas para prevenirlos.

3 Metodología

Se va a realizar una revisión bibliográfica sistematizada de artículos científicos sobre el síndrome de Burnout y el personal de la sanidad en bases de datos como Pubmed y Scielo.

Utilizaremos los descriptores como, síndrome de burnout, personal de sanidad y síndrome de burnout, etc. Los operadores booleanos "AND" y "OR".

4 Bibliografía

- Sanchez Pelayo (2013). "factores psicosociales, estrés y salud".
- Bernaldo de Quiros-Aragón M,(2007) " evaluación de estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias".International journal of clinical and Health Psychology

Capítulo 728

AGRESIONES VERBALES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE UN SERVICIO DE SALUD: PROTOCOLO DE ACTUACION

RAUL MONTESERIN FERNANDEZ

SILVIA BENAVIDES DIEZ

VANESA SUAREZ MENDEZ

1 Introducción

En la actualidad tanto en el ámbito sanitario como en otros ámbitos laborales o sociales se está dando una tendencia al alza de agresiones en tres esferas tanto verbales, físicas y/o psíquicas. Empezaremos por definir lo que es una agresión “acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño” (RAE, 2019). A lo largo de la historia siempre se ha aplicado la “ley del más fuerte”, (Spencer, H. 1864) pero en las civilizaciones más modernas han sabido ir gestionando cómo sociedad sus diferencias para solventar sus problemas, mediante la creación de mediadores o intermediarios tales como juzgados, organizaciones, asociaciones. El Sespa está dividido en 8 áreas de salud se hizo esta distribución teniendo en cuenta para ello una totalidad de valores como índice demográfico, accesibilidad de los servicios sanitarios para toda la población (30min) recursos sanitarios y la realidad sociodemográfica que esta abarca que desgraciadamente crea controversia debido a las zonas despobladas rurales o envejecidas con necesidades muy

específicas, esta distribución de las áreas de salud se realiza siguiendo las directrices de la ley General de Sanidad (Titulo III).

La situación que nos ocupa y que nos decidimos a realizar este capítulo del libro, es porque cada vez se ven más noticias de agresiones a personal sanitario, denuncias de personal que es agredido. Incluso al intentar buscar información para realizar este capítulo hemos tenido dificultad debido a la escasa información que existe sobre las agresiones hacia el personal no sanitario y concretamente al personal administrativo.

Nuestra finalidad es analizar qué ha cambiado en la relación paciente-personal sanitario y no sanitario, que ha pasado en la sanidad pública respecto al profesional, como nos afecta la ley de protección de datos y la comprensión del paciente para acatarla, y por ultimo pero no menos importante algunas de las principales causas personales más comunes que suelen darse cuando se suceden agresiones verbales. Desde que se creó la organización del Sespa en 2002, desde que el gobierno central delegara las competencias en temas de salud, para su organización y creación en areas o zonas de salud por la provincia de Asturias. Por ello, y debido a las limitaciones demográficas y geográficas, se crearon 8 áreas de Salud para poder realizar la atención primaria y la atención especializada por todo el territorio asturiano.

2 Objetivos

Analizar y estudiar que ha sucedido para que hayan aumentado los porcentaje de agresiones verbales en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se trata de un trabajo de revisión sistemática de bibliografía, hemos buscado en los principales buscadores: google académico, scielo, pubmed, dialnet, elservier. A través de la búsqueda de los siguientes Decs: “agresiones verbal personal administrativo servicio de salud” obtenemos un total de 23 resultados en el buscador pubmed, lamentablemente ninguno coincide con nuestro criterio de búsqueda así que descartamos este buscador. En google académico conseguimos una mayor amplitud de resultados, pero lamentablemente se centra mayormente en las agresiones de los compañeros sanitarios por lo tanto también debemos descartar dicho buscador. Como es una búsqueda muy específica en sí misma no necesita-

mos criterios de inclusión ni de exclusión ni cribar información porque nos los da la propia información ; porque tenemos que descartarla casi toda porque no es competente para nuestro trabajo, lo único que si hacemos es centrarnos en los protocolos de actuación del principado de Asturias es el único criterio de inclusión , el idioma español viene implícito, así como la situación que es Asturias y la temporalidad que la época actual (2010-2019), los descriptores primarios de este trabajo somos nosotros el personal administrativo como grupo y los secundarios los pacientes, compañeros sanitarios y no sanitarios, la propia sanidad y seguridad social.

4 Resultados

De los estudios analizados hemos obtenido la relación cambiante de que ha habido en la sanidad española y por ende la sanidad asturiana entre el personal sanitario y no sanitario y el paciente. Esta relación ha pasado de ser cómo ocurría en otras profesiones (profesores, funcionarios públicos, ...) de ser una autoridad paternalista a ser una relación exigente. El paciente paga sus impuestos (“el paciente paga, el paciente exige”) y por tanto en muchas ocasiones pretende exigencias que van más allá del respeto.

Despersonalización de la Sanidad Publica: cómo ocurre en todos los ámbitos que son de gestión pública, los presupuestos se han encarecido y esto afecta de forma directa al personal, los recursos son escasos el personal disminuye y se ven afectados los servicios en muchas ocasiones el personal se ve desbordado por las tareas que tiene que realizar y no tiene tiempo de atender de una manera individualizada del modo que el paciente requiere. El profesional se limita a hacer su trabajo estrictamente de manera total anodina, lo cual crea descontento en el paciente y también en el propio trabajador siendo un arma de doble filo.

Para nosotros los auxiliares administrativos tener acceso a datos tan sensibles de tantas personas, nos pone en muchas veces en un compromiso. Debemos de ser rigurosos, meticulosos y no cometer ningún desliz, muchas veces en cosas que van más allá, en cosas que son simples formalidades pero que no de hacerlas estaríamos incurriendo en un delito y los pacientes no suelen ser tolerantes cuando no se puede dar determinada información. Por un lado, se les protege, pero cuando se trata de tener acceso a datos de familiares no comprenden el endurecimiento de la ley de protección de datos. De los resultados que queremos destacar más importantes por las agresiones verbales era la mayoría a consecuencia de situaciones personales, individuales y psíquicas del paciente; con

esto queremos decir de las agresiones verbales que hemos tenido conocimiento, la gran mayoría de ellas se debía: pacientes psiquiátricos, pacientes con síndrome de abstinencia, pacientes crónicos de la unidad del dolor que no estaban recibiendo el tratamiento adecuado, pacientes que llevaban esperando las largas listas de espera para operaciones para consultas en médicos especialistas etc. Con esto queremos resumir que no se debe a un mal trato al paciente por parte del auxiliar administrativo, sino que el paciente al ser la cara visible y donde viene a descargar sus frustraciones, por lo tanto, somos los que recibimos sus quejas a modo de agresiones verbales.

5 Discusión-Conclusión

El personal administrativo es la cara visible, es el punto de recepción de un paciente, es la primera y la última cara que el paciente ve al entrar en un centro sanitario, y como consecuencia son los que pagan los descontentos, la desesperación, y en definitiva la mala gestión sanitaria que no es culpa del paciente ni del trabajador. Por lo tanto los planes de prevención y de actuación que promulga tanto el gobierno asturiano como el Sespa, deberían de proteger y atender al personal de salud y dar mayor cobertura al profesional tanto física como psíquica y dar asistencia letrada al personal afectado por las agresiones que hemos comentado en este trabajo.

6 Bibliografía

- Sainz Pinós, Coral, López Triverio, Pablo Federico, Maestre Naranjo, María, Borda Olivas, Jenry, Cabrero Martín, Belén, & Rodríguez de la Pinta, María Luisa. (2011). Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(222), 5-14. Recuperado en 28 de diciembre de 2019.
- <http://scielo.isciii.es>
- Fundación de enfermería de Cantabria, Volumen 2 Num.9 Marzo-Junio 2013 (pag45-48)
- Gobierno del principado de Asturias, Servicio de salud del principado de Asturias (AS-0945/07)
- Gutiérrez, Lydia, Hernández, M.^a José, & Molina, Leonor. (2016). Agresiones externas al personal sanitario de un servicio público de salud (2008-2012). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(3), 166-174.

- Ortells Abuyé, Nativitat, Muñoz Belmonte, Teresa, Paguina Marcos, Marta, & Morató Lorente, Isabel. (2013). Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. *Enfermería Global*, 12(30), 196-207.

Capítulo 729

EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON EL ANCIANO

MARGARITA CISNEROS GONZALEZ

1 Introducción

La relación personal con nuestros ancianos es la base para una mejora y un equilibrio en la vida de nuestros ancianos además nos dota de una cercanía imprescindible para llevar un seguimiento y evolución del anciano. Les aporta seguridad y tranquilidad y a la vez también les sirve de desahogo intercambio de información diversa, de inquietudes, resolución de dudas, quejas sobre la enfermedad....

2 Objetivos

- Determinar los objetivos de una buena comunicación con el paciente.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre la comunicación con el anciano publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed y Scielo.

4 Resultados

El objetivo de una buena comunicación es:

- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Hacerles sentir un cuidado totalmente individual.
- Favorecer la identificación de problemas.
- Mitigar la irritación o agitación, consiguiendo calmarlos.
- Crear sentimientos de satisfacción.
- Facilitar la resolución de conflictos.
- Adecuar las demandas de discapacidades.
- Establecer un marco de referencia en los ancianos, de ese modo saben dónde centrar sus inquietudes.
- Crear un clima de confianza y seguridad.
- Otorgar al cuidado un sello inconfundible de individualidad.

5 Discusión-Conclusión

La relación de los cuidados, las actividades de valoración, la relación de pruebas diagnósticas y todas las actividades que podamos pensar estarán marcados por el establecimiento de una comunicación eficaz, capaz de realizarse de una forma digna y humana mejorará mucho cualquier acto relacionado con nuestra labor profesional.

6 Bibliografía

- Machado, Ana Carolina Araújo, Ana Cristina Passarella. Comunicación no verbal de ancianos frente al proceso del dolor. Revista Brasileira de Enfermagem; volumen 59, número 2, páginas 129-133. Abril 2006.
- Jose Carlos Millan Calenti. Gerontología y geriatría: valoración e intervención, Paramérica. Argentina 2010
- Durante, P. y Pedro, P. Terapia ocupacional en geriatría. Principios y prácticas. 3ª ed. Elsevier España S.A. Barcelona. 2010.
- Cómo mejorar la comunicación con los pacientes ancianos.

Capítulo 730

EL BURNOUT ANTE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ

MILAGROS BAYÓN ALVAREZ

MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ

1 Introducción

El burnout o síndrome del trabajador quemado es un trastorno emocional causado por el estrés en el trabajo y el estilo de vida del trabajador, puede tener consecuencias tanto físicas como psicológicas.

2 Objetivos

- Describir los síntomas y causas del Síndrome de Burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el Síndrome de Burnout.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los síntomas de este síndrome son el estrés y la ansiedad y suele aparecer en muchos casos en personal sanitario. Las causas son una alta carga de trabajo, las malas relaciones en el trabajo y la falta de apoyo entre los compañeros. Los síntomas son sentimiento de agotamiento, baja autoestima, nerviosismo, dificultad para concentrarse, comportamiento agresivo, dolor de cabeza, taquicardias, insomnio, bajo rendimiento, absentismo laboral, aburrimiento, irritabilidad y mala comunicación entre otros. La prevención de este síndrome debe empezar en la empresa mejorando la organización y dándole al trabajador los medios adecuados para que pueda realizar sus tareas de forma correcta.

5 Discusión-Conclusión

Fomentando las buenas relaciones laborales entre empleados y jefe empleado, además de darle al empleado autonomía para trabajar, puede hacer que el empleado se sienta querido y útil, esto le llevará a ir a trabajar con ánimo, lo que va a originar que realice un trabajo adecuado además de tener una buena relación con los compañeros reduciendo el absentismo y mejorando notablemente la calidad del trabajo.

6 Bibliografía

- Dialnet
- Scielo

Capítulo 731

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ADMISIÓN HOSPITALARIA

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

SARAI MARTIN CALDERERO

NATALIA MENÉNDEZ PALICIO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

1 Introducción

Para el desempeño de las actividades asignadas, el servicio de admisión y documentación clínica se configura como un servicio multidisciplinar en el que tienen cabida profesionales sanitarios y no sanitarios de distintas categorías y estamentos: médicos, profesionales de enfermería, profesionales de cuerpo técnico y de gestión, administrativos, personal subalterno, etc. El personal de los distintos grupos profesionales debe estar integrado en el mismo equipo de trabajo, con una única dependencia funcional en el responsable del servicio de admisión y documentación clínica.

2 Objetivos

- Definir y explicar las tareas y funciones a desempeñar en sanidad por el auxiliar administrativo, en concreto en el servicio de admisión hospitalaria.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica para encontrar la mejor evidencia en relación a conocer las funciones del auxiliar administrativo en admisión hospitalaria. La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: Scielo, Cuiden, Lilacs, Pubmed. También obtuve datos mediante el buscador de Google Académico.

A la hora de realizar la búsqueda se usaron unos criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos que hagan referencia a las funciones y tareas del Auxiliar Administrativo en la Sanidad.
- Idiomas: español o texto traducido al español.
- Artículos que mostrasen el texto completo.
- Tipos de artículos: revisiones bibliográficas, guías de Sanidad.

Criterios de exclusión:

- Artículos de pago.

A la hora de hacer la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: funciones auxiliar administrativo, admisión hospitalaria, administración en un hospital.

4 Resultados

Tareas y funciones a desempeñar en sanidad por el auxiliar administrativo en admisión hospitalaria

Solicitud y programación de ingresos:

- Establece los mecanismos necesarios para conocer en tiempo real la demanda de ingresos y los datos administrativos y de interés clínico que permitan la correcta clasificación de la solicitud.
- Gestiona los ingresos de los pacientes en función de criterios y prioridades establecidas por el centro, así como de los diferentes protocolos de utilización asistencial definidos para cada servicio.
- Establece la oferta adecuada de camas, de acuerdo a la demanda asistencial prevista y a la ya comprometida (presión de urgencias, de consultas externas y programación de pacientes en lista de espera).

Gestión de camas:

- Asigna unidad de enfermería y cama a las solicitudes de ingreso, teniendo en cuenta la situación clínica y el nivel de cuidados requerido, las recomendaciones del médico solicitante del ingreso y la priorización en el uso de las camas disponibles.
- Establece los procedimientos de verificación necesarios para garantizar la actualización permanente de la situación de las camas de hospitalización.
- Autoriza y gestiona los cambios de ubicación de los pacientes dentro del área de hospitalización en función de criterios y prioridades establecidas.
- Establece los circuitos necesarios para conocer en tiempo real las altas hospitalarias. Para una gestión eficiente de las camas del centro, impulsará la comunicación de la previsión de altas.
- Realiza estudios de utilización del recurso cama, orientados a evaluar la adecuación de la ocupación del área de hospitalización.

Registro del episodio de hospitalización:

- Actualiza los datos variables del fichero índice de pacientes.
- Registra el episodio de hospitalización, asignando un número de episodio secuencial, único y constante.
- Clasifica el episodio asistencial según el tipo de financiación del mismo.
- Elabora la documentación administrativa precisa para el ingreso del paciente.
- Captura y registra los datos del alta del paciente con el fin de cerrar el episodio asistencial.

Coordinación organizativa del proceso asistencial:

- Proporciona el soporte operativo preciso a las unidades asistenciales, coordinando las acciones con otras áreas del hospital (gestión de interconsultas, programación de pruebas en servicios centrales, reserva de quirófano programado, etc.).
- Coordina y evalúa los aspectos organizativos de las guías y protocolos existentes para la atención médica de determinados grupos de pacientes.
- Identifica y prioriza problemas en relación con la coordinación organizativa de los procesos asistenciales en el área de hospitalización, impulsando estrategias de mejora en cooperación con los servicios implicados en el proceso.
- Informa a los pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios, constituyéndose, con carácter general, en referencia de estos para cualquier aspecto administrativo relacionado con su proceso asistencial.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de admisión y documentación clínica regula los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización, así como la actividad de las unidades asistenciales, adecuándola a la demanda existente y a los objetivos y perfil asistencial del centro.

Las funciones de un auxiliar administrativo en Sanidad son más que necesarias. Sus obligaciones pueden parecer sencillas y, sin embargo, la carga y el sinfín de cometidos a los que hacer frente hacen que su figura sea imprescindible. En buena medida, el correcto funcionamiento de un hospital depende también de su trabajo.

6 Bibliografía

- Fortuny S, Martínez-Hidalgo B, García R, Mateo L, & Suárez P. Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos. 2010; 19(2): 4.
- Asenjo MA, Bohigas LL, Trilla A, Prat A, Arbués MT, Ballesta AM & Lobo A. Gestión diaria del hospital. Revista española de salud pública. 1999; 73: 417-419.
- Soler MM & Vasallo JM. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería global. 2007; 6(1).
- El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica – Ocronos – Revista médica y de enfermería.

Capítulo 732

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

SARAI MARTIN CALDERERO

NATALIA MENÉNDEZ PALICIO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

1 Introducción

Las propuestas para la reorganización de la asistencia en torno al paciente y los cambios experimentados en el abordaje de los episodios asistenciales, han contribuido al desarrollo progresivo del concepto de hospital, desde un criterio de institución cerrada e inaccesible hacia un modelo más abierto y dinámico, en contacto con otros niveles e instituciones sanitarias, y con un sistema de atención integral, más ágil y personalizado.

Se ha percibido la necesidad de articular estructuras que faciliten la ordenación y coordinación de las actividades que se producen alrededor de la asistencia médica, con la finalidad de mantener en todo momento un principio básico de eficiencia en la utilización de los recursos y la cohesión del conjunto de la organización frente al paciente y su proceso asistencial. Los Servicios de Documentación Clínica constituyen esta estructura de apoyo en los hospitales.

2 Objetivos

- Definir y explicar las tareas y funciones a desempeñar en Sanidad por el Auxiliar Administrativo, en concreto en el Servicio de Documentación Clínica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica para encontrar la mejor evidencia en relación a conocer las funciones del Auxiliar Administrativo en Admisión Hospitalaria. La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: Scielo, Cuiden, Lilacs, Pubmed. También obtuve datos mediante el buscador de Google Académico.

A la hora de realizar la búsqueda se usaron unos criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos que hagan referencia a las funciones y tareas del Auxiliar Administrativo en Sanidad.
- Idiomas: español o texto traducido al español.
- Artículos que mostrasen el texto completo.
- Tipos de artículos: revisiones bibliográficas, guías de Sanidad.

Criterios de exclusión:

- Artículos de pago.

A la hora de hacer la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: funciones auxiliar administrativo, administración en un hospital, documentación clínica, documentación sanitaria.

4 Resultados

Funciones y tareas del Auxiliar Administrativo en Documentación Clínica

Identificación de la historia clínica:

Establece un sistema de identificación permanente, exclusivo y único de las historias clínicas, que permita su relación constante con el paciente y cuyo soporte constituye el fichero índice de pacientes.

El fichero índice de pacientes es el conjunto de registros que contienen los datos básicos de identificación de todos los pacientes. Debe ser único, permanente, cen-

tralizado e independiente del tipo de asistencia, incluyendo como mínimo los siguientes datos:

- Identificador o número de historia.
- Apellidos y nombre.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- Números de identificación personal: DNI o Pasaporte, Tarjeta Sanitaria.
- Domicilio completo, incluido código postal.
- Teléfono.
- Entidad aseguradora y número de afiliación.

Registra las nuevas inclusiones en el fichero de pacientes, siguiendo los criterios establecidos para evitar errores y duplicidades.

- Actualiza los datos del registro en cada contacto del paciente con el centro
- Realiza muestreos periódicos del fichero de pacientes para asegurar que dicho índice sólo contiene un registro por paciente y que a su vez se corresponde con una sola historia clínica. Este proceso de depuración abarcará, al menos, las nuevas inclusiones del período.

Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica:

- Propone el modelo más adecuado de carpeta o sobre de identificación física de la historia clínica en el hospital, en función del sistema de archivado elegido (archivo conjunto o separado de historia y radiología) y del contenido documental de la historia clínica.
- Identifica la carpeta o sobre, de forma que facilite la localización de la historia clínica y su correcto archivado. Con carácter general, incluirá: identificación del centro, nombre del paciente, número de historia clínica y códigos o claves útiles para el sistema de archivado existente en el centro.

Coordina el diseño normalizado de los documentos de la historia clínica, teniendo en consideración los siguientes principios generales en el proceso:

- Introducción de un nuevo formato si los datos que contiene no están ya recogidos en otro documento o si simplifica y mejora la obtención, almacenamiento y difusión de la información contenida en un documento ya existente.
- Contenido simplificado, evitando redundancias y dispersión de la información y formatos sencillos, que requieran el mínimo esfuerzo para su cumplimentación.
- Participación de todos los niveles de usuarios implicados (médicos, enfermería y personal administrativo) en el proceso de normalización de la documentación.
- Difusión y presentación de los nuevos documentos a los usuarios finales.

- Establece un sistema de revisión continua de los documentos de la historia clínica, para su adaptación permanente a las necesidades y circunstancias cambiantes con el paso del tiempo.

Organiza la estructura y ordenación de la historia clínica, adaptando el modelo de estructuración de la documentación al soporte utilizado (papel, registro informatizado) y a las necesidades expresadas por los usuarios, pudiendo realizarse:

- Por tipos de documentos que constituyen la historia clínica (ordenación cronológica de informes clínicos, hojas de evolución, órdenes de tratamiento, etc.).
- Por servicios responsables de la asistencia.
- Por episodios asistenciales (hospitalización, consulta externa, urgencias...).

Control de calidad de la historia clínica:

Participa activamente junto con los propios servicios clínicos en el proceso continuo de evaluación de la calidad de las historias clínicas, que deberá abarcar:

- Evaluación sistemática de la calidad formal de los documentos empleados en la asistencia al paciente.
- Utilización de los documentos homologados.
- Cumplimentación pertinente de los documentos (clara, concisa y legible).
- Identificación del paciente en todos los documentos.
- Identificación del personal que interviene en su elaboración y fecha de registro.
- Presencia de los documentos básicos de cada episodio: informe clínico de alta, protocolo quirúrgico, etc.
- Organización (estructura y ordenación) de la historia clínica.
- Estudios sobre muestras para la evaluación de la calidad de contenido de documentos clínicos concretos.
- Elaboración y difusión periódica a los servicios de informes sobre el proceso de evaluación que incluirán, entre otros aspectos.
- Objetivos del control de calidad realizado.
- Actividad clínica evaluada.
- Indicadores utilizados para la valoración de la calidad de la documentación clínica.
- Resultados obtenidos: deficiencias observadas.
- Propuestas de mejora de la calidad.

Garantizar la accesibilidad de la historia:

- Participa en la elaboración de las normas de acceso y disponibilidad de la historia clínica teniendo en consideración la legislación vigente en cada momento. Esta

normativa deberá ser aprobada por la dirección del centro y difundida y conocida por todos los profesionales implicados.

- Recupera, elabora y difunde la información clínica solicitada por personas o entidades ajenas al centro, de acuerdo a la normativa establecida por el centro.

Para ello, el Servicio de Admisión y Documentación Clínica:

Define el procedimiento para la solicitud de información clínica, estableciendo como condición la formulación mediante escrito que contenga, al menos, los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del paciente.
- Nombre y apellidos del peticionario.
- Documentación acreditativa del peticionario (en los casos requeridos).
- Relación entre peticionario y paciente.
- Motivo de la solicitud.
- Información clínica solicitada.
- Fecha de la solicitud.

Firma del peticionario.

Registra y valora todas las solicitudes de información, de acuerdo a las normas existentes en el centro.

Realiza las siguientes tareas para cada solicitud de información aceptada:

- Revisión de la historia clínica y selección de la documentación clínica y/o información solicitadas
- Obtención de la documentación y/o información complementaria desde fuentes ajenas a la historia clínica
- Registro de la documentación (original o copia) y/o información entregada

Propone los niveles de acceso a la información según el perfil profesional de los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

La responsabilidad del Servicio de Documentación Clínica es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido. Desde esta perspectiva, las tareas fundamentales se dirigen a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que va generándose a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales y, a través de procesos de análisis documental, recuperar selectivamente y difundir la información clínica demandada por los distintos usuarios.

6 Bibliografía

- López Domínguez O. Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla. 1997; 263-273.
- Álvarez MT. Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos. 2004.
- Bonet RP, Pérez IA, García MA, Benavent RA, Vernis MM, & De La Cueva A. La Documentación Médica. Papeles Médicos. 2001; 10(1): 24-31.
- El auxiliar administrativo de la salud en el servicio de admisión y documentación clínica – Ocronos – Revista médica y de enfermería.

Capítulo 733

LAS RELACIONES EN EL ENTORNO LABORAL, EL EQUIPO DE TRABAJO

MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA

1 Introducción

La demanda del paciente es atendida mediante el trabajo en equipo. El grupo de personas que forman el equipo de trabajo tienen unos objetivos comunes, que intentan alcanzar mediante la coordinación de las tareas profesionales de todos los miembros que forman una estructura jerarquizada. Es decir, el equipo posee un funcionamiento establecido que conocen y comparten todos sus miembros, y hay unos profesionales que dependen funcionalmente de otros.

La diferencia entre grupo de trabajo y equipo de trabajo está marcada por que mientras en el primero es un conjunto de profesionales que trabajan en un mismo contexto y buscan alcanzar el mismo fin (que el paciente esté sano) comparten un mismo espacio pero sin que exista interrelación, la responsabilidad y reconocimiento es individual y el resultado es fruto del trabajo de cada uno, en el segundo comparten el mismo espacio, contexto y buscan la mejor manera de conseguir una meta conjunta y consensuada por todos, la responsabilidad y reconocimiento es individual y grupal y el resultado es global, fruto del trabajo de todos.

La complejidad de los procesos de salud y enfermedad exigen la configuración de equipos interdisciplinarios donde cada uno aporte sus conocimientos para llegar a un objetivo común. En la atención sanitaria trabajan un gran número de profesionales: celadores, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, enfermeros, médicos, técnicos, administrativos, cocineros. Cada uno de estos profesionales

tiene distintas responsabilidades y competencias. La atención de calidad pasa por la correcta coordinación y colaboración de todos ellos.

2 Objetivos

Analizar las relaciones en el entorno laboral sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cada equipo tiene unas características propias que le configuran como un grupo de trabajo distinto a todos los demás, con una dinámica propia y medios consensuados en su funcionamiento grupal, los elementos que condicionan este funcionamiento son:

- Las características personales de los individuos que lo componen, así como la cualificación profesional.
- El grado de cohesión interna del grupo, es decir, el nivel de aceptación y compromiso como grupo con las normas de funcionamiento y con los objetivos establecidos.
- La identificación personal de cada miembro con el grupo, si lo reconocen como algo propio, implicándose en su funcionamiento.

El tipo de líder, jefe o responsable del equipo. La función del coordinador es esencial e influye directamente en factores como la motivación de los profesionales y la eficacia del equipo.

- Las redes de comunicación interna que se establecen entre sus miembros, su modo de relación, su dinámica interna. Hay equipos que se centran mucho en las relaciones personales dejando la tarea a realizar en segundo término, lo que puede dificultar la consecución de objetivos.
- Las características de la tarea común y su nivel de dificultad.

- El marco de referencia en que el equipo se desenvuelve (horarios, salarios, espacio ambiental, volumen de trabajo etc.), y que le vienen marcados por la institución.

Desde que se constituyen, los grupos de trabajo pasan por distintas fases, y utilizan diferentes mecanismos frente a las situaciones de conflicto, son sensibles a los cambios internos (como por ejemplo, que unos de sus miembros cambien) y a los externos (por ejemplo, variaciones en la población a la que se atiende).

Los equipos asistenciales sanitarios suelen estar sometidos a fuertes presiones, no solo por el funcionamiento del propio equipo, sino, por las características del trabajo que desarrollan: intervenir en los procesos de salud y enfermedad tan importantes en la vida de las personas. Cuando hay incidentes en la atención a los pacientes, si los equipos no cuentan con mecanismos eficaces que permitan el análisis y la regulación de los mismos, aparecen dinámicas alteradas e improductivas: no se habla de lo sucedido se culpabiliza a alguien, falla la coordinación entre unos profesionales y otros,... Todo lo cual hace que se resienta la calidad del trabajo grupal y crea una frustración progresiva en los miembros del equipo.

Los factores más frecuentes de descontento en los grupos suelen ser:

- Un funcionamiento institucional ineficaz, que hace que las tareas de los profesionales no sean exitosas, con la consiguiente desmotivación por parte de los trabajadores
- Una supervisión y coordinación incompetentes
- Un clima laboral tenso, con frecuentes conflictos entre los miembros del grupo
- Si la personalidad del jefe crea malestar o dificulta la dinámica del grupo
- Un salario bajo
- Malas condiciones laborales

Ventajas del equipo de trabajo:

- Permite una visión global del individuo y su entorno. El trabajo en equipo hace posible realizar tareas complejas que no podrían realizarse individualmente.
- Favorece tanto el desarrollo personal como profesional, pues cada miembro participa con sus cualidades y competencias.
- La comunicación fluida, es una característica del trabajo en equipo, aumenta el abanico de conocimientos y habilidades de cada uno de sus miembros.
- Cada trabajador conoce sus responsabilidades y ha de contribuir a que el trabajo se realice, pudiendo ser objeto de críticas o elogios según su aceptación.
- El dinamismo del equipo de trabajo conlleva la búsqueda de formas diferentes de trabajar y organizarse, lo que ayuda a mejorar la atención sanitaria.

- El clima de trabajo que se deriva de este tipo de organización es estimulante y positivo para los distintos profesionales.

5 Discusión-Conclusión

El mejor estilo de comunicación en los equipos de trabajo es el asertivo que se caracteriza por:

- Capacidad de escucha.
- Repetir el mensaje para transmitir una postura que muestre insistencia y convencimiento.
- Afrontar las presiones, para no hacer algo que uno no desea.
- Decir no, de forma directa, sin poner excusas ni sentirse culpable.
- Admitir las críticas constructivamente, para lo que hay que pedir detalles de ellas y mostrar algún grado de coincidencia.
- Respetar el derecho del crítico a tener su propia opinión y agradecer la crítica.
- Buscar acuerdos viables y señalar el cambio que va a realizar.

6 Bibliografía

- <https://es.slideshare.net>
- <https://www.doccity.com/es>
- <https://issuu.com/>
- <https://www.daypo.com/tema-001-1.html>.
- <http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/lainet/lainetv2n4/art6.pdf>.

Capítulo 734

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

NATALIA CASTRO LÓPEZ

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

RAQUEL CAMPORRO LLANA

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

1 Introducción

Definimos Celador como la persona que, en un Hospital o Centro de Salud, se dedica a vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o a hacer otras tareas de apoyo.

La radiología, también conocida como radiodiagnóstico o diagnóstico por imagen es una especialidad que se encarga de realizar imágenes del interior del cuerpo mediante diferentes agentes físicos como son los rayos X, los ultrasonidos. Los resultados se usarán para el diagnóstico y en menor medida para el pronóstico y tratamiento de las enfermedades.

En los Servicios de Radiodiagnóstico también trabajan celadores, que van a encargarse de realizar unas funciones específicas de ellos, muchas de ellas comunes con las demás áreas en las que pueden trabajar.

2 Objetivos

- Establecer las diferentes funciones que el celador tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Radiodiagnóstico.

3 Metodología

Los datos para llevar a cabo este capítulo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Académico introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio.

A la hora de realizar la búsqueda se usaron unos criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos que hagan referencia a las funciones y tareas del Celador en el Servicio de Radiodiagnóstico.
- Idiomas: español o texto traducido al español.
- Artículos que mostrasen el texto completo.
- Tipos de artículos: revisiones bibliográficas, guías de Sanidad.

Criterios de exclusión:

- Artículos de pago.

A la hora de hacer la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: funciones celador, celador en un hospital, celador en radiodiagnóstico, funciones específicas celador.

4 Resultados

Generalmente, los celadores están organizados en función de los Servicios Médicos en los que trabajen, en este caso nos centraremos en el Servicio de Radiodiagnóstico:

- Verificará la identificación del paciente: nombre, apellidos y habitación. Si el paciente está consciente y orientado comprobará su identidad, si no fuera posible, se asegurará por la pulsera identificativa.
- Tendrá a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad o planta correspondiente a Radiodiagnóstico y viceversa, cuidando en todo momento que a cada paciente le acompañe la documentación clínica precisa que deba serle facilitada por la enfermera de la unidad de procedencia.

- En la planta comunicará a enfermería el traslado del paciente (a radiología).
- Comprobará si tiene algún tipo de aislamiento: aéreo o de contacto, tomando las medidas de protección que fueren necesarias.
- Tramitará o conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores.
- Se asegurará durante el traslado que todo el material sanitario que porta el paciente va en las condiciones adecuadas (sueros y vías, botella de oxígeno, bolsas de orina, fluidos, etc.); y avisará de cualquier incidencia al personal adecuado en el caso de movilización accidental durante el traslado.
- Auxiliará al técnico de rayos (TSID) para la colocación adecuada del paciente en las exploraciones que deban realizarse, especialmente necesario en personas inconscientes o con capacidad de movimiento reducida.
- Realizará, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos, o locales a limpiar.
- Dará cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Observará las normas internas del Servicio de Radiodiagnóstico.
- Se abstendrá de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.
- También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente señaladas.
- Estará siempre localizado en el Servicio de Radiodiagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

Para desempeñar correctamente su trabajo en cualquier servicio médico es necesario que el Celador tenga las siguientes capacidades, habilidades y conocimientos generales:

- Trabajo en equipo.
- Adaptación al cambio y contribución con iniciativas a la mejora del servicio.
- Orientación al paciente: capacidad para comprender y responder a las demandas del paciente, así como la capacidad para comunicarse con él.
- Organización, orden y utilización de recursos adecuadamente.

- Resolución de problemas: intentar resolver con eficacia las posibles incidencias o imprevistos en su actividad diaria.

El Celador suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares al llegar al Hospital. Este aspecto es muy importante, ya que la forma en que se establezca este contacto puede originar una buena o mala impresión de la asistencia sanitaria. De su actuación dependerá la satisfacción global que el paciente tenga de los servicios prestados por todo el equipo de profesionales implicados en ayudarle a resolver su problema de salud.

Su labor es fundamental para lograr el correcto funcionamiento de los Hospitales, de la misma manera que los médicos y el personal de enfermería. Su trabajo es tan necesario que sin ellos podría llegar a paralizarse la actividad de un Hospital.

6 Bibliografía

- Cernuda J, Calvo Temprano D. El celador en un servicio de Radiodiagnóstico. CORE radiológico.
- Alonso Lorca D. Cuestionario comentado del Celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario. 2013.
- Ginés M. Programas de Calidad Total para Servicios de Radiodiagnóstico. Todo Hospital nº165. 2000.
- De Orbe Rueda A. Guía de Gestión de los Servicios de Radiología. Radiología nº42.2000.
- <https://www.educaweb.com/profesion/celador-125/>

Capítulo 735

HOSTIGAMIENTO PSICOLÓGICO O MOBBING, EN EL PERSONAL NO SANITARIO (CELADORES Y AUXILIARES ADMINISTRATIVOS) EN INSTITUCIONES SANITARIAS.

MARIA ELENA JUBERÍAS AMO

MARIA SOL GONZALEZ LLANOS

1 Introducción

El término mobbing fué acuñado por Iñaki Piñuel y Zabala, es el continuo y deliberado maltrato verbal y modal, que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él de una forma cruel, con vistas a lograr su aniquilación o destrucción psicológica y obtener a través de diversos procedimientos su salida de la organización.

La normativa vigente ampara y protege a los trabajadores contra estas situaciones.

Desarrollo del proceso de mobbing, el conflicto surge por un cambio en la relación entre el acosado y el acosador,este cambio, causa en el acosado un estado de confusión, que le hace analizar continuamente las posibles causas, del cambio radical en la relación. Todo ello provoca en el acosado sensación de culpa y humillación, en este momento comienza el comportamiento hostigador hacia el acosado, en muchos casos son comportamientos de acoso grupales, consecuencia de ello es

el desprestigio y estigmatización del acosado en el ámbito laboral. lo que lleva al aislamiento, marginación y deterioro emocional y psicofísico del acosador.

En este capítulo proponemos una serie de objetivos que las instituciones sanitarias debe de alcanzar para evitar el mobbing en el personal no sanitario (celadores y auxiliares administrativos) que trabaja en las mismas. Se eumeran a continuación.

2 Objetivos

- Mejorar el clima laboral y social en las instituciones, realizando cambios en el diseño del trabajo y en el sistema de liderazgo.
- Realizar protocolos de actuación en caso de acoso laboral.
- Realizar protocolos para la resolución de conflictos.
- Actividades de formación e información con los trabajadores.
- Mejorar los sistemas de comunicación, motivación y participación.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sistematizada de libros y artículos relacionados con el mobbing y el acoso laboral.

Revisión bibliográfica en las bases de datos utilizando los descriptores anteriormente mencionados y los operadores booleanos "AND" y "OR".

4 Bibliografía

- Fichas prácticas. "El hostigamiento psicológico en el trabajo en el trabajo". Instituto Nacional de Salud e Higiene en el trabajo. Año 2001.
- Piñuel yZabala,I.(2001). "Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo". Editorial Sal Terrae.

Capítulo 736

TRATAMIENTO Y ACCESO A LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE

RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ

LAURA GÜIMIL GARCÍA

1 Introducción

En el ámbito sanitario, como en muchos otros, se recopilan y se hace uso de datos relacionados con los usuarios de carácter personal que han de ser tratados de manera diligente, respetando, sobre todo, los derechos inherentes a toda persona y en este caso particular a los pacientes, usuarios del sistema de salud.

Debido a la sensibilidad de la información tratada en el ámbito sanitario, es esencial hacer una revisión desde el punto de vista ético-legal del tratamiento y acceso a la misma.

2 Objetivos

- Revisar la realidad normativa actual con el fin de evidenciar la importancia del tratamiento y acceso a la información de carácter personal manejada en el ámbito sanitario centrándonos en el personal de gestión y administrativo.

3 Metodología

En la Ley 41/2002, de 14 de noviembre se regulan los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Según esta ley los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar la confidencialidad de los datos referentes a la salud de los usuarios así como los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

La historia clínica es el conjunto de información relativa al estado de salud del paciente que comprenderá al menos: - La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.

- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

Con respecto al acceso a la información recogida en la historia clínica, la Ley 41/2002 deja claro los usos que se puede hacer de la misma en su artículo 16 y limita el acceso del personal de administración y gestión de los centros e instituciones sanitarias a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones que podrán estar relacionadas por ejemplo, con la admisión del paciente, cita previa, funciones contables y presupuestarias.

Así mismo, el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto, pudiendo acarrear su

incumplimiento responsabilidades en el ámbito administrativo así como importantes consecuencias en el ámbito penal, pues el artículo 197 del Código Penal, relativo a la revelación de secretos, castiga a quien vulnere la intimidad de otro, sin su consentimiento, apoderándose de sus papeles, cartas o cualesquiera otros documentos personales, con penas de prisión de uno a cuatro años, imponiéndole las mismas penas a quien utilice en perjuicio de terceros datos reservados de carácter confidencial, con referencia expresa a aquellos que revelen circunstancias de salud.

Es importante que el tratamiento de los datos sanitarios cumpla con el principio de proporcionalidad y que sean utilizados para el fin que motivó su recogida. Cualquier desvío de este propósito deben contar con su conocimiento y consentimiento con el fin de garantizar la autonomía que protege la Ley 41/2002

Todo lo expuesto, evidencia la relevancia dada por el ordenamiento jurídico a la salvaguarda del derecho a la intimidad del paciente, de la que los centros sanitarios y profesionales del sector son principales garantes.

4 Bibliografía

1. De Lorenzo abogados (2007). La problemática del acceso a la historia clínica con fines no asistenciales.
2. J. Antomás, S. Huarte del Barrio (2011). Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales.
3. 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.
4. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Capítulo 737

SERVICIOS SANITARIOS URGENTES CERCANOS

MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA

SONIA ANTUÑA IGLESIAS

ANGELES BARREIRO MANASES

1 Introducción

Tener centros de salud cercanos a la población, es de vital importancia, tanto para tratar problemas inmediatos como para prevenir enfermedades y así solucionar las necesidades sanitarias de la población, como es la atención primaria y la atención urgente de problemas de salud cotidianos y no de extremada urgencia sanitaria.

Si el centro de salud cercano funciona como es debido nos ayuda a solucionar la saturación de los servicios de emergencias de los hospitales. Estos servicios de urgencias hospitalarias al ser utilizados de manera indebida saturan de de tal manera que hacen que se convierta en un servicio lento, con asistencias cargadas de tensión y de mal estar por parte de los ciudadanos y de los profesionales. Unos por la sensación de no ser atendidos con la debida profesionalidad y dedicación y otros por la sensación de no poder ser útiles a los pacientes como les gustaría. Esto hace del servicio de urgencia hospitalaria un servicio lento y caro.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Obtener una mayor cobertura en el servicio de urgencia hospitalaria tanto en los hospitales de las grandes ciudades como en los servicios de emergencias de los centros de salud de pueblos y ciudades.

Objetivos secundarios:

- Facilitar la labor de los profesionales sanitarios y así poder acortar los tiempos de espera en estos servicios de urgencias.
- Potenciar los centros de salud de los barrios.
- Disponer de centros de salud en la zona rural para disminuir la despoblación y potenciar el desarrollo rural.

3 Metodología

Búsqueda en bases de datos PubMed y Scielo, utilizando palabras clave, hospitales, urgencias, emergencias, paciente, asistencia hospitalaria, salud rural. Se han encontrado 65 artículos de los que se han tenido en cuenta 15. Análisis de las propias experiencias durante el trabajo en urgencias en los hospitales donde realizamos nuestro trabajo.

4 Resultados

Como sabemos en todas las ciudades existen centros de salud en barrios que abarcan a determinada población. Así mismo atendiendo al volumen de población encontramos distribuidos uno o varios hospitales.

Nuestro estudio nos lleva a resolver la importancia de un buen horario y un a buena capacidad de organización y experiencia de los profesionales para resolver los posibles casos de urgencias.

Concepto de Urgencia. Como urgencia médica entendemos una situación en la que se apremia una evaluación y tratamiento en un centro de salud, en un departamento de urgencias medicas. Estas urgencias tendrán que ser resueltas en un tiempo de pocas horas . Se establece en la mayoría de los casos 6 horas desde que el paciente empieza con los síntomas hasta su solución y tratamiento.

Concepto de Emergencia. Como emergencia médica entendemos la situación en la que las lesiones o problemas de salud ponen en riesgo la vida del paciente.

La atención y diagnostico acertado en el centro de salud y en el domicilio del paciente nos evitará que los pacientes no vayan a los servicios de urgencias de los

hospitales saturando estos servicios y elevando los costes sanitarios sin necesidad.

Diferencia entre Centro de Salud y Servicio urgencia Hospitalaria. Por ello debemos de diferenciar entre un centro de salud y un hospital en lo relativo a las urgencias y las emergencias.

Un servicio de urgencia hospitalaria es un servicio de urgencia vital o de emergencia. Es la forma de actuar rápidamente, es la respuesta inmediata por parte de los profesionales para salvar la vida de los pacientes. Como pueden ser hemorragias severas, heridas profundas, infartos, epilepsias, crisis en órganos blandos, quemaduras, envenenamientos. Por el contrario una urgencia en un centro de salud es una actuación ante un problema de salud que necesita atención rápida y un proceso de diagnóstico rápido pero sin excesivas pruebas y análisis puesto que son problemas de salud mas leves y que pueden ser solucionados por el profesional sanitario de atención primaria de los centros de salud. Como heridas, catarros, traumatismos, fiebre, descompensaciones crónicas, vómitos, diarrea.

Con la llegada de la crisis el gobierno ha suprimido en varias ciudades y pueblos servicios de urgencias en centros de salud , dejando uno o ninguno a servicio de los pacientes. Esta reducción de costes y de servicios nos llevan a saturar los servicios de urgencias de los hospitales, consiguiendo como hemos dicho en la introducción servicios lentos, diagnósticos apurados y saturación de camas, resultados de laboratorios , pruebas de imágenes de radiodiagnóstico y descontento por parte de usuarios y profesionales.

Centro sanitarios rurales. Otro tema a resolver son los centros sanitarios de las zonas rurales.

El despoblamiento de la zona rural ha llevado al cierre de muchos centros sanitarios dejando a mucha población sin un sistema de salud cercano, que les soluciones un diagnóstico y un tratamiento adecuado en un tiempo relativamente corto evitando la mortalidad y morbilidad que cada vez se hace mas patente en las zonas rurales y a la vez provocando con ello el despoblamiento de dichas zonas.

Campañas de información adecuadas. Todo este análisis nos lleva a la importancia de campañas de información de los servicios de urgencias y emergencias así como de los horarios de los centros de salud cercanos al paciente para así poder dar asistencia adecuada a la población. También una concienciación por parte paciente a la hora de escoger que servicio debe de utilizar dependiendo de los síntomas que padezca. Todo ello no es posible llevarlo a cabo sin una buena distribución de los servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

La posibilidad de tener un centro de salud cercano con un servicio de urgencias durante los 7 días de la semana las 24 horas en todas las ciudades y pueblos reduciría la saturación de los servicios de urgencias de los grandes hospitales.

Estos servicios de salud que durante la crisis fueran cerrados en horario nocturno no hicieron otra cosa que saturar las urgencias hospitalarias y cargar un servicio de forma que la atención ha quedado mermada siendo menos eficiente, haciendo que las esperas sean largas y elevando los costes de manera considerable.

La mayor accesibilidad a los centros sanitarios reduciría la mortalidad sobre todo de las zonas mas alejadas de las ciudades. La zona rural debe de ser un punto a mejorar en nuestro servicio de salud. La coordinación de los centros de salud y los hospitales debería de ser mas frecuente. Esta colaboración es una pieza básica para un servicio urgente efectivo , reduciendo los tiempos de espera y los costes elevados de los hospitales.

Un servicio de información y un funcionamiento efectivo en los centros de salud harían un mejor funcionamiento de los servicios de urgencias, pudiendo los pacientes acudir a ellos para dar solución a problemas de salud de menos gravedad.

6 Bibliografía

- Ley 14/86, 25 de abril, General de Sanidad.
- <https://www.mscbs.gob.es>
- <https://medlineplus.gov/s>

Capítulo 738

COMUNICACIÓN HOSPITALARIA

MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA

ANGELES BARREIRO MANASES

1 Introducción

La calidad en la gestión y la comunicación de un hospital hoy en día es una tarea indispensable. Los gestores hospitalarios se centran cada día más en la atención al paciente, en la promoción de su bienestar y en la posibilidad de hacerle partícipe de esta mejora .

Las encuestas de calidad cada vez son más necesarias para la mejora de la comunicación entre el personal y el paciente y también la comunicación entre diferentes departamentos hospitalarios. Esta mejora de la calidad hospitalaria tanto en atención como en comunicación es un coste añadido cada día más exigente en los hospitales. Esto exige a cada servicio hospitalario añadir nuevos medios de comunicación como Internet e intranet y por consiguiente nuevas medidas de seguridad que protejan los datos de los pacientes y del personal.

Estas nuevas tecnologías tan vulnerables hacen que se tengan que adoptar medidas muy costosas para poder hacer cumplir las leyes de protección de datos impuestas necesariamente por los organismos oficiales.

2 Objetivos

- Identificar cuáles son los medios necesarios para una buena comunicación entre profesional y paciente.
- Extraer las pautas a seguir para una comunicación eficiente entre distintos departamentos.

- Analizar los canales utilizados para una buena comunicación entre jefes de departamentos y su personal.
- Conocer las mejoras para una buena gestión en la Protección de Datos.

3 Metodología

Búsqueda en bases de datos PubMed y Scielo, publicaciones en libros utilizando palabras clave como: comunicación hospitalaria, atención al paciente, protección de datos, seguridad, gestión hospitalaria.

Se ha estudiado la Ley básica reguladora de la autonomía del Derecho a la información sanitaria. ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal, ley 33/2011 de 4 octubre ley general de salud pública.

4 Resultados

Existen varios tipos de comunicación en los hospitales. De entre todos haremos especial atención a la comunicación entre profesionales o interna y la comunicación con el paciente o usuario.

La comunicación interna:

La calidad de un hospital viene determinada por la atención a la comunicación entre los distintos departamentos, lo que hace que la gestión y la fluidez de un hospital funcione y el resultado sea un hospital más dinámico, económico y comunicativo. Esta gestión cada vez más informatizada hace que todos los profesionales de los hospitales se vean involucrados en la importancia de la comunicación intrahospitalaria, gestión económica y asistencia personal. Los canales de comunicación deben de ser seguros y fiables. Los usuarios deben de poder confiar en esos canales y se les debe de dar seguridad a la hora de utilizar sus datos. Los canales utilizados en un hospital son tan variados que la seguridad debe de ser de calidad, ya que estos datos son utilizados tanto por profesional sanitario, como por personal no sanitario, por ello se debe de exigir a todo el personal el cumplimiento de la ley de protección de datos.

Comunicación con el paciente o usuario:

Todos los centros sanitarios deben de tener:

- Un departamento de atención al usuario.
- Una política de calidad, en la que se establezcan fines, normas, incidencias.
- Coordinación entre los distintos departamentos ágil y eficiente.

- Coordinación entre los distintos centros sanitarios (atención primaria y atención especializada).
- Facilidad para obtener una información real en casos de que el paciente tenga que elegir entre dos tratamientos.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la comunicación intrahospitalaria podemos deducir que habiendo una buena gestión, fluidez y calidad en la comunicación entre departamentos y entre profesional sanitario y no sanitario, se reduciría el tiempo de respuesta y los costes y aumentaría la calidad de la respuesta al paciente.

Refiriéndonos a la comunicación profesional-paciente u hospital-paciente, según la ley 41/2002 de 14 de noviembre, las personas que reciban prestaciones tienen derecho a la información y documentación sanitaria y asistencia. Estas prestaciones son tanto en atención primaria, atención especializada, atención socio sanitaria y atención de urgencias , así como la atención farmacéutica, ortopédica, productos dietéticos y transporte sanitario.

Según el art. 4 la ley 41/2002 de 14 de noviembre. La información clínica debe de ser verdadera y se comunicará de forma comprensible y adecuada a las necesidades del paciente ayudándole a tomar las decisiones por libre voluntad.

Es de vital importancia el acercamiento del personal en cuanto a la comunicación se refiere y el poder de empatía facilita el entendimiento del usuario haciendo que sea más fácil su decisión así como su estancia en un centro hospitalario.

Volviendo al artículo 4 de la ley 41 /2002 de 14 de noviembre, los pacientes tienen derecho a conocer, en el ámbito de la salud, toda información disponible sobre la misma, salvando los casos exceptuados por la ley. A respetar su voluntad de no ser informado y a que la información se proporcione verbalmente dejando constancia en la historia clínica de la finalidad y la naturaleza de cada intervención así como de sus riesgos y consecuencias.

Los canales informativos de atención al paciente son instrumento de ayuda al usuario y una forma de hacerle partícipe de una mejor gestión y comunicación hospitalaria.

En cuanto a la comunicación digital, según la ley orgánica 15/1999de protección de datos de carácter personal, esta ley garantiza y protege en lo que concierne al tratamiento de datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar. Estos datos de carácter personal no podrán ser usados para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos.

Por todo ello Esta nueva forma de comunicación exige unas medidas de seguridad con unos costes muy elevados no sólo en cuanto al material utilizado si no de personal y de software , departamento jurídico, tecnológico, etc.

Los centros sanitarios se han tenido que actualizar y adaptar a las nuevas tecnologías para hacer así más fluida y más eficiente la comunicación con el paciente y entre los distintos departamentos.

Por ello se han desarrollado páginas web que ayudan a los pacientes a estar en comunicación directa con las mejoras hospitalarias, la información de sus profesionales, blogs a los que poder acceder para información sobre enfermedades, descubrimientos y publicaciones científicas.

Estas prestaciones comprende la información y vigilancia en la salud pública y en los sistemas de alerta epidemiológica .

6 Bibliografía

- <https://es.slideshare.net/medozaaleja/gestin-de-comunicacin-hospitalaria>.
- Ley 41/220 de 1 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del Derecho a la información sanitaria.
- ley orgánica 15/1999de protección de datos de carácter personal, ley 33/2011 de 4 octubre ley general de salud pública.

Capítulo 739

TARJETA SANITARIA INDIVIUDAL

LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Desde principios de los años 90, en que comienza la implantación de la tarjeta sanitaria individual (TSI) en todo el territorio nacional, se han sucedido multitud de instrucciones y diversa normativa que han propiciado una dispersión de la información en esta materia.

Este documento nace con la intención de servir de ayuda y apoyo en todos aquellos procedimientos administrativos relacionados con el aseguramiento sanitario y la obtención de la TSI que se llevan a cabo en los centros de salud.

2 Objetivos

- Enumerar los datos que debe figurar en la TSI.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos sobre la tarjeta sanitaria individual. Para ello se ha realizado una revisión sobre guías que nos aportaran la información pertinente para nuestro estudio.

4 Resultados

La TSI es un documento administrativo personalizado que permite identificar a un usuario del sistema nacional de salud y acredita su derecho a la asistencia pública.

En el anverso deberá figurar:

- Número de orden de la tarjeta que se emite.
- Código de identificación de tipo de tarjeta. (CITE).
- Número de afiliación a la seguridad social.
- Número del NIF, pasaporte o NIE.
- Nombre y apellidos del ciudadano/a.
- Código de identificación personal de comunidad autónoma. (CIP)
- Tipo de aportación de farmacia.

AF: Farmacia con aportación (receta verde).

FG: Farmacia gratuita (receta roja).

FM: Sin prestación farmacéutica en recetas del sistema público (receta de la propia mutualidad).

PF: Farmacia gratuita y prestaciones de parafarmacia (solo para personas afectadas por síndrome tóxico).

- Fecha de caducidad.

En el reverso figurará:

- Nombre y apellidos del médico/a.
- Dirección del centro de AP.
- Nombre del centro de AP
- Teléfono/s de cita previa.
- Código de Identificación de asistencia sanitaria del profesional.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo, pretendemos dar una descripción clara de que debe contener la TSI y su perfecta comprensión por el ciudadano, para que pueda ser utilizada por el mismo de manera eficaz. La tarjeta sanitaria se dirige tanto, principalmente, a las personas que trabajan en las unidades administrativas de los centros sanitarios, así como, a los distintos profesionales que puedan intervenir y a los usuarios portadores de las mismas.

6 Bibliografía

- Guía de aseguramiento y tramites en tarjeta sanitaria individual. Dirección General de Planificación y evaluación. Consejería de Salud y servicios sanitarios del Principado de Asturias. 2011

Capítulo 740

ASÍ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO

MARINO ARECES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La violencia de género es un problema real que no solo persiste en la sociedad, sino que se reproduce cada día, es una problemática presente y a pesar de los intentos por las organizaciones por llegar a erradicarla (con la inclusión normativa sancionadora, con las campañas de sensibilización social, etc.) no ha sido posible erradicarla. El personal sanitario y no sanitario tiene una posición privilegiada para detectar, identificar y prevenir la violencia de género.

2 Objetivos

Contribuir a reducir los índices de mortalidad y de agresiones como consecuencia de la violencia de género.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Principios generales a tener en cuenta ante casos de violencia de género y la actitud del profesional. Los principios que a continuación especificamos están orientados a ser aplicados por cualquier profesional que aborde casos de violencia de género, desde el personal sanitario hasta el no sanitario. Los principios son:

- La atención e intervención se basa en la defensa de las víctimas que han sufrido o sufren violencia de género.
- Incluir en las actuaciones de los profesionales la perspectiva de género, es decir, el personal que intervenga debe formarse en la perspectiva de género.
- Tener tolerancia cero contra la violencia. No existe ni puede existir justificación alguna ante la violencia.
- Tener una perspectiva multicultural.
- Mostrar respeto a la individualidad.
- Utilizar con efectividad los recursos.

Siguiendo estos principios, la actitud del profesional ante los casos de violencia de género ha de implicar que este:

- No juzgue a la víctima o posible víctima.
- Creer a la víctima.
- No tomar decisiones por ella.
- Respetar sus procesos y tiempos.
- Acompañarla y apoyarla durante su estancia en el centro sanitario.
- Tener una actitud de cercanía y empatía, pero sin romper el espacio vital del paciente.

2. Dificultades para identificar la violencia de género.

Por parte de las mujeres:

- Miedos.
- Baja autoestima.
- Culpabilización.
- Ser dependiente económicamente.
- Estar fuera del mercado laboral.
- Sentimiento de vergüenza y humillación.
- Deseo de proteger a la pareja.
- Desconfianza en el sistema sanitario.
- Minimización de lo que le ocurre.
- Estar acostumbradas a ocultarlo.

Por parte de los hijos/as:

- Considerar la violencia como una forma de conducta normalizada.
- Miedo a ser castigados/as o sufrir daños si cuentan la situación.
- Tener sentimiento de responsabilidad y culpa.
- Dificultad para exteriorizar sentimientos al ver a la madre cargada de dolor y angustiada.

Por parte del personal de los centros sanitarios:

- No considerar la violencia como un problema de salud.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- Intento de racionalización de la conducta del agresor.
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
- Desconocer que los hijos/as también son víctimas de violencia de género.
- Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los menores.

Como datos relevantes:

- Mujeres víctimas de violencia de género: 1.033 muertes desde el 1 de enero de 2003 hasta el día de hoy.
- Víctimas mortales menores de edad: 34 muertes desde el 1 de enero de 2013 hasta el día de hoy.

Si el personal de los servicios sanitarios fuese capaz de identificar y profundizar, mediante una escucha activa y empática, en aquellos elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y condiciones de vida de quien la padece, con sus problemas y su situación familiar, se podría obtener un diagnóstico acertado de la problemática.

La detección de dicha situación por parte del personal tanto sanitario como no sanitario de los centros de salud, supondrá la ruptura del silencio, lo que implica el primer paso para la comprensión y visualización del problema.

5 Discusión-Conclusión

En los centros sanitarios se desempeña un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia de género, ya que la mayoría de ellas entran en contacto con dichos centros en algún momento de su vida. Motivo añadido, es que las mujeres que sufren cualquier forma de violencia de género acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios.

Es por este motivo, que el personal de los centros sanitarios debe recibir una correcta formación en perspectiva y violencia de género para identificar de forma eficaz las situaciones que la conforman.

Este primer paso supone la base para la visualización social de la violencia de género y la pronta erradicación de tales situaciones.

6 Bibliografía

- Violencia de género.: Formación Continuada Logoss (2017).
- <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
- Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad (2012).

Capítulo 741

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

NATALIA MENÉNDEZ PALICIO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

SARAI MARTIN CALDERERO

1 Introducción

El departamento de Recursos Humanos (RRHH) es el encargado de la gestión del personal y selección del capital humano, en este caso del personal no sanitario o, más concretamente, del auxiliar administrativo. El éxito y eficiencia de su funcionamiento en el SESPA dependerá de una correcta selección.

2 Objetivos

- Desarrollar las funciones del auxiliar administrativo en el departamento de Recursos Humanos.
- Definir la gestión de recursos humanos.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se ha revisado la bibliografía existente en bases de datos de salud y buscadores científicos como es "Deustosalud". También se obtuvo datos a través de "Google académico".

A la hora de la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: apoyo administrativo en recursos humanos y gestión sanitaria.

4 Resultados

Las funciones del auxiliar administrativo en el departamento de RRHH son:

1. Ayudar dentro del departamento en la realización de tareas administrativas diversas, tales como recepción de llamadas y correos electrónicos, redactar y distribuir documentos, programar citas y reuniones, procesar documentación pertinente de quejas, despidos, ausencias del personal, evaluación de informes de desempeño de funciones.

2. Procesar la información que le servirá de soporte para las diversas funciones del departamento:

- Verificar y registrar la documentación pertinente a las actividades del personal (reclutamiento, capacitación, reclamos y evoluciones de desempeño).
- Recopilar, preparar y actualizar informes y documentos vinculados con las actividades del personal.

3. Brindar asistencia en el proceso de reclutamiento:

- Publicar ofertas de empleo.
- Recopilar información de aspirantes.
- Ayudar en la selección de candidatos.
- Programar entrevistas de trabajo y colaborar en el propio proceso.
- Verificar los datos aportados por el aspirante, tales como formación académica y referencias.
- Hacer seguimiento de los candidatos.

4. Colaborar en el proceso de contratación:

- Preparar el expediente del nuevo empleado.
- Orientar al nuevo empleado respecto de las dudas que puedan tener.

5. Ayudar en la administración del departamento:

- Hacer seguimiento de vacaciones y reposos médicos.
- Procesar nóminas.
- Participar en la resolución de quejas, reclamaciones.
- Coordinación de eventos.

La gestión de recursos humanos: el ámbito de aplicación de recursos humanos es muy amplio y afecta a toda la organización ya que abarca todas las decisiones y acciones implicadas en las relaciones que tienen los empleados entre si y en las que mantiene la empresa con ellos. Por esta razón, cuando se habla de recursos humanos implica la gestión, para reforzar la idea de interrelación e integración entre las distintas funciones que comprende.

La gestión de recursos humanos debe de hacerse con un enfoque proactivo, en este sentido deben de anticiparse a los futuros problemas y proporcionar en cada momento los recursos necesarios.

5 Discusión-Conclusión

La labor fundamental del departamento de recursos humanos es conseguir, en todo momento, que los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios estén suficientemente formados y motivados para desarrollar sus funciones con eficiencia y eficacia.

6 Bibliografía

- Rovere M. Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en salud. En: Educación Médica y Salud, 1992:26:2.
- Guerra de Macedo C. Políticas de recursos humanos. Educación Medica y Salud, 1986:20:4.
- Brito P. Mercer H y Novick M. El personal de salud y el trabajo. Educación Médica y Salud. 1993:27:1.

Capítulo 742

APROXIMACIÓN AL NUEVO PARADIGMA SANITARIO

RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ

LAURA GÜIMIL GARCÍA

1 Introducción

El acceso que actualmente tiene la población a nivel global a la información es prácticamente ilimitado. Este hecho no es ajeno a la parcela sanitaria ya que cada vez hay más información y más accesible referente a enfermedades, patologías, tratamientos, hábitos saludables. A priori esto parece algo positivo ya que debería poder permitir una mejor gestión de propia salud y ayudar a establecer un mejor estilo de vida.

2 Objetivos

Evaluar la problemática asociada al hecho de que cada vez la población está más informada en prácticamente todas las áreas y el impacto que esto puede tener en la salud y en concreto en la relación profesional-paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El problema asociado a esto viene dado por la inevitable diversidad de fuentes proveedoras de información y su cuestionable fiabilidad en algunos casos, así como la más que legítima diversidad de opiniones sobre un mismo tema que, a veces con y otras sin base científica, puede contribuir a la confusión de las personas consumidoras de dicha información.

Dado la sensibilidad que comporta el tema de la salud, es necesario ser muy cuidadosos y saber discernir entre todo lo que nos podemos encontrar y no asumir como cierto todo lo que vaya llegando a nosotros, analizando la fuente, su fiabilidad así como usar el sentido común para valorar la coherencia de la misma.

Por otro lado, el personal sanitario, que sí tiene una formación seria y contrastada y que sí debería ser una fuente fiable en cuanto a lo que corresponda a su especialidad, y que es cada vez más consciente de esta realidad, debe asumir que actualmente no son la única fuente de información que tiene el paciente y no presuponer que, porque este tenga inquietudes y haya hecho sus indagaciones en algún tema que pueda preocuparle, esta tiene que tener siempre una información errónea aunque a veces difiera de su criterio, y ha de contar con la capacidad de asumir que pueda haber otras opciones, ya que nada ni nadie es infalible o, si está convencido del error del paciente, tener las habilidades comunicativas suficientes para poder transmitir su criterio con humildad, estableciendo una relación de respeto mutuo.

5 Discusión-Conclusión

Según las actitudes y formas de comunicarse de los profesionales sanitarios con los pacientes, existen varios modelos de profesionales sanitarios:

- Modelo tecnológico: El profesional sanitario es un proveedor de un servicio de ciencia aplicada.
- Modelo sacerdotal: La suma de la experiencia técnica y la asesoría moral acaba desembocando en una relación paternalista.

- Modelo de asociación: Según este modelo, el profesional sanitario y el paciente persiguen el mismo objetivo y contribuyen por igual a su relación.
- Modelo contractualista: Tanto las obligaciones como los beneficios son negociados y compartidos por ambas partes.
- Modelo autoritario: En él, los profesionales sanitarios imponen sus decisiones y las solicitudes de información por parte de los pacientes son recibidas con irritación y rechazo.
- Modelo del guerrero: El médico considera que la enfermedad es el “enemigo” y que a él le corresponde luchar contra ella. El paciente permanece pasivo.
- Modelo gerencial: Similar al modelo contractual, en él participa el resto del personal sanitario (aparte del médico), de manera que se reduce la presión sobre él al no ser el único profesional que toma decisiones sobre cómo ayudar al paciente. Este modelo favorece, además, una mayor participación del paciente en la toma de decisiones.

Ni que decir tiene que en esta relación intervienen ambas partes y que, aunque para esta clasificación se hace referencia a la actitud por parte del profesional sanitario, la actitud de ambos va a determinar el tipo de relación que se establezca y en definitiva lo que debe perseguir esta relación es el velar por la salud y bienestar del paciente siempre desde el respeto a la persona e integridad de ambas partes.

6 Bibliografía

- García, M. (2017) Mejorar la comunicación en el ámbito sanitario. El baúl sanitario.
- Fiamene, Silvana y Dapuzeto, Juan J. La relación médico-paciente.
- Merayo, A., Bravo E. y Gordón F. (2014). La comunicación con el paciente. Habilidades emocionales para los profesionales de la salud.
- Moncada, A. (2018). La promoción de la salud y los medios de comunicación.
- <https://www.easp.es/>

Capítulo 743

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA

NATALIA MENÉNDEZ PALICIO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

SARAI MARTIN CALDERERO

1 Introducción

Dentro de la atención primaria el auxiliar administrativo tiene unas funciones a desarrollar no menos importantes que la propia atención sanitaria entre las que están trabajos de apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas del SESPA, así como de las secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de datos para la informática.

2 Objetivos

- Definir la composición de un centro de Atención Primaria.
- Detallar las tareas del auxiliar dentro de la Atención Primaria.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación se ha revisado la bibliografía existente en bases de datos de salud y buscadores científicos. También obtuve datos a través de Google académico. A la hora de la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: auxiliar administrativo sanitario y atención primaria.

4 Resultados

Definición de Atención Primaria.

La atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Composición de la Atención Primaria.

- La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- La rehabilitación básica.
- Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- La atención paliativa a enfermos terminales.
- La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- La atención a la salud bucodental.

Tareas del auxiliar administrativo en Atención Primaria.

Entre las diversas tareas cabe destacar trato con la atención al público, recepción de llamadas, identificar y admitir al usuario en la red de servicios de

salud, atender y orientar a los usuarios en los servicios de salud, preparación y tratamiento de los datos informáticos de los pacientes, organización de expedientes, mecanografía de documentos y otras tareas administrativas. El auxiliar administrativo debe de tener capacidad de síntesis, ser organizado, metódico y cuidados en su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del capítulo vemos que las tareas del auxiliar administrativo son diversas y de diversa índole, por lo que se deberían definir mejor y tener una mayor especialización, fusionando lo administrativo con lo sanitario, facilitando así la consulta médica y tomando parte activa tanto de la promoción de la salud como de la investigación en temas de gestión sanitaria. Y por otro lado potenciar el uso de las nuevas tecnologías con las oportunidades que ofrecen las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

- Brito P. Mercer H y Novick M. El personal de salud y el trabajo. Educación Médica y Salud. 1993;27:1.
- Jiménez L. (1993) Administración de servicios de salud. UNED.
- Soler, M.M., & Vasallo, J.M. (2007). Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. 6(1).
- Fallas O, Urbina F, Ureña M. (2006). Antología Curso Administración Hospitalaria. Maestría Administración Servicios Salud. UNED.

Capítulo 744

EL SINDROME DEL BURNOUT EN EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ

ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ

ARIANA SUTIL DÍAZ-CANEJA

1 Introducción

El Burnout es un síndrome que se manifiesta en respuesta al estrés laboral continuado. Este estrés suele aparecer cuando las demandas laborales exceden la capacidad de respuesta del trabajador. Quienes lo padecen se sienten agobiados, cansados, desgastados emocionalmente, en resumen, padecen de un agotamiento físico y mental que hace que la persona que lo sufre pierda, toda gana e interés de emprender sus tareas. Debido a todos estos signos y síntomas viene la expresión y su nombre “estar quemado”. El doctor en psicología Gil-Monte lo define como “la respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado”.

2 Objetivos

- Describir los individuos más vulnerables en sufrir el síndrome de Burnout.
- Definir las normas para la prevención del síndrome.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el síndrome del Burnout. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Aunque cualquier trabajador puede tener riesgo de sufrir este síndrome, hay algunas personalidades más propensas a experimentarlo. Vamos a enumerar algunas características de este tipo de personas.

- Se identifican fuertemente con el trabajo pues no tienen equilibrio razonable entre su vida personal y su vida laboral.
- Asume funciones que no corresponden con su cargo.
- Trabajan en contacto directo con los usuarios.
- Sienten que no tienen, o tienen muy poco control sobre su trabajo.

Debido al aumento de casos y gravedad en los mismos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido oficialmente al Burnout o síndrome del trabajador quemado en la clasificación internacional de enfermedades. Esta decisión de incluirla y de tomarla tan en consideración se ha tomado en base a las conclusiones de los expertos en la materia. La OMS ha clasificado al síndrome del Burnout dentro de la sección problemas sociales, y lo describe como un síndrome resultante del estrés crónico del trabajo que no ha sido gestionado con éxito.

La nueva clasificación que ya se publicó en el pasado año, ha sido adoptada oficialmente durante la celebración de la 72ª Asamblea, y entrará en vigor el 1 de enero de 2022. El síndrome del Burnout puede prevenirse y las administraciones sanitarias deben de tener una gran responsabilidad, en la prevención y en el afrontamiento de esta enfermedad, pues tienen que tener en cuenta que sus empleados constituyen uno de los mayores valores de las instituciones sanitarias públicas.

Cumpliendo esta serie de normas se puede contribuir a la prevención.

- Equilibrar funciones y actividades.
- Dotar del material necesario al trabajador para el desempeño de su puesto.

- Evaluaciones continuas de estrés.
- Programas de salud integral.
- Flexibilizar turnos y horarios de trabajo.
- Programas de ayuda psicológica.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del "burnout", se ha extendido en la última década entre los profesionales que trabajan en la sanidad pública, pues debido a los recortes en sanidad, han visto como continuamente tenían que afrontar una carga de trabajo cada vez mayor. En los últimos años profesionales de toda España, han manifestado su malestar por esta situación. El coctel en el que se confluyen el cansancio, la despersonalización, la falta de realización personal, los bajos salarios y la inestabilidad profesional, hacen que la suma de todos ellos acabe afectando a la calidad de la atención del usuario de la sanidad pública.

6 Bibliografía

- Terapifi.com.
- psicologíaicamente.com.
- redaccionmedica.com.
- altonivel.com.

Capítulo 745

ACCIDENTES LABORALES

ANDREA DÍAZ GARCÍA

MARIA JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

Se considera accidente de trabajo cualquier lesión ocurrida inesperadamente durante el periodo de jornada laboral.

Además, se considera también accidente de trabajo aquel que sucede en el trayecto desde el domicilio del trabajador hacia el lugar de trabajo y viceversa, hablamos por tanto de accidente laboral “in itinere”.

2 Objetivos

- Abordar el tema de los accidentes laborales sucedidos en instituciones sanitarias.
- Tipos de accidentes y diferencias entre ellos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A causa de un accidente laboral puede producirse una incapacidad, es la denominada incapacidad por accidente laboral.

Consiste en la falta de capacidad para llevar a cabo un trabajo en concreto, es decir, el trabajador no cumple con los requisitos necesarios.

Hay varios grados de incapacidad:

- Incapacidad laboral permanente absoluta. Se trata de la lesión producida a causa de un accidente laboral que tras ser curada acaba dejando al trabajador incapacitado completamente para la realización de cualquier tipo de trabajo, profesión u oficio.
- Incapacidad laboral permanente total. Es la lesión por un accidente laboral que a pesar de estar curada, el trabajador queda incapacitado para realizar su trabajo normal pudiendo realizar otra labor distinta.
- Incapacidad laboral permanente parcial. Motivo de un accidente laboral que aunque haya sido curado deja al trabajador con una disminución del rendimiento laboral no inferior al 33%. Esta incapacidad no dificulta las labores imprescindibles del trabajo.
- Incapacidad transitoria o temporal. Lesión causa de un accidente laboral que ha sido curada y sin dejar secuelas, permitiendo al trabajador seguir desarrollando su trabajo cotidiano (es el caso de un esguince de muñeca).

En el ámbito laboral también existen otros daños a causa del trabajo. Son los siguientes:

- La enfermedad profesional es aquella que aparece lentamente y evoluciona paulatinamente sobre los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicológicos, riesgos físicos, riesgos ambientales... Para considerarlo enfermedad profesional debe encontrarse incluida en una lista publicada en un Real Decreto.
- Las enfermedades relacionadas con el trabajo son tanto las causadas por el trabajo como las que suceden fuera de este. Es decir, debido al trabajo los síntomas y los signos de la enfermedad aparecen o se intensifican.

5 Discusión-Conclusión

Normalmente las causas del accidente laboral no tienen un origen determinado, ya que pueden influir diversos factores como podría ser la falta de atención o el cuidado en la realización del trabajo o incluso la falta de medidas de seguridad.

6 Bibliografía

- VV.AA. Prevención de riesgos laborales. 1ª Ed. Vértice, 2012. ISBN.: 978-84-9931-514-0
- ZAZO DIAZ, Pilar. Prevención de riesgos laborales: seguridad y salud laboral. 1ª Ed. Paraninfo, 2009. ISBN.: 978-84-9732-715-2

Capítulo 746

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA LA OBESIDAD INFANTIL EN ESPAÑA.

ISMAEL RIVAS CABALLERO

SILVIA ARIAS FUENTES

1 Introducción

La Salud Comunitaria es un modelo de atención preventivo, en el que se busca la participación de la población con el propósito de resolver las necesidades de salud en su comunidad. El objetivo de la salud comunitaria es que la comunidad se cuide, se empodere y cambie sus condicionantes.

Podemos definir la obesidad como la acumulación en exceso de tejido adiposo, teniendo lugar en los niños a nivel subcutáneo, y se mide utilizando indicadores indirectos a partir de medidas antropométricas sencillas, determinando el llamado Índice de Masa Corporal (IMC).

La salud comunitaria es un pilar fundamental a la hora de ejecutar las estrategias de prevención de la obesidad infantil, a través del seguimiento de la salud de los niños, los consejos alimenticios, la detección temprana del sobrepeso y su tratamiento. Estas estrategias necesitan modificaciones en el manejo de esta problemática, ya que exige una respuesta multiprofesional desde la educación para la salud, la ejecución de programas cognitivo-conductuales y una perspectiva familiar sistémica.

La OMS en el año 2004 declaró la obesidad como la epidemia del siglo XXI, y una problemática a tratar con prioridad en las agendas de la salud pública, debido al

incremento constante de su prevalencia, por lo que es esencial dar una respuesta coordinada desde las administraciones y realizar investigaciones realistas sobre la eficacia de las medidas adoptadas.

La obesidad infantil está considerada como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que implica riesgos para la salud como: incremento a largo plazo de la morbilidad y mortalidad, trastornos metabólicos, problemas cardiovasculares, enfermedad del hígado graso, disfunción ortopédica, hiperinsulinemia, menor tolerancia a la glucosa, alteraciones lipídicas en sangre, hipertensión arterial, trastornos en la respuesta inmune, diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer, alteraciones en la cicatrización y problemas respiratorios.

La etapa infantil es primordial respecto a la configuración de hábitos de vida saludables y alimentarios, así como es importante la detección temprana de la obesidad infantil, ya que una pronta intervención evita la aparición de la morbilidad asociada a la misma y/o problemas psicosociales, como la distorsión de su imagen física, baja autoestima, aislamiento social y/o discriminación.

En los países en desarrollo existe sobrealimentación que, unido a factores personales y socioculturales, fomentan la prevalencia del sobrepeso y la obesidad, repercutiendo en el deterioro de su calidad de vida. La educación para la salud trata de aplicar unos programas específicos para la modificación de estos factores socioculturales y proporcionar herramientas para la adquisición de hábitos alimentarios saludables.

Es fundamental transmitir que en la alimentación y la nutrición intervienen no solo aspectos biológicos, sino que también influyen factores socioculturales, psicológicos y ambientales. La finalidad de la alimentación y la nutrición es proporcionar un adecuado proceso biopsicosocial, establecer hábitos preventivos sobre enfermedades relacionadas con la nutrición y poner de relieve la importancia que tienen los actores sociales de referencia sobre los menores a la hora de interiorizar este proceso.

Una buena nutrición está relacionada con la disponibilidad de alimentos saludables y unos adecuados hábitos socioculturales, coexistiendo en España una gran diversidad cultural y nutricional, por lo que es primordial enfocar y desarrollar la salud comunitaria para la intervención en este tipo de problemática desde una perspectiva zonificada.

Es esencial realizar investigaciones sociosanitarias sobre la obesidad para evaluar el alcance de este problema y determinar el conjunto real de factores implicados, con el objetivo de planificar estrategias de abordaje sobre este reto y evaluar el impacto de las medidas adoptadas. Diferentes estudios muestran la importancia

de una adecuada nutrición para un buen desarrollo en la etapa infantil y su correlación con la salud.

El estudio epidemiológico y transversal En-Kid, elaborado entre los años 1998 y 2000 en España, revela que la prevalencia de la obesidad entre personas de 2 a 24 años es del 13,9% y de sobrepeso 12,4%; que suponen un aumento con respecto a informes anteriores. También este estudio En-Kid, muestra la prevalencia de la obesidad en chicos cuyos padres poseen un nivel de estudios bajo, mayor influencia del nivel cultural de la madre que del padre y pertenencia a una familia con un nivel socioeconómico bajo. Respecto a la zonificación de la problemática, se observa mayor prevalencia de la obesidad en regiones del sur de España y tasas más bajas en las zonas noreste y norte. En todos los varones a partir de los 14 años, es significativo el consumo de bollería industrial, embutidos, refrescos azucarados, y un bajo consumo de frutas y verduras. Los hábitos de realizar un desayuno completo, no sobrepasar de 120 minutos las actividades sedentarias y eliminar el consumo de tabaco, reducen la tasa de obesidad. Existe también mayor prevalencia de obesidad entre los varones que entre las mujeres.

Según la Association for the Study of Obesity, España en el año 2007 era uno de los países con el índice de sobrepeso infantojuvenil más elevado: 35% niños y 32% niñas; mientras que el estudio ALADINO (2011), desvela que era uno de los países con las tasas más elevadas de sobrepeso y obesidad, junto con Malta e Italia.

El proyecto NAOS, desarrollado en España, trata de mejorar las cifras de prevalencia de la obesidad infantil y juvenil, a través de diferentes estrategias. Siguiendo las indicaciones de la OMS, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESAs), impulsó la creación de un equipo multiprofesional de expertos para elaborar las estrategias preventivas contra la obesidad, tanto en el ámbito comunitario como asistencial, y teniendo como referentes la nutrición saludable y la actividad física.

Los hábitos alimentarios son comportamientos individuales y colectivos, fundamentados en factores socioculturales en los que intervienen como agentes principales: la familia, la escuela y los medios de comunicación.

La familia es un agente socializador que transmite hábitos nutricionales, mediante la interiorización de costumbres y el modelado, mientras que la modificación de los hábitos socioeconómicos ha generado una tendencia progresiva a delegar la responsabilidad educativa de los menores hacia otras estructuras sociales. Numerosas investigaciones correlacionan la obesidad en ambos progenitores y los malos hábitos alimenticios existentes en la familia, como factores predisponentes

a padecer obesidad infantil. Además, es evidente que se ha producido una reducción del tiempo en el ámbito familiar dedicado a cocinar y una pérdida de autoridad por parte de los padres en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que consumen los menores.

La familia también es un factor socializador en cuanto a la adquisición de costumbres proactivas en los niños, ya que diferentes estudios demuestran que si ambos padres son activos, la posibilidad de que los menores alcancen un nivel óptimo de actividad es mucho mayor.

Las familias con un perfil socioeconómico inferior, tienen un menor nivel adquisitivo por lo que son más proclives a consumir alimentos pobres en nutrientes y ricos en energía, debido a que son más baratos y accesibles. Otra problemática asociado a este perfil familiar es que, debido a un nivel inferior formativo, comprenden peor los mensajes científicos, médicos y/o nutricionales. Por último, poner de manifiesto que las zonas en las que suelen vivir estas familias, suelen tener pocos espacios seguros para realizar ocio infantil al aire libre.

Los centros de enseñanza son un pilar básico en cuanto a la implementación de programas nutricionales para la interiorización de hábitos saludables, sin olvidarnos de la colaboración necesaria por parte de los profesores, familias y autoridades sanitarias, que impulsen también estas iniciativas. El tiempo dedicado a la actividad física en los colegios también es importante, ya que en la actualidad es en estos espacios donde realizan los niños la mayor parte de su actividad física diaria.

Dentro de los programas nutricionales aplicados en las escuelas, debemos hacer mención de la educación para la salud, la cual hace uso de la información y la pedagogía, con el objetivo facilitar a los niños herramientas con las que mejorar su bienestar, mediante la modificación de conductas de riesgo.

Es importante la búsqueda de la implicación por parte de la industria alimentaria, produciendo alimentos seguros, con un etiquetado claro para el consumidor y realizando una serie de modificaciones en cuanto a los nutrientes y el tamaño de las porciones.

Es necesario incluir en las estrategias preventivas la publicidad de los medios de comunicación, ya que contribuyen a la modificación en los hábitos de consumo de alimentos, básicamente cuando su objetivo publicitario son los niños, ya que son acrílicos y manipulables. Se debe regular no solo los anuncios televisivos, sino también los envases atractivos, las promociones y/o los regalos asociados al consumo de determinados alimentos. Los menores españoles ven una media de 90 anuncios de productos alimentarios al día, estando la mayoría de estos dentro de la categoría a evitar o consumir esporádicamente.

2 Objetivos

- Analizar los factores epidemiológicos y de riesgo presentes en la población infantil con obesidad en España, así como las medidas preventivas a desarrollar desde el ámbito de la Atención Comunitaria.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos: Pubmed, Medlineplus y Google Académico. Los descriptores empleados fueron “obesidad infantil”, “factores”, “Atención Comunitaria”, “prevención” y “España”. Como criterios de inclusión se añadieron “texto en inglés o castellano”, “texto con disposición completa y gratuita” y “periodo temporal 2000-2020”. De un total de 58 publicaciones, fueron seleccionadas 11.

4 Resultados

Existen 3 tipos de estrategias de prevención:

1. Prevención universal, dirigida a todas las personas.
2. Prevención selectiva, desarrollada con los grupos de población en riesgo.
3. Prevención diana, ejecutadas con las personas con sobrepeso y para evitar que sean obesos.

Por todos los argumentos anteriormente presentados, podemos determinar que las medidas para prevenir la obesidad infantil en España son:

- Luchar contra las desigualdades sociales, ya que la obesidad infantil tiene mayor prevalencia en las clases populares y con menor formación académica.
- La prevención comunitaria debe enfocar sus programas en los ámbitos: educación, sanidad, municipal, asociacionismo, marco laboral y medios de comunicación.
- Formar específicamente y coordinar los diferentes agentes sociales responsables, para dar una respuesta coherente, continuada y preventiva.
- Implicar a las familias en la prevención, ya que es el principal núcleo de formación, socialización y educación de los menores.
- Desarrollar estrategias preventivas comunitarias que tengas en cuenta las diversidades zonificadas existentes en España.
- Utilizar un lenguaje comprensible para la mayoría de la población, empleando técnicas comunicativas y evitando los mensajes de tipo negativo.

- Promocionar la lactancia materna en exclusiva, mínimo hasta los 6 meses, y no establecer un final.
- Facilitar el acceso a alimentos saludables y regular la publicidad de los alimentos que no lo son.
- Establecer un registro electrónico de la información clínica para facilitar el estudio de la prevalencia de la obesidad infantil.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios y reestructuraciones socioeconómicas han modificado los modelos nutricionales y las conductas proactivas de nuestra sociedad. Es importante apoyar la realización de investigaciones sobre la obesidad infantil, ya que nos permite identificar los factores de riesgo, elaborar los proyectos de prevención y evaluar los resultados obtenidos. Es esencial implementar programas educativos que transmitan la importancia de adquirir hábitos nutricionales sanos, realizar alguna actividad física diaria y modificar conductas para prevenir la obesidad.

6 Bibliografía

- Salud comunitaria. Disponible en: https://www.ecured.cu/Salud_comunitaria
- Sánchez Echenique M. Revista Pediatría: Atención Primaria. Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil. 2012. p. 9-14.
- Aranceta Bartrina J. et al. Revista Pediatría: Atención Primaria. Nº7. Supl.1. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. 2005. p. 13-20.
- Macías A., Gordillo L., Camacho E. Revista Chile Nutrición, Vol.39, Nº3. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. 2012. p. 40-43.
- Villagrán Pérez A. et al. Revista Nutrición Hospitalaria. Nº25. Supl.5. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. 2010. p. 823-831.
- Cano Garcinuño A., Pérez García I., Casares Alonso I. Gaceta Sanitaria. Nº22. Supl.2. Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras. 2008. p. 98-104.
- Rosado Cipriano M.M., Silvera Robles V.L., Calderón Ticona J.R. Revista Social Perú Medicina Interna. Vol.24. Supl.4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares. 2011. p. 163-169.
- Aranceta Bartina J. et al. Revista Medicina Clínica. Prevalencia de la obesidad en España. 2005. p. 460-466.

- Ariza C. et al. Revista Atención Primaria. Nº47. Supl.4. La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. 2015. p. 246-255.
- Dalmau J. y Victoria I. Revista Anales de Pediatría Continuada. Nº2. Supl.4. Prevención de la obesidad infantil: hábitos saludables. 2004. p. 250-254.
- Carrillo E. y Riera J. Revista de Intervención Socioeducativa. Nº52. Aproximación a la situación actual de la obesidad infantil y su prevención desde una perspectiva sociosanitaria. Estado del arte y recomendaciones. 2013. p. 33-36.

Capítulo 747

ACOSO MORAL EN EL SECTOR NO SANITARIO DEL SESPA AL PERSONAL EVENTUAL DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

DANIEL LÓPEZ CARRASCO

ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ

VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS

1 Introducción

El doctor en psicología pedagógica y psiquiatra Heinz Leymann define el acoso psicológico laboral como las situaciones en las que una persona o grupo de personas se comportan de forma continuada y prolongada de manera psicológicamente violenta hacia otra persona dentro de su entorno laboral.

Este fenómeno también se conoce como psicoterror laboral o mobbing y en el que existen dos partes diferenciadas y enfrentadas como son el/los hostigadores y el agredido.

La parte hostigadora tiene un comportamiento activo, hostil, dominador en contrapartida a la parte agredida que presenta comportamientos reactivos o inhibitorios, según varios factores psicológicos de la persona. Para el personal no sanitario del servicio de salud del principado de Asturias es un punto a tener en cuenta de manera transversal ya que afecta a todo tipo de trabajadores.

Durante la última década se han implantado varias normas con valor de ley y sobre ellas protocolos de actuación para combatir ese tipo de comportamientos, educando para que la gente sea consciente de que actitudes son y no correctas y castigando a los autores para evitar este tipo de situaciones.

2 Objetivos

- Definir qué comportamientos pueden suponer acoso moral en el trabajo.
- Señalar qué tipos de acoso se puede dar de manera especial en trabajadores eventuales durante la década de 2010 a 2020..
- Dar las pautas para evitar esos comportamientos.

3 Metodología

Búsqueda en (BOE) y en manuales formativos de referencia: Universidad de Nebrija, realización de rastreo sistemático en las bases de datos académicas haciendo uso de los operadores: AND, OR, (), "...", -, +, *, site:, intitle:, filetype: ; con los términos: acoso, moral, sespa, asturias, mobbing, psicoterror, hostigamiento, laboral, década, 2010, 2020.

4 Resultados

1. Los comportamientos que se pueden definir de manera clara como acoso laboral se manifiestan de maneras muy diversas:

- Acciones contra la reputación o dignidad personal, ridiculizando o teniendo comentarios injuriosos.
- Acciones contra el ejercicio del trabajo encomendando tareas excesivamente difíciles para el nivel de conocimientos del trabajador, o tareas excesivamente repetitivas y/ monótonas, otras en las que el trabajador no está cualificado o está sobre cualificado; privación de realizar cualquier tipo de trabajo; realización de trabajos sin los medios adecuados, ocultando partes esenciales o solicitando demandas contradictorias o excluyentes. Obligación de realizar tareas en contra de convicciones morales.
- Acciones de reprimenda sobre tareas que no realiza de manera correcta según la opinión personal de otro, incluso en contradicción con la normal establecida. Manipulación de la comunicación o información para no informarle de manera adecuada de su rol o funciones y responsabilidades.

Utilizar la comunicación únicamente para reprender y nunca para felicitar o maximizando los errores y minimizando sus logros. Establecer diferencias de trato con otros trabajadores ante una misma tarea, distribución no equitativa del trabajo, o desigualdad de remuneración.

2. Todos estos tipos de acoso que dan lugar a un estrés laboral que no tiene porqué estar relacionado directamente con el trabajo, sino con las relaciones interpersonales entre distintos individuos, pueden darse entre personal al mismo nivel de tipo de puesto o entre personas con un nivel de trabajo diferente que piensan que están por encima en rango por tener tareas más concretas o especiales. En el caso de este tipo de discriminación sobre trabajadores eventuales que van y vienen a distintos puestos de manera periódica y esporádica se puede dar de manera más frecuente entre compañeros que comparten funciones por el hecho de ser personas nuevas que no pasarán mucho tiempo en el puesto al estar sustituyendo de manera temporal a compañeros que ya conocen o bien entre personal que está en otra categoría profesional y usa este comportamiento por tener a alguien que no está acostumbrado a su manera de trabajar particular.

3. Las principales medidas o pautas para evitar el mobbing:

- La planificación y el diseño de las relaciones sociales en las áreas de trabajo de atención primaria y especializada de centros de salud y hospitales.
- El entrenamiento de los trabajadores en relaciones interpersonales o los sistemas de regulación de conflictos tienen que estar dirigidos a todas las dimensiones sociales posibles.
- Articular sistemas de presentación, acogida e integración de las personas recién incorporadas, sin olvidar la consideración de las normas de la administración sanitaria en la selección de personal.
- Para intervenir ante el conflicto, la administración debe ofrecer apoyo psicológico.
- La prevención debería atender a las deficiencias del diseño del trabajo (proporcionar un trabajo con bajo nivel de estrés, alto control del trabajo, alta capacidad de decisión, suficiente autonomía temporal,...), al comportamiento de los líderes (deberían desarrollar habilidades para reconocer conflictos y manejarlos adecuadamente, conocer los síntomas del mobbing para su reconocimiento temprano), y a la protección de la posición social de la persona (desarrollando reglas claras, explícitas, escritas y públicas sobre resolución de conflictos personales, que garantice el derecho a la queja y el anonimato y que prevea sistemas de mediación y/o arbitraje).

5 Discusión-Conclusión

El último decenio ha sido una época clave para tomar conciencia del problema y dar visualización de estos conflictos con lo que según los estudios comparativos este tipo de comportamientos sufrió un decrecimiento discreto. Aunque se debe seguir trabajando de manera constante para que las cifras se mantengan en crecimiento negativo. La educación continuada de los trabajadores actuales y futuros es clave para que este tipo de comportamiento llegue a ser un problema residual.

6 Bibliografía

1. Curso de formación sobre Prevención de riesgos laborales para personal no sanitario - Universidad de Nebrija.
2. Segovia, Á. J. (2008). Acoso moral en el trabajo. La Ley.
3. Vicentine Xavier, A. (2011). La respuesta jurídica frente al acoso moral en el trabajo= Legal response in front of the mobbing at work.
4. Espeso Alonso, S. (2016). El acoso moral en el trabajo.
5. Martínez Selva, J. M. (2004). Estrés Laboral: Guía para empresarios y empleados.
6. Astorga, C. M. (2002). El mobbing: persecución o psicoterror en el trabajo. Capital humano: Revista para la Integración y Desarrollo de los Recursos humanos, 15(151), 44-49.

Capítulo 748

PERSONAL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ADMINISTRACIONES PUBLICAS. PAUTAS DE SENSIBILIZACION EN GENERO Y TRANSVERSALIDAD.

SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ

TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ

CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ

BIBIANA NUÑO PEREZ

1 Introducción

Hablar de sensibilizar a un colectivo en un tema determinado, no es simplemente facilitar información sin mas, es determinar una población diana como en este caso podría ser perfectamente el personal de primaria...(celadores, auxiliares administrativos..y resto de personal sanitario). y darles a conocer de una manera entendible y desglosada una clara visión de un fenómeno concreto.

Como introducción a una acción de sensibilización que ponga en contexto la transversalidad de genero en las administraciones publicas hemos de ser conscientes que el punto de partida será la aclaración de conceptos básicos que serán pilares para correcto entendimiento del fenómeno.

También es importante un conocimiento de la evolución del contexto social y político de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Lo correcto será partir de una buena comprensión de lo que significa perspectiva de género, su aplicación y posteriormente el alcance de las medidas de transversalidad de género .

Es correcto plantearse una visión global sobre los siguientes aspectos:

- Conceptos básicos: Sexo y Género, roles y estereotipos
- Igualdad legal frente a desigualdad social de las mujeres
- Patriarcado
- Perspectiva de género
- Transversalidad

2 Objetivos

- Dar a conocer los conceptos básicos sobre igualdad y género.
- Clarificar y hacer difusión de la normativa vigente en nuestra administración sobre igualdad de género.
- Conocer el concepto de transversalidad.

3 Metodología

Se procede a una revisión a través de las webs y secciones documentales que trabajan en el ámbito descrito, tanto en la difusión como formación. tanto de carácter privado como publicas y gubernamentales .

A través del acceso a sus secciones de documentación y noticias se elabora un compendio de referencias adecuadas al trabajo que realizamos. A través del buscadores web se hacen búsquedas a través de conceptos como "género" transversalidad" "igualdad de oportunidades", "mujer"

4 Resultados

El marco normativo de la igualdad de género en contra de la discriminación arroja de manera muy extensa puntos clave en la evolución histórica del género y la igualdad... podemos ir haciendo una aproximación a través de.:

- 1945, Carta naciones unidas

- 1948, Carta universal de derechos humanos reconociendo expresamente el derecho a la igualdad de todas las personas, sin que el sexo fuera motivo de discriminación.
- 1953, Convenciones sobre los Derechos Políticos de la Mujer.
- 1957, Nacionalidad de la Mujer Casada.
- 1962, Consentimiento al Matrimonio, Edad Mínima para Contraer Matrimonio y Régimen de los Matrimonios.
- 1966, Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- 1967, La Declaración sobre Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.
- CEDAW, 1979, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, marco de referencia de importancia a nivel internacional sobre los derechos de las mujeres

Conferencias sobre el derecho a la igualdad también han de ser citadas:

- México en 1975, dando lugar al denominado “Año internacional de la mujer”.
- “2ª Conferencia Mundial”, en Copenhague en 1980;
- “3ª Conferencia Mundial”, en Nairobi en 1985;
- “4ª Conferencia Mundial”, en Beijing en 1995,
- Sigüientes reuniones evaluatorias de esta última: “Beijing+5” (2000), “Beijing+10” (2005), “Beijing+15” (2010) y “Beijing+20” (2015).

5 Discusión-Conclusión

Viendo los pasos y avances, y actualmente y ya centrados en nuestro entorno vemos que el desarrollo jurídico va progresando y reflejamos como principales los siguientes.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres Estableciendo en su artículo 3 que el principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres supone la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo, y, especialmente, las derivadas de la maternidad, la asunción de obligaciones familiares y el estado civil

(Según «BOE» núm. 71, de 23 de marzo de 2007. Referencia: BOE-A-2007-6115).
 ”Artículo 15. Transversalidad del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres. El principio de igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres informará, con carácter transversal, la actuación de todos los Poderes Públicos. Las Administraciones públicas lo integrarán, de forma activa, en la adopción y ejecución de sus disposiciones normativas, en la definición y presupuestación

de políticas públicas en todos los ámbitos y en el desarrollo del conjunto de todas sus actividades.” la Ley del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género

Plantea en su articulado que “la presente ley tiene por objeto establecer un conjunto de medidas que contribuyan a garantizar la efectiva igualdad de derechos, trato y oportunidades entre mujeres y hombres y a promover la presencia equilibrada de unas y otros en los ámbitos público y privado del Principado de Asturias”.

Tanto el marco nacional como el autónomo se plantea el avance hacia la transversalidad de género, llamado también enfoque integrado de género que los poderes públicos promueven en sus legislaciones básicas.

La Web oficial del instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades dice que:

”Según el Consejo de Europa de 1998 la transversalidad de género, conocida por su denominación en inglés “mainstreaming de género” es: “la (re)organización, mejora, desarrollo y evaluación de los procesos políticos para incorporar, por parte de los actores involucrados normalmente en dichos procesos, una perspectiva de igualdad de género en todos los niveles y fases de todas las políticas”.

Y esos son los pasos que guían muchas de las actuales iniciativas, son caminos que han de ser conocidos y mejorados. Hemos de aplicar lo positivo que hemos aprendido no solo en nuestra vida personal y social, sino en nuestro entorno laboral y nuestros comportamientos como personal de instituciones sanitarias .

6 Bibliografía

- <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
- https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-7887
- <https://sexualidadhumanasalud.wordpress.com>
- <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- <https://www.un.org/es/charter-united-nations/>
- <https://formacion.asturias.es/>
- <http://www.mujeresenred.net/>

Capítulo 749

PERCEPCIÓN DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ

MARÍA LUZ ALONSO PEÑA

1 Introducción

La calidad de atención en salud es una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y una necesidad de quienes requieren de estos servicios.

Todo servicio de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención. El presente trabajo tiene como objetivo la evaluación de la percepción del usuario como medio de valoración del centro de salud de Llanera desde la percepción de los usuarios. Mediante este estudio se pretende conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y pacientes que reciben atención en los centros de salud del municipio de Llanera (Asturias).

El usuario es el actor principal en los escenarios de la prestación de servicios, a quien se debe atender con calidad, oportunidad y eficiencia, para satisfacer sus expectativas, él es quien determina el nivel de excelencia de una organización.

La perspectiva del usuario es muy importante porque es más probable que los pacientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud. Es por ese motivo que con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del usuario afecta la salud y el bienestar de la sociedad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es recoger mediante un estudio de campo a través de la realización de una encuesta a los usuarios y pacientes del centro de salud de Llanera y de los centros periféricos (Lugo, Arlos y Villabona), que permita conocer el nivel de satisfacción de los mismos con su centro de salud.

3 Metodología

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, el enfoque para el análisis del estudio es de tipo cuantitativo. Se obtuvo información primaria por conducto de una encuesta dirigida a los usuarios de Atención Primaria del Centro de Salud de Llanera en los meses de Septiembre y Octubre de 2019. La encuesta cumple las siguientes condiciones:

- Determina el grado de satisfacción del usuario, a través de las dimensiones de calidad (accesibilidad, estructura, proceso, resultado) desde la perspectiva del usuario.
- Es fiable.
- Que resulte útil a nivel de gestión, permitiendo identificar los elementos del servicio que generan mayor satisfacción o insatisfacción y cuya manipulación ejerce un mayor efecto sobre la satisfacción global del usuario.
- Identificar los factores asociados con la calidad de atención mediante la opinión que manifiesten los usuarios.
- Que sea de fácil comprensión y manejo.

El cuestionario fue respondido por un total de 220 usuarios (96 hombres y 124 mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y 85 años que cumplieron con los criterios de inclusión exigidos en el presente estudio.

La muestra del estudio fue todo usuario y paciente que requirieron y obtuvieron la prestación de asistencia sanitaria en consulta médica y enfermería en dicho centro.

Mediante una entrevista personal en la sala de espera de los centros se cumplimentó un cuestionario estructurado en el que se incluía, además de preguntas acerca de la valoración que los sujetos tenían del centro y distintos elementos del servicio, una escala de satisfacción compuesta por 11 preguntas agrupadas en cuatro apartados. A los sujetos se les pedía que manifestasen cómo se sentían de satisfechos con cada elemento considerado, utilizando para ello una escala de respuesta de 5 puntos: nada satisfecho (1), poco Satisfecho (2), algo satisfecho (3),

bastante satisfecho (4) y muy satisfecho (5).

Elementos que componen la escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria:

Dimensión elementos/variables:

- Personal sanitario tiempo que le dedica su médico.
- Solución que el médico/enfermero le da.
- Interés del médico en explicarle su dolencia.
- Información proporcionada sobre el tratamiento.
- Uso del historial clínico.
- Personal no sanitario trato recibido por el resto de personal.
- Disposición del personal para ayudarle.
- Condiciones ambientales comodidad y amplitud de la sala de espera.
- Instalaciones y equipamiento del centro.
- Señalización interna del centro.
- Acceso al servicio Horario de atención a los pacientes.
- Tiempo de espera para entrar a la consulta.

4 Resultados

El resultado queda reflejado en la siguiente tabla que resume el grado de satisfacción con todos los elementos de estudio realizados en esta encuesta. Toda esta información está sujeta a la de dificultad de cada variable empleada en el estudio. Los elementos con los que resulta más difícil o menos probable encontrar a sujetos altamente satisfechos son los referidos a los tiempos de espera y comodidades del centro.

En definitiva, los aspectos con los que los usuarios estarían menos satisfechos son el equipamiento, el horario de atención y el tiempo de espera para entrar en consulta. Los elementos relacionados con el personal sanitario generan un nivel de satisfacción mayor, en el sentido de que resulta mucho más fácil o probable encontrar sujetos con puntuaciones altas en dichos elementos.

En síntesis, el análisis de las variables que componen la escala ha permitido comprobar que los aspectos centrales de un servicio de atención primaria son los relacionados con el personal médico, que curiosamente son los que generan un mayor nivel de satisfacción. Por su parte, los aspectos que conviene mejorar son claramente las instalaciones y el equipamiento de los centros, unido al acceso al servicio.

5 Discusión-Conclusión

La percepción de la calidad de la atención ofrecida en el servicio de atención primaria del centro de salud de Llanera es buena. El tiempo que deben aguardar para ser atendidos por el médico o enfermera es uno de los indicadores con peor valoración efectuada por los usuarios del centro. El tiempo de espera refleja la eficiencia y organización del sistema. En la variable de accesibilidad organizacional, los pacientes están satisfechos con la atención brindada.

Los usuarios están satisfechos con el trato recibido del personal médico el 84% considera que los funcionarios muestran interés por brindarle un servicio de calidad. El 88% están satisfechos con el trato recibido.

La percepción de la calidad de la atención está relacionada con los tiempos de espera, las comodidades, las relaciones interpersonales y la accesibilidad. Los puntos fuertes más importantes están relacionados con la accesibilidad al centro de salud, la calidad de atención brindada por el personal sanitario y el personal de apoyo. El punto débil en la percepción que tienen los usuarios está relacionado con los tiempos de espera para entrar a consulta.

Se concluye que se debe diseñar un programa de mejoramiento continuo de la calidad, que conduzca a la optimización de procesos para reducir el tiempo de espera. Destinar en lo posible mayores recursos a la infraestructura, para mejorar las comodidades a los usuarios. Realizar actividades de formación continua en aspectos de relaciones humanas, dirigidas al personal técnico administrativo, mejorar las relaciones interpersonales con los usuarios.

Es importante también la participación de los usuarios del centro de salud a través de mecanismos como el buzón de quejas y sugerencias, que permiten conocer las percepciones buenas o malas de calidad respecto a los servicios recibidos.

6 Bibliografía

- Delgado, A., López, L.A. y Luna D.J. (1992). La satisfacción de los usuarios con los modelos de Atención Primaria vigentes en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 7,32-40
- Benavides, F.G., Nolasco, A., Jiménez, L., González, C., López, J.M., Pérez, E. y Bolumar, F. (1987). Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de usuarios de un centro de salud. *Atención Primaria*, 4, 91-95.
- A. González Dagnino et al, *Calidad total en atención primaria en salud*, Madrid España, ed ISBN 1,994 pag. 153. Bretones, C. y Sánchez, J.E. (1989).

-Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Primaria. Atención Primaria, 6, 312-316.

Capítulo 750

LAS INSTRUCCIONES PREVIAS EN ESPAÑA. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS CC.AA.

SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ

MARÍA LUZ ALONSO PEÑA

1 Introducción

Tradicionalmente, los profesionales sanitarios, junto con la familia, eran quienes decidían qué hacer durante el proceso de atención a la enfermedad grave y la muerte del paciente para alargar su vida sin procurarle ningún bien. En los últimos años se ha ido fortaleciendo el concepto de muerte digna y el reconocimiento de la obligación ética y deontológica de saber identificar cuándo una muerte es inevitable, momento en que la atención se debe centrar en el acompañamiento del enfermo y su familia. Dentro de este marco de respeto a la muerte digna surge la necesidad de que las personas expresen su voluntad de forma anticipada y pueda tener validez incluso en el caso de que la persona interesada no se encuentre en condiciones para hacerlo. Las voluntades anticipadas nacen en los Estados Unidos, en la década de 1960, cuando se empieza a hablar de living will (testamento vital) o de advanced directives (voluntades anticipadas) para referirse al instrumento en que se dejan escritas las instrucciones para seguir en caso de que la persona no pueda expresarse por sí misma. Ya desde finales del siglo XX, y especialmente en los inicios del XXI, se reconoce el derecho a la autonomía de aquellas personas que, al ser mayores de edad y plenamente capaces, quieren intervenir en su proceso asistencial.

En España, desde el punto de vista legislativo, el derecho a la autonomía del paciente ha sido reforzado, sobre la base del Convenio Europeo, por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materias de información y documentación clínica. La mencionada Ley establece en su artículo 11, la regulación del documento de instrucciones previas o documento de voluntades anticipadas, en virtud del cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente. Asimismo, se reconoce la posibilidad de incorporar en los documentos de instrucciones previas los deseos de la persona sobre donación de órganos y destino del cuerpo al fallecimiento, creándose el Registro Nacional de Instrucciones Previas. La Ley 41/2002, que tiene carácter básico como señala su disposición adicional primera, dispone que el Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de la misma.

En resumen, la finalidad de este documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas es que los deseos de la persona sean respetados y cumplidos por el médico o equipo sanitario que intervenga cuando la persona no pueda manifestar su voluntad por deterioro físico o psíquico. Revisando la bibliografía vemos que existen varias publicaciones que tratan este tema desde la visión de la atención primaria de salud.

2 Objetivos

- Recopilar los contenidos legislativos referentes a las Instrucciones Previas, desarrollados por cada una de las Comunidades autónomas del Estado Español.
- Identificar las diferencias existentes entre dichas regulaciones legislativas.
- Analizar las diferencias encontradas y sus posibles consecuencias.
- Formular una reflexión general sobre el desarrollo y la aplicación de las Instrucciones Previas en nuestro país.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PUBMED, SCIENCE DIRECT, DIALNET y

GOOGLE ACADÉMICO, utilizando los descriptores: “testamento vital”, “voluntades anticipadas”, “instrucciones previas”, “testamento vital y enfermería”, “Voluntades anticipadas y enfermería”, “testamento vital y legislación española”, “living wills”, “advance directives”, “advance care planning”, “medical power of attorney” . Acotando los resultados a aquellos artículos con textos libres, si bien se recurrió a la biblioteca de la Universidad de Cantabria para la obtención de dos artículos y la tesis doctoral “Autonomía e Instrucciones Previas. Un análisis comparativo de las legislaciones autonómicas del Estado Español” del profesor D. Jaime Zabala Blanco, así como el libro de Federico de Montalvo Jääskeläinen “Muerte digna y Constitución. Los Límites del testamento vital” Cabe destacar que en España, no hay muchos artículos de investigación publicados sobre este tema, y el principal autor que desarrolla una línea de investigación sobre ello es D. Pablo Simón Lorda y su equipo, de ahí que sea el autor más referenciado.

4 Resultados

El testamento vital es una asignatura pendiente en España. Aunque cada vez más personas quieren asumir el control sobre qué cuidados médicos recibir y cuáles no al final de la vida. Según datos del Registro Nacional de Instrucciones Previas del Ministerio de Sanidad, 278.368 personas tienen registrado sus voluntades anticipadas, lo que representa la cifra más alta de los últimos seis años. A pesar de ello, menos del 1% de la población española ha firmado su testamento vital.

Hasta 2002, con la Ley de Autonomía del Paciente no se empezó a regular este trámite. En 2013, cada comunidad autónoma inició sus propios registros que sincronizó con el Registro Nacional para llevar a cabo un cómputo global. La diversidad que caracteriza a España se refleja también en la elección o no de tomar este tipo de decisiones que anticipa la última voluntad de las personas para que esta se cumpla si se dan circunstancias en las que no pueda expresarlo personalmente por incapacidad.

No recibe el mismo nombre en todas las comunidades autónomas. Se denomina documento de voluntades anticipadas en Aragón, Baleares, Cataluña, Navarra, el País Vasco y la Comunidad Valenciana; documento de instrucciones previas en Asturias, Castilla y León, Galicia, Madrid, Murcia y La Rioja; documento de voluntades vitales anticipadas en Andalucía; manifestación anticipada de voluntad en Canarias; declaración de voluntades anticipadas en Castilla-La Mancha; expresión de la voluntad con carácter previo en Cantabria y expresión anticipada

de voluntades en Extremadura.

El perfil que más solicita las últimas voluntades es una mujer mayor de 65 años. Así, según los datos de Sanidad, es este grupo de edad en el que se encuentra la gran mayoría de inscritos, unos 136.225. De ellos, 157.645 son mujeres (el 3,38% de la población) frente a los 94.857 hombres (2,04%).

En términos de edad por Comunidades Autónomas, Navarra (10,87% del total), País Vasco (10,64%), Cataluña (10%) y La Rioja (9,13%) lideran el ranking de inscripciones. Mientras que Ceuta y Melilla (0,81%), Extremadura (1,70%), Galicia (2,82%) y Murcia (2,96%) están a la cola en los registros pese al destacable envejecimiento poblacional que sufren estas tres últimas autonomías.

Por sexo y CC.AA, más mujeres que hombres piden el testamento vital. De todas ellas, las vascas (7,02%), navarras (6,93%) y riojanas (5,94%) son las que encabezan el listado. Lo mismo sucede con los hombres, donde navarros (3,94%), vascos (3,61%) y riojanos (3,19%) se encuentran encima de la tabla.

Que no le denominen igual no significa que todo sean diferencias. La normativa estatal exige que el procedimiento de formalización del documento se haga únicamente de forma escrita. Así lo hacen de forma unánime todas las autonomías.

Existen tres vías para la formalización del testamento: ante notario, ante dos o tres testigos o ante un funcionario o personal habilitado. Salvo en Cataluña y Extremadura, que no contemplan este último caso.

Además, las legislaciones territoriales establecen el límite de las instrucciones en aquello que resulte contrario al ordenamiento jurídico o la buena práctica clínica, descartando la eutanasia o el suicidio asistido, prohibidos en España.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro país, se ha producido un reconocimiento progresivo de los derechos de los pacientes y de su autonomía, desembocando en el derecho a plasmar instrucciones previas, a través de la Ley estatal 41/2002 y de los diferentes desarrollos legislativos de las comunidades autónomas, aunque hay que destacar las diferencias que se aprecian entre ellos.

El desarrollo y aplicación de las instrucciones previas, como cualquier innovación debería ser cuidadosamente planteado. Si no se hace adecuadamente o se lleva a cabo con precipitación, no será entendida ni por los usuarios ni por los profe-

sionales.

Si son consideradas como un proceso y no solo como acto documental; como parte de la ética de la relación clínica y no como acto legal, se convertirán en un recurso fundamental en la relación profesionales de la salud-paciente.

El riesgo al que nos enfrentamos es que al igual que ha pasado en algunos casos con el consentimiento informado, transformado en el mero acto de firmar un documento, más o menos elaborado, pero con una utilidad real prácticamente nula, y con el único objetivo de un acto de «medicina defensiva»; los documentos de instrucciones previas, sean entendidos de la misma forma: reduciéndolos a simples documentos firmados, convirtiéndolos en actos de «autonomía defensiva». Esto es, llevados a cabo básicamente por grupos que creen que sus valores y creencias pueden estar en riesgo durante la atención sanitaria, o en previsión de un hipotético encarnizamiento terapéutico.

De nada servirán documentos administrativamente muy depurados si el proceso no reúne las características de claridad (entendimiento por parte de todos los involucrados de qué son y para qué sirven), facilidad (establecimiento de procedimientos dialógicos y deliberativos que permitan su cumplimentación y registro de forma sencilla) y utilidad (que cuando sea preciso su uso responda a las expectativas depositadas por el otorgante).

6 Bibliografía

- Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).
- J. Zabala, J.F. Díaz Reflexión sobre el desarrollo y utilidad de las instrucciones previas Semergen, 36 (2010), pp. 266-272
- Registro Nacional de Instrucciones Previas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Capítulo 751

LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES PRESENTES EN EL LUGAR DE TRABAJO

CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El trabajo es una actividad que tiene como objetivo prioritario satisfacer las necesidades vitales para poder tener una vida digna, pero también, a través de él, desarrollamos nuestras capacidades físicas e intelectuales y creamos utilidad social. Si tenemos en cuenta que en el trabajo desarrollamos una tercera parte de nuestra actividad diaria, su incidencia sobre nuestra salud es clara y directa.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo psicosociales presentes en una situación de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Son muchos los factores de riesgo que pueden afectar a la salud del trabajador causándole accidentes, enfermedades u otro tipo de patologías. Entre ellos cabe mencionar:

- Los factores psicosociales se definen como el conjunto de interacciones que tiene lugar en la empresa entre, por una parte, el contenido del trabajo y el entorno en el que éste se desarrolla y por otra la persona, con sus características individuales y su entorno al margen del trabajo, que pueden incidir de forma negativa sobre la salud del trabajador.

Es común la dificultad que presenta su evaluación ya que las posibles alteraciones de la salud suelen ser inespecíficas y, además, resulta difícil determinar en qué medida se deben a factores de riesgo laboral exclusivamente y no factores externos a él.

Los factores psicosociales se pueden clasificar en base a:

- Las características del puesto de trabajo.
- La organización del trabajo
- Las características personales del trabajador.

Factores relativos a las características del puesto de trabajo:

- Falta de autonomía: el nivel de autonomía depende de múltiples factores como el ritmo de trabajo, el tipo de proceso productivo, la maquinaria utilizada, etc. La imposibilidad de interrumpir la tarea o de regular el ritmo de producción, supone una falta de autonomía que repercute negativamente en el trabajador.
- Iniciativa: entendiéndola como la posibilidad que tiene el trabajador de organizar su trabajo y de tomar decisiones relevantes sobre sí mismo como pueden ser la elección del método, el ritmo, el control de trabajo efectuado. Aunque depende de la personalidad del trabajador y de sus expectativas, en general, al aumentar el grado de iniciativa en el puesto de trabajo, se incrementa también el grado de satisfacción laboral de quien lo desempeña.
- La responsabilidad: tan perjudicial puede resultar una carencia (que provocaría insatisfacción) como un exceso de la misma (causando estrés). La responsabilidad debe tener una correspondencia con factores como la posibilidad de tomar decisiones, su grado de autoridad dentro de la empresa.
- Ritmo de trabajo: la velocidad a la que debe realizarse una tarea, unido a su carácter repetitivo o complejidad, define el ritmo de trabajo. Para determinar los tiempos y ritmos de trabajo, deben tenerse en cuenta tanto las exigencias

derivadas del puesto de trabajo, como la capacidad del trabajador. Si no es así, se producirá una sobrecarga física y mental de éste, que se equivocará más, aumentará el riesgo de accidente y producirá un paulatino estrés.

- Identificación con la tarea: se refiere a la imagen que el individuo tiene de su trabajo, según la valoración que les confiera a sus tareas dentro del proceso productivo. Esta valoración depende de dos elementos, del lugar que ocupa el trabajador en el proceso productivo y de la importancia que tiene la modificación efectuada por él.

- Automatización: un trabajo automatizado se caracteriza por la realización de tareas cortas y repetitivas, con escaso conocimiento por parte del trabajador del proceso total de producción. Además, son actividades que suelen exigir la intervención de otras personas cuando surge algún problema. Estos trabajos producen monotonía y desinterés en el trabajador.

Factores relativos a la organización del trabajo:

Hay que distinguir dos grupos:

1. Factores debidos a la organización del tiempo de trabajo:

El tiempo que dedicamos al trabajo, así como su organización condiciona la forma de vida de los trabajadores con repercusiones en su salud. Se pueden incluir dentro de estos factores:

Jornada de trabajo: la duración de la jornada influye en el rendimiento y en la motivación de los trabajadores. Está demostrado que las jornadas largas no aseguran una mayor productividad. La duración y distribución de la jornada debe planificarse teniendo en cuenta la salud del trabajador. En este sentido, los horarios flexibles, que permitan compatibilizar tareas familiares y laborales y dar mayor autonomía a los trabajadores, son más eficaces que los horarios rígidos convencionales. Además de tener en cuenta la jornada es necesario determinar los descansos, así como las pausas a lo largo de la misma. Éstos permiten que el trabajador se recupere especialmente en casos de trabajos repetitivos o que requieren un gran esfuerzo ya sea físico o mental.

Trabajo nocturno y trabajo a turnos: este factor es el que más negativamente influye en la salud de los trabajadores. En ambos casos, esos efectos negativos pueden dar lugar a:

-Problemas fisiológicos causados por la alteración de los ciclos del sueño, así como por la modificación a la que se ve obligado el trabajador en sus hábitos alimentarios.

-Problemas psicológicos y sociales provocados por la imposibilidad de compatibilizar el trabajo con su vida familiar y social. Esto lleva en muchos casos al trabajador al aislamiento, soledad o depresión.

Además, en el caso de los trabajadores con horario nocturno, éstos duermen menos y peor, su descanso en ocasiones no es el adecuado, lo que provoca que mientras realizan su trabajo tengan un nivel de atención menor con el consiguiente incremento del riesgo de sufrir accidentes.

Vacaciones: es necesario permitir a los trabajadores períodos de tiempo prolongado sin actividad laboral, éste tiene como objetivo favorecer la recuperación del trabajador.

2. Factores debidos a la estructura de la organización:

Comunicación: la posibilidad de comunicarse con otras personas es un elemento fundamental en toda relación laboral. En un ambiente ruidoso o donde los trabajadores estén muy alejados entre sí, la comunicación será difícil, lo mismo que cuando el trabajo exige, por su complejidad, un nivel de atención muy elevado. Tanto el aislamiento como la incomunicación favorecen la aparición de trastornos psicológicos que pueden resultar graves (depresiones, estados de ansiedad, pérdida de autoestima, irritabilidad, etc).

Estilo de mando: las características del estilo de mando de los directivos influyen notablemente en la definición del clima laboral. Las personas encargadas de realizar la función de mando pueden adoptar distintos estilos (autocrático, democrático, paternalista, etc) Dependiendo de cual elijan la motivación y satisfacción del trabajador será diferente. Así los que se basan en el principio de autoridad y sin opciones de participación, resultan más negativos para el trabajador que aquéllos que permiten participar.

Participación en la toma de decisiones. La posibilidad de participar propicia que el trabajador se implique más en su trabajo. Esto conlleva a un aumento de su rendimiento dando lugar a una mejora en la calidad del trabajo realizado y por otro lado aumenta su satisfacción laboral al sentir que sus opiniones son valoradas.

Estatus social el cual viene determinado por:

El tiempo de aprendizaje exigido para desempeñar el puesto de trabajo. Cuanto mayor sea el tiempo que se necesite supone que mayor complejidad tiene la tarea y, por tanto, el estatus también será superior.

El nivel inicial de formación requerido. Es importante que exista una correspondencia entre la formación del trabajador y las exigencias del puesto de trabajo. Si no se corresponden será un aspecto negativo ya que el trabajador se puede sentir infravalorado o superado por las exigencias.

Otros casos que marcarían el estatus son: el salario, ubicación del puesto de tra-

bajo, cargo dentro de la empresa, etc.

3. Factores relativos a las características individuales del trabajador:

- Personalidad: su forma de ser así como su inteligencia emocional para las relaciones humanas determinará la forma de ver el trabajador las diferentes situaciones del trabajo.
- Formación y capacitación para el puesto: la falta de formación previa o de entrenamiento en el desempeño de sus tareas genera inseguridad en el trabajador.
- Edad: los trabajadores más jóvenes tienen mayores expectativas frente a los de mayor edad.
- Motivación: todos los trabajadores tienen aspiraciones y necesidades que necesitan satisfacer. Son fuente de satisfacción:
- Sistema de remuneración: una retribución justa, que compense el trabajo realizado, es imprescindible para que el trabajador se sienta valorado, y además es importante que reciba un trato igualatorio en el salario respecto a otros compañeros que realicen las mismas tareas.
- Estabilidad en el empleo: la incertidumbre de cara al futuro, la falta de seguridad en el empleo y la pérdida de poder adquisitivo hace que el trabajador se sienta en una situación de desamparo que provoca numerosos efectos negativos sobre su salud.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que los trabajadores conozcan de manera general cuáles son los factores de riesgo a los que se pueden enfrentar cuando formen parte de una empresa, sea cual sea su actividad. En concreto, los factores organizativos suelen pasar más desapercibidos y en muchas ocasiones se les da menos importancia frente a otros en principio de consecuencias más evidentes.

Sin embargo, no hay que menospreciar la incidencia que sobre la salud pueden tener y de ahí su importancia de reconocerlos para en la medida de lo posible poder minimizarlos.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.
- Bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

Capítulo 752

EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN CON LA POBLACIÓN ANCIANA

DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La comunicación es un elemento imprescindible para que se pueda llevar a cabo la interacción social y, por lo tanto, para el establecimiento de relaciones sociales, y, como animales sociales que somos, es algo imprescindible para que podamos tener cierta calidad de vida. La comunicación es, al fin y al cabo, un proceso en el que dos o más personas intercambian, no solo información mediante el uso de mensajes, sino también emociones.

La teoría de la comunicación nos habla siempre de la existencia de un emisor del mensaje y un receptor del mismo, emitido éste de acuerdo a un código para conseguir un objetivo.

Se diferencia entre comunicación verbal y no verbal. La primera sería aquella que se transmite oralmente o por escrito y la no verbal, haría referencia a todo lo que rodea a la primera: estaría configurada por los gestos, los movimientos corporales, la distancia a la que nos mantenemos, la dilatación de nuestras pupilas, ... La comunicación no verbal dota al mensaje de una gran carga de contenido que va más allá del mensaje textual, siendo fundamental para la transmisión de las emociones.

El envejecimiento cada vez más acusado de la población es una realidad de nuestro país, lo que conlleva un aumento progresivo de pacientes de la tercera edad, con las particularidades que pueda tener este grupo de población, más allá de las características propias de cada paciente de forma individual.

En los pacientes de este tipo podemos encontrar ciertas patologías de forma más frecuente que en otros grupos de edad como son las pérdidas de capacidades cognitivas y sensoriales, especialmente la vista y el oído. Todo esto puede dificultar la comunicación entre los profesionales del ámbito de la salud y dichas personas. Debido a ello, se procederá a llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre la comunicación con pacientes pertenecientes a este colectivo.

2 Objetivos

- Identificar la manera idónea para una correcta comunicación con la población anciana.
- Analizar los principales errores que se cometen a la hora de comunicarnos con las personas de la tercera edad.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se han realizado búsquedas de artículos, manuales y libros a partir de la búsqueda de palabras clave en diferentes bases de datos: “comunicación”, “barreras en la comunicación”, “comunicación en la tercera edad”, “comunicación pacientes geriátricos”, “envejecimiento población”.

Las bases de datos utilizadas: pubmed, uptodate, preevid, google académico y dialnet, entre otros.

Se han utilizado como criterios de inclusión en la búsqueda tanto textos en castellano como en inglés donde se hiciese mención a la comunicación: definición y barreras que puede presentar y como criterios de exclusión, se han descartado aquéllos que se han centrado únicamente en un análisis de la comunicación (emisor, receptor, canal, medio,...) y no analizan las barreras y propuestas de mejora.

4 Resultados

- El proceso comunicativo ocurre en un contexto determinado que influirá tanto en la emisión, como en la recepción y los resultados de dicho proceso. Por ejemplo, en el ámbito sanitario ante un ingreso y encontrándose en una situación de especial vulnerabilidad, en el que pueden existir miedos y haber un cierto sentimiento de indefensión, podemos encontrarnos con mayores dificultades para que el mensaje llegue al receptor tal y como lo había planeado el emisor.

En dicho contexto hay diferentes factores que pueden interferir en la comunicación, como son los estereotipos o prejuicios que tenemos sobre el otro, actitudes que podamos asumir frente a temas de conversación concretos, asociaciones que podamos hacer ante determinadas circunstancias en base a acontecimientos pasados en nuestra vida, la presencia de terceros que puedan condicionar las respuestas que se den o determinadas actitudes, etc.

Por otro lado, en el proceso de envejecimiento pueden ir surgiendo diferentes tipos de problemas de salud que dificulten la comunicación y se conviertan en una barrera comunicativa, como pueden ser las relacionadas con enfermedades que limitan las capacidades cognitivas dígase las demencias, que además disminuyen el repertorio de vocabulario del que dispone la persona mayor o incluso limitan la comprensión de lo escuchado; otras afecciones propias de la edad están relacionadas con la pérdida de la vista o el oído.

Por lo tanto, tendremos que adaptar nuestra forma de interaccionar a las dificultades que pueda presentar la persona.

Si existiesen problemas de audición: hay que intentar hablar con claridad, vocalizando de forma adecuada, situándonos frente a frente con la persona mayor, y hablando despacio. Si utilizamos oraciones cortas se facilita la interpretación del mensaje, también se debe ajustar el volumen de la voz (no significa gritar).

No se debe olvidar la importancia de la comunicación no verbal: los gestos, las sonrisas, la cercanía, el contacto visual... pueden hacer que la persona se sienta más tranquila y segura a la hora de desarrollar nuestra labor profesional.

- Errores típicos sesgados por el criterio edad serían: el hablarles a gritos, dando por hecho que tienen problemas auditivos; dirigirnos a los familiares o acompañantes en vez de a la persona interesada, dando por hecho que no son competentes o utilizar un lenguaje infantilizador, entre otros.

No se debe olvidar, por otro lado, la importancia del lenguaje no verbal y el uso del humor para mostrar una mayor cercanía al paciente, creando de esta forma un clima emocional propicio aunque sean contactos breves, como es el caso de la intervención de la figura del celador, que en ocasiones se limita a breves traslados.

5 Discusión-Conclusión

Lo fundamental, a mi entender, es que si bien es cierto, que cuanto más formados estemos como profesionales y mejor se entienda el proceso de comunicación y las barreras que podemos encontrarnos debemos ser conscientes de que las re-

comendaciones que podemos encontrar en los diferentes manuales y artículos no son recetas mágicas, ni pueden ser aplicadas a todas las personas por igual, porque cada persona es única y diferente a los demás.

Existen personas con limitaciones cognitivas o sensoriales, pero hay personas de edad muy avanzada que tienen la agilidad mental de una persona muchísimo más joven y por lo tanto la forma de comunicarnos no podría ser la misma, ni presuponer que existen limitaciones simplemente por tener una edad.

Debemos tener presente que nuestra forma de interactuar con las personas, y más en concreto con este grupo poblacional, está salpicada en la mayoría de las ocasiones por prejuicios y estereotipos que pueden hacer que se les dé un trato discriminatorio al tratarles de una forma u otra en función de la edad que tienen y no de sus características individuales: capacidades y limitaciones.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional Estadística. Estadísticas sobre censo y pirámide de población.
- García-Vera, E.M., Robles-Rodríguez, A., Villegas-Bernabé, L., Figueroa García, J., Mota-Cumpean, A.E. La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar? Revista Atención Familiar Vol. 23, Núm.2 .2016.
- Puig Vela, J.M., Adell Aparicio, M.C., Prat Marín, A., J. Oromí Durich. El envejecimiento poblacional como problema sanitario. Revista Medicina Integral Vol. 41. Núm.3. Marzo 2003.
- El celador ante el paciente geriátrico. Coord. Garrido Miranda, J.M. Formación continuada Logoss. 2013.

Capítulo 753

DERECHO A LA INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA AL PACIENTE

ANA PILAR CARRERA GARCIA

HECTOR CRISTOBO MARTINEZ

VANESA MONTES COLLÍA

ANA VEGA CUETO

1 Introducción

Según la Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta ley regula los derechos y obligaciones de los paciente, usuarios, y profesionales. También regula los derechos y las obligaciones de los centros y servicios sanitarios públicos y privados en materia de autonomía del paciente y de la información y documentación clínica.

Toda actividad que tenga que obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica requerirá un consentimiento previo de paciente o usuario.

Los profesionales que intervengan en la actividad asistencial de los pacientes están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, también cumplir

los deberes de información y documentación clínica , al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por los pacientes.

Quien tenga acceso a la información y documentación estará obligada a guardar el silencio debido.

La información sanitaria requiere un consentimiento previo del paciente o usuario escrito según lo previsto en la Ley.

El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibida la información adecuada. Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, aunque hay algunos casos determinados por la Ley. Si el paciente se negase lo tendrá que poner por escrito.

2 Objetivos

Explicar y abordar desde el punto de vista legal el derecho a la información administrativa del paciente así como sus peculiaridades legales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Después de que el paciente tiene toda la información adecuada decidirá libremente y tendrá que dar su consentimiento previo por escrito.

Teniendo en cuenta que todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento y se reflejará por escrito. Tendremos en consideración el respeto de su voluntad así como a su intimidad y dignidad.

Recogida toda la información el paciente tiene derecho a decidir libremente sobre dicho tratamiento, la información que se le da será verbal por lo general, y comprensible para él.

Los pacientes tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico y sobre su salud. Los profesionales que atienden a los pacientes están obligados a la correcta prestación de sus servicios y al cumplimiento del deber de información y documentación clínica, quien deberá guardar la confidencialidad y por lo tanto la máxima discreción.

Los pacientes del Sistema nacional de Salud tienen derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales que están a su alcance, a su calidad y los requisitos para acceder.

Los servicios de Salud tendrán una guía de servicios donde se especifiquen derechos y obligaciones de los usuarios, prestaciones, dotaciones. Habrá información sobre sugerencias y quejas.

Los pacientes de atención primaria como de especializada tienen derecho a información para poder elegir médico y centro. Los centros sanitarios son los profesionales, instalaciones, medios técnicos que prestan servicios para la salud de los pacientes.

El médico responsable será el encargado de coordinar la información y asistencia sanitaria del paciente, en todo momento de ella. Expidiendo certificado médico donde se pondrá de forma escrita el estado de salud del paciente en un momento determinado.

También el paciente tiene derecho a un informe de alta médico donde será emitido por el médico responsable del centro hospitalario donde se encuentre el paciente en el momento en que sea dado de alta, poniendo los motivos por los cuales estuvo ingresado, el diagnóstico y las recomendaciones médicas.

Todo esto estará guardado en su historia clínica que contendrá los informes sobre el paciente y su evolución, incluidos los consentimientos informados donde se expresa la conformidad del paciente que tendrá que ser libre, voluntario y consciente y que la firma en plenas facultades cuando ya tiene toda la información necesaria.

Los usuarios tienen derecho a conocer toda la información disponible aunque haya casos excepcionales que están recogidos por Ley. Todo usuario tiene derecho a que se respete su voluntad de no información para él y para su familia. La información dada será verbal dejando informe en su historia clínica, donde se escribirán sobre la intervención, sus riesgos, las consecuencias. La información clínica forma parte de las asistencias, se comunicará al paciente de forma

comprensible , adecuada, ayudándole a tomar decisiones libremente.

El médico le garantizará el cumplir dichos derechos de la información, quienes también le atiendan del resto de los profesionales le tendrán que informar de ello. Hay que recordar que el titular de la información es el paciente, y quien el quiera por razones familiares o quien él decida. El paciente hay que informarlo hasta cuando tenga incapacidad dentro de su comprensión, debiendo informar a su representante legal.

Si por desgracia el paciente no tiene la capacidad para entender dicha información por razones físicas o psíquicas, se informará a las personas más cercanas a ella. El derecho a la información puede limitarse por existencia de una necesidad urgente grave, así que dicha situación el médico dejará constancia por escrito en su historia clínica y lo comunicará a los acompañantes del paciente más cercanos. Los pacientes tienen derecho a la información epidemiológica, es decir a los problemas sanitarios colectivos cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para la del propio paciente, dicho derecho es que la información se difunda de forma comprensible y adecuada para la protección de la salud según lo establecido por la Ley.

Hay que recordar que el médico responsable del paciente tiene que garantizarle el derecho a la información y será el responsable de informarle.

Es muy importante que todos tenemos derecho a una información sanitaria a un derecho a la información epidemiológica , a derecho a la intimidad.

Pero es también parte importante el respeto a la autonomía del paciente y se recoge en los consentimientos informados que será libre y voluntario después de recibir información detallada y con antelación. Dicho consentimiento puede ser verbal. Pero tendrá que ser por escrito cuando nos veamos en alguna de las siguientes situaciones:

- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
- Los que supongan riesgo de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- Los procedimientos experimentales de algún tratamiento o medicamento.

Hay que tener en cuenta que el paciente en cualquier momento puede revocar el consentimiento por escrito. Cuando el paciente exprese su deseo de no ser informado respetando su voluntad y su renuncia documentalmente a no recibir

información se verá limitada por el interés del propio paciente, por su familiares y por las exigencias terapéuticas.

Las intervenciones clínicas sin consentimiento previo al paciente cuando tengan riesgo para la salud pública , por gravedad física o psíquica del paciente o vital.

El consentimiento por representación legal en los siguientes términos:

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones médicas o su estado físico o mental no se pueda hacer cargo, pero sí su representante legal lo pedirá a los familiares del paciente.
- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectualmente ni mentalmente comprender la intervención quirúrgica , dará consentimiento legal el representante , menores de más de 12 años tienen derecho a ser escuchados.

Los menores emancipados con 16 años cumplidos no necesitan el consentimiento por representación legal en caso de grave riesgo los padres serán informados y la opinión de ellos será tenida en cuenta. Los consentimientos por escrito se especificarán las consecuencias relevantes de la intervención que va a producir. Los riesgos de las personas con una obesidad, las condiciones personales del paciente, los riesgos en condiciones normales , las contraindicaciones.

Se exige tener 18 años para hacer ensayos clínicos, voluntades previas, reproducción asistida, esterilización. Las instrucciones previas son documentos que una persona mayor de edad, libre pone por escrito su voluntad con el objetivo de que se cumpla en el momento que lleguen situaciones difíciles y no sean capaces de decirlo personalmente.

Hablado de los cuidados, del tratamiento y cuando fallezca el destino del cuerpo y de sus órganos .También puede el paciente tener un representante legal que se encargue de dichas situaciones de la toma de decisiones y que se cumpla todo lo que él deje. Deberá siempre ponerse por escrito, se puede revocar en cualquier momento pero también por escrito.

En su historia clínica quedará constancia de las anotaciones con dicha instrucciones previas . Se crea en el Ministerio de Sanidad y Consumo un Registro Nacional de instrucciones previas.

La historia clínica son todos los documentos de los procesos asistenciales de cada paciente identificados los médicos y resto de profesionales que han intervenido tanto en atención primaria como en el hospital. Se archivarán las historias clíni-

cas en papel, audio, visual, informática para asegurar la seguridad , la conservación y recuperación de la información.

Las administraciones tienen mecanismos para garantizar la autenticidad del contenido de la historia clínica, las comunidades autónomas aprueban disposiciones para que los centros adopten medidas oportunas para archivar y proteger las historias clínicas.

La información de dicha historia clínica será actualizada, teniendo todo paciente derecho a que quede constancia por escrito o en soporte técnico la información obtenida en la asistencia médica. Su finalidad dejará constancia de los datos allí dados.

La dirección del centro será el responsable de la custodia de la historia clínica tendrá acceso a dicha historia los profesionales que realizan diagnósticos.

El acceso a la historia clínica con fines judiciales de salud pública, epidemiológicos, de investigación docencia, se regirán por una ley de protección de datos preservando la identificación personal del paciente, separados de los clínicos asistenciales quedando asegurados el anonimato excepto que el paciente haya dado su consentimiento.

También en caso de investigación de la autoridad judicial, con secreto profesional. El personal de gestión y administración solo puede acceder a la historia clínica en relación con sus funciones. El personal sanitario que ejerza funciones de evaluación, inspección, acreditación, planificación podrá acceder a la historia clínica de forma de comprobación asistencial. Quien entre en la historia del paciente tiene que guardar el secreto profesional. Hay comunidades autónomas que regulan el procedimiento para que quede constancia de quién accedió y para que accedió a la historia clínica.

La conservación es obligatoria se puede guardar en otro soporte que no sea el original, dentro como mínimo de 5 años desde la fecha de alta de cada proceso. Su gestión será a través de la unidad de admisión y documentación clínica en el archivo de todas las historias clínicas , se custodiarán bajo la dirección del Centro. El paciente tiene derecho al acceso a la documentación de su historia clínica y a obtener copia de los datos que figuren en ella , los profesionales se pueden oponer al derecho al acceso de reserva de sus anotaciones subjetivas. Se puede acceder a la historia de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él por razones familiares siempre y cuando el fallecido la hubiese prohibido y se acredite . Caso

de acceder por riesgo para la salud pública se darán los datos mínimos, sin dar información sobre la intimidad del fallecido ni anotaciones de los profesionales ni que perjudique a otros.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante a tener en cuenta es el derecho a la intimidad a que se respeten la confidencialidad de los datos personales sobre la salud de los pacientes y que nadie pueda acceder a ellos sin una autorización previa.

Los centros de Salud y los Hospitales tendrán que adoptar unas medidas necesarias para garantizar dichos derechos, elaborando normas y procedimientos para el acceso legal de los datos. El secreto profesional es una obligación de confidencialidad con respecto al paciente. No se podrá violar el contenido por los actos asistenciales. Estamos obligados siempre a guardar secreto aunque haya fallecido el paciente. El consentimiento debe ser libre y con capacidad para darlo. Excepciones hay como el peligro para terceros o para la Salud pública, cuando el profesional denuncia un delito y cuando el profesional tiene que declarar como testigo. Tendremos que dar la menor información posible y a la menor cantidad de personas. El incumplimiento del secreto profesional se recoge como un delito que está penado en el artículo 199.2 del Código Penal.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Artículo 199.2 del Código Penal.

Capítulo 754

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL ENFERMO MENTAL

MARIA DOLORES RODRIGUEZ MUÑIZ

1 Introducción

Entendemos por psiquiatría aquella rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de ciertos trastornos de la personalidad y la conducta. También trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales. Entendemos como anormal lo que se desvía de a normalidad. Se considera como normal lo que coincide con el término medio y como anormal lo que desvía apreciablemente de éste hacia arriba.

Hasta hace poco tiempo, toda la atención sanitaria estaba centrada en la enfermedad; actualmente, el énfasis se sitúa cada vez más en la promoción y prevención de la salud. La definición de la OMS sobre la salud deja claro que el estado mental forma parte de la idea de salud de las personas y de las sociedades.

A continuación veremos el papel del celador en este ámbito y su importancia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y mental y no solamente la ausencia de enfermedades. En los últimos años la asistencia psiquiátrica ha cambiado en muchos aspectos. Se han creado centros de salud mental, hospital de día, pisos protegidos, comunidades terapéuticas, etc. estando en vías de desaparecer el llamado manicomio, donde se intentaba encerrar y alejar al enfermo mental de la población sana. Actualmente los manicomios están dando paso a las unidades de agudos de los hospitales, donde se tratan casos de carácter temporal.

Los recursos asistenciales en salud mental son aquellos dispositivos integrados en el área de Salud, encaminados a la prevención, asistencia y rehabilitación de las personas. La distribución de estos recursos se atiene a determinaciones de tipo epidemiológico, existiendo un reparto proporcional al censo demográfico. La red psiquiátrica en nuestro país esta formada por:

- Centros de Salud Mental.
- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
- Estructuras intermedias.

2 Objetivos

- Establecer las funciones laborales del celador con el enfermo mental y su importancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre el trabajo del celador con el enfermo mental. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El papel del celador en el trato con el enfermo mental tiene una gran importancia, una de las principales funciones del celador es la "comunicación". El celador deberá tener en cuenta las circunstancias por las que atraviesan los pacientes y sus familiares, dirigiéndose siempre hacia ellos con respeto y usando la familiaridad sólo cuando nos den pie a ello.

Debe usar un lenguaje educado, sobretodo cuando el paciente a sus familiares se encuentren nerviosos o alterados. La información de un celador ha de ser la mayor y la más completa posible, excepto aquella relativa a la enfermedad del paciente. El celador está obligado a guardar el Secreto Profesional de todo lo que conozco a causa del ejercicio de su profesión.

En una Unidad de Psiquiatría el celador realiza las siguientes funciones:

- Cuida del entorno ambiente de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen.
- Vigila a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan.
- Control el acceso y la circulación de las personas por la Unidad.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos y mucho menos sobre los pronósticos de la enfermedad.
- Se abstendrán de realizar funciones impropias de su categoría , toda vez que podrán ser denunciados por usurpación de funciones e intrusismo profesional.
- Recoge medicación y otros productos de la Farmacia.
- Acompaña a los pacientes y el resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del Centro sanitario.
- Vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen al exterior en recintos acotados.
- Vigila el orden y la armonía entre los pacientes.
- Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces que se niegan a colaborar.
- Colabora con otros profesionales de la Unidad en la reducción de pacientes agitados, por ejemplo sujetando a los pacientes alterados a los que hay que aplicar sujeción mecánica.
- Vigila la puerta de acceso a la Unidad Control de entradas y salidas.
- Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
- Traslada pacientes a las Unidades y Consultas de Centro que sea preciso.

5 Discusión-Conclusión

A través de este artículo se pretende poner de manifiesto la importancia de la actuación del celador en el trato con el enfermo mental, debemos tener en cuenta la importancia del papel humanizador del celador en este ámbito, ya que se tiene que tener presente que el celador va a tratar en muchos casos a personas que sufren y que por lo tanto su comportamiento delante de ellos o sus familiares ha de ser humano y delicado, ya que el enfermo se encuentra deprimido por los problemas que la enfermedad le acarrea tanto a él como a sus familias.

Por lo tanto el enfermo ha de ser tratado con amabilidad y corrección, prestándole la máxima atención forma que crea que sólo nos interesan sus problemas.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Celador Psiquiátrico. Servicio Andaluz de Salud.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm
- http://www.elgotero.com/funciones_del_celador.htm

Capítulo 755

EL CELADOR EN EL ÁREA DE MATERNIDAD

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS

BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS

SILVIA MEANA GOMEZ

1 Introducción

Las funciones del celador en maternidad serán recibir a las pacientes, cuidar el orden y las instalaciones, ayudar en el aseo y la movilidad, trasladar a las pacientes, trasladar documentos y trasladar material.

2 Objetivos

- Dar a conocer las funciones del celador en maternidad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente.

4 Resultados

Sus funciones son:

1. Recibir a las pacientes:

- Recibir a la paciente, valorando si necesita ayuda en silla, cama, o camilla.
- Indicarle que informe sus datos, en el servicio de admisión.
- Avisar a enfermería de su llegada, entregándole la hoja de admisión.
- Ingresar a las pacientes en área de hospitalización con la historia clínica y avisando a enfermería.

2. Cuidar el orden y las instalaciones.

- Mantener el orden el y buen uso de las instalaciones.
- Revisar y mantener en perfecto estado el material, camas, carros, porta sueros, etc., procurando que estén siempre en su sitio e informando al supervisor/a de cualquier anomalía para su reparación.

3. Ayuda en aseo y movilidad del paciente.

- Colaborar con el personal sanitario en el aseo, cambios posturales, levantar y acostar a las pacientes.

4. Trasladar a las pacientes.

- Traslado de pacientes a las distintas consultas: consulta de ecografías, anestesia...
- Trasladar a las pacientes de alta que lo necesiten en cama o en carrito.
- Trasladar a las pacientes a las salas de parto y/o quirófanos.
- Traslado de niños con su historia a la unidad neonatal o consulta.
- Traslado de madres a la unidad para lactancia o para alguna prueba.
- Llevar a las pacientes que lo precisen a que les realicen el preoperatorio.
- Recoger los preoperatorios para las intervenciones pendientes.

5. Transportar documentos.

- Transportar analíticas al laboratorio.
- Transportar muestras a anatomía patológica.
- Trasladar las historias de alta en control y llevar a archivos.
- Llevar recetas y retirar medicamentos urgentes en farmacia.
- Traslado de pacientes y sus historias para la realización de ecografías y una vez finalizada la prueba ir a recogerlas.
- Llevar el parte de programación de quirófano a la secretaria de archivos.

6. Transportar material.

- Traslado del aparataje que se necesite en el servicio.
- Llevar material necesario para el quirófano.

5 Discusión-Conclusión

El personal celador está presente en todas las áreas clínicas y procesos asistenciales de un centro sanitario.

Hoy en día la importancia del celador/celadora en ámbito hospitalario es cada vez más importante, por ello es importante resaltar que celador necesite una cada vez más exigente preparación para poder realizar su labor con calidad y profesionalidad, lo que refleja el espíritu de superación y mejora que caracteriza este colectivo profesional.

6 Bibliografía

- <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-maternidad>
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm

Capítulo 756

PERCEPCIÓN Y ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA COMUNICACIÓN, LA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CON EL PACIENTE. LA ATENCIÓN AL USUARIO

SARA SÁNCHEZ VELASCO

MARTA SUÁREZ PÉREZ

1 Introducción

El envejecimiento de la población implica una afectación pluripatológica crónica, que conlleva que nos encontremos con pacientes con una comorbilidad en materia de discapacidad y/o de dependencia, disminución de los recursos económicos y un largo etc. Que de manera directamente proporcional impacta con la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Cuando un usuario de estas características acude al hospital, suele presentarse un poco desorientado, preocupado y en ocasiones agitado; reclamando ser escuchado, comprendido y orientado.

Por este motivo dominar una correcta comunicación hará que el usuario se relaje y se muestre más comprensivo y colaborativo.

Por otra parte, el rol del paciente está cambiando, la parte no envejecida de la población, cada vez está más formada, adopta una posición proactiva y reclama su papel como principal involucrado en la responsabilidad compartida de la toma de decisiones. Esto implica que el rol de los profesionales sanitarios deje de tener ese matiz paternalista, requiriendo un nuevo modelo comunicativo que dé respuesta a las necesidades actuales de la población formada y también de la población gerontológica.

2 Objetivos

- Ayudar y asistir de la mejor forma posible, dentro de nuestras funciones como personal, a los pacientes, familiares y/o usuarios del hospital.
- Desarrollar una guía básica de ayuda al profesional, nociones generales en comunicación y habilidades sociales.
- Realizar talleres para dar formación en materia comunicativa a los profesionales sanitarios de los centros hospitalarios.
- Ofrecer un trato adecuado a las personas usuarias.
- Canalizar la preocupación y la agitación para poder obtener toda la información necesaria del usuario y así poder orientarlo correctamente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se toman como referencia para la elaboración de este capítulo, multitud de estudios y artículos de las ciencias de la salud, así como estudios relacionados con la Teoría de la Comunicación del ámbito social.

Una de las líneas de trabajo que existen es la que pretende abordar la comunicación entre profesionales sanitarios y no sanitarios y los pacientes.

El trato con el usuario se guía en torno a cinco ejes:

- Reconocimiento
- Empatía
- Comunicación
- Interacción
- Negociación

Esta es la sustentación del buen trato hacia el paciente y el resto de usuarios, bien sean enfermos o acompañantes.

Se ha tomado también como referencia un estudio publicado dentro de un manual de Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes, el cual se ha desarrollado en tres fases que incluyen:

- Fase 1, análisis inicial en el que se situó el marco conceptual del objeto de estudio. Revisión de la literatura científica nacional e internacional, relacionada con el tema objeto; así como la detección de materiales clave para el presente estudio.
- Fase 2, correspondiente al trabajo de campo y su posterior análisis de los datos obtenidos. En esta fase podemos encontrar los siguientes apartados: concept mapping workshop, entrevistas semiestructuradas, grupo nominal de estudio, recogida de datos y análisis de los mismos.
- Fase 3, consistente en la presentación de los resultados del estudio y la consecuente elaboración de recomendaciones de actuación en materia comunicativa. Aquí podemos distinguir cuatro aspectos: resultados del análisis de datos, conclusiones del estudio, elaboración de recomendaciones y propuestas de mejora y por último, redacción de un informe de resultados con sugerencias para la mejora de la comunicación personal sanitario-paciente.

Estos resultados han sido extraídos de búsquedas exhaustivas en diferentes plataformas y documentación escrita, así como en guías de atención hospitalaria de diferentes instituciones.

La asertividad en la comunicación, así como un correcto manejo de las habilidades sociales por parte del personal sanitario y no sanitario del hospital, mejoran y predisponen al usuario hacia el entendimiento y la comprensión de lo acontecido.

Las acciones dirigidas a potenciar esta comunicación tendrán un impacto directo en la satisfacción y adherencia del paciente al tratamiento, el cumplimiento de las indicaciones médicas y, en general, unos mejores resultados en el modelo sanitario del futuro.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro papel de profesionales del sector, debemos tener muy claros los derechos de los usuarios, comprender lo que el paciente quiere y necesita es clave para asentar las bases de la atención con la persona. Todo ello sin olvidarnos de demostrar cordialidad siempre en el trato, con actitud positiva y permitir al usuario recibir por nuestra parte, una atención total, sin interrupciones o distracciones para conseguir que el mensaje sea eficaz y eficiente.

6 Bibliografía

- Comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. Percepción y estrategias de mejora de la comunicación entre profesionales sanitarios y los pacientes con enfermedades crónicas. Edita: Instituto Universitario de Pacientes en colaboración con Cátedra gestión Sanitaria y Políticas de Salud. Foro Español de Pacientes.
- AE-IC y UM “V Congreso Nacional de Metodología de la Investigación en Comunicación “.
- Paul Watzlawick (1971) Teoría de la Comunicación Humana.
- Mahoney, Michael (2005) Psicoterapia Constructiva: Una guía práctica. Ediciones Paidós Ibérica. España.
- Procesos psicológicos básicos, Licenciatura Pedagogía, Universidad de Oviedo.
- Pedagogía gerontológica, Licenciatura Pedagogía, Universidad de Oviedo.

Capítulo 757

EL CELADOR Y EL PACIENTE DE ALZHEIMER

MARTA SUÁREZ PÉREZ

SARA SÁNCHEZ VELASCO

1 Introducción

El celador deberá atender a enfermos con diversas patologías, tanto físicas como mentales. Una patología frecuente será el alzhéimer que es una demencia degenerativa e irreversible que afecta a las funciones superiores del sistema nervioso deteriorando la memoria, la orientación, la praxis, el lenguaje, las funciones ejecutivas, etc. De los enfermamos que la sufren. Las repercusiones en las relaciones socio-laborales que implica esta patología son considerables.

Esta realidad que sufren los pacientes con alzhéimer, que ven significativamente mermada su autonomía como consecuencia de la enfermedad, requiere un tipo de atención especial por parte del personal sanitario y del personal no sanitario. La necesidad de desarrollar guías y manuales para el trato con estos pacientes es evidente.

2 Objetivos

- Exponer las tareas que corresponden al celador en su colaboración con el personal sanitario que trata a pacientes con alzhéimer así como las recomendaciones en su trato personal.

- Desarrollar correctamente el trato del personal sanitario y no sanitario con el paciente de alzhéimer que deberá ajustarse a unos criterios e indicaciones específicas con la patología en cuestión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se examinan materiales que testimonian diversas experiencias de personal sanitario y personal no sanitario que trabaja con enfermos de alzhéimer. Entre los materiales utilizados se encuentran documentos gratuitos de diferentes bases de datos y centros de formación sanitarios, así como teoría ofrecida en los cursos de formación específica de CreAlzhéimer.

4 Resultados

El celador deberá conocer los procedimientos adecuados, tanto para el trato personal, como para las diversas funciones de colaboración con el personal sanitario. En lo referente al trato personal, el celador tendrá que tener presente que el alzhéimer afecta, en diversos grados, a la capacidad de comunicación del paciente, por lo que deberá dirigirse al mismo de la siguiente forma:

- Cuidando el contexto de la comunicación. Para ello es importante evitar ruidos molestos, que hable una sola persona a la vez, intentar captar su atención, etc.
- Ser el impulsor de la conversación.
- Adecuar el tono, volumen y ritmo de la conversación a las necesidades del paciente.
- Emplear un lenguaje sencillo con frases cortas.
- Desarrollar el lenguaje no verbal en coherencia con el verbal.
- Tratarlos como adultos.
- Respetar sus tiempos para procesar la información dada.
- Evitar hablar sobre ellos en su presencia.
- Ser paciente y tratar de evitar discutir con ellos.

Respecto a las otras funciones que corresponden al celador son especialmente importantes las siguientes:

Colaborar con el aseo diario del paciente. En primer lugar, el celador deberá cerrar ventanas y puertas evitando corrientes de aire. Luego se ocupará de colocar al paciente en la posición adecuada para que el personal sanitario pueda asearle correctamente. Se comenzará por el aseo de la cara, empezando por los ojos, limpiándolos con una gasa desde la parte interna hasta la parte externa del mismo. Se asean las fosas nasales, las comisuras de los labios, se enjuaga la cara con agua templada y se seca cuidadosamente. Se enjabona y se aclara el tórax, con especial cuidado, si es mujer, con las regiones submamarias. Se enjabonan los brazos desde la muñeca hasta las axilas. Se secan bien. Se le coloca de lado y se le lava la espalda, las piernas y los glúteos. Se seca bien. Se le coloca, de nuevo, de cúbito supino, introduciendo en una palangana las manos y los pies enjuagando con jabón y aclarando. Se seca bien. Se enjabona y aclara los genitales. Se seca bien. En todo momento hay que preservar la intimidad del paciente cubriendo las partes que no se están aseando con una sábana. También se le debe estimular su autonomía solicitándole que colabore en todo lo que pueda.

Colaborar con el cambio de cama. Poner la cama en posición horizontal. Retirar la almohada, la colcha e introducirlo todo en una bolsa de ropa sucia. Poner al paciente de lado. Soltar la bajera y la entremetida y llevarlas al centro de la cama. Desplegar la sábana limpia a lo largo de la cama, hasta la mitad. Introducirla debajo del colchón. Colocar, después, la entremetida, desde el centro hasta el otro extremo debajo del colchón. Mover al paciente hacia el otro lado. Retirar las sábanas sucias e introducir las en la bolsa de la ropa sucia. Estirar la sábana y la entremetida y sujetarlas debajo del colchón. Colocar al paciente cómodo. Cambiar la encimera y sujetarla debajo del colchón, cuidando no esté muy tirante para que pueda mover los pies. Colocarle una colcha y la almohada con la funda limpia.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con alzhéimer precisan de un trato determinado que requiere a la vez personal sanitario y colaboradores preparados para ello. El celador debe de conocer y estar familiarizado con las funciones que tiene que realizar en su labor con estos pacientes para el mejor desempeño de su trabajo. Para ello tiene que conocer y comprender cómo tratar personalmente al paciente de alzhéimer, la importancia en la comunicación con él, y cómo colaborar con el personal sani-

tario.

Sólo así puede asegurarse de trabajar de manera paciente y eficiente, buscando la seguridad y el bienestar del enfermo de alzhéimer.

6 Bibliografía

- Atención y cuidado a enfermos de alzhéimer. Editorial ICB Editores.
- Actuación del celador con el enfermo de Alzheimer. Material de Curso APPF.
- Orden de 5 julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, por las que se aprueba el Estatuto de Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE n°174 de 22 Julio de 1971.
- Diario de un cuidador. Pablo A. Barredo. Editorial Plataforma.
- VVAA. (2015) Atención Especializada para Enfermos de Alzhéimer. Área Psicossocial. MAD.

Capítulo 758

EL CELADOR FRENTE A UNA INTERVENCION GINECOLOGICA

JOSE DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

El quirófano es la sala del centro hospitalario donde se realizan las operaciones quirúrgicas. Los centros hospitalarios suelen disponer de varios quirófanos donde cada uno de ellos está diseñado para un específico tipo de cirugía, clasificados así por diferentes áreas quirúrgicas. Dentro del bloque quirúrgico, el celador atiende a pacientes que están a cargo de las diferentes especialidades, exigiendo un conocimiento de la patología diferente en cada una de ellas así como sus cuidados posturales.

El objetivo de una buena posición quirúrgica a la hora de realizar una operación evita muchas complicaciones derivadas de un mal posicionamiento del paciente. La correcta posición hace que la redistribución del peso sea buena, algo crucial para la protección del paciente y la no aparición de úlceras por presión o complicaciones nerviosas.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en cuanto a las posiciones y otros cuidados en la patología quirúrgica ginecológica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente respecto a las funciones del celador en la cirugía ginecológica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- <http://celadoresonline.blogspot.com/>
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>

Capítulo 759

FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MARÍA SONÍA ORTIZ TEJÓN

1 Introducción

Cuando alguien llega a una institución de atención primaria la primera persona con la que contacta es con un celador, éste será el que le informe y le resuelva todas las dudas que tenga.

El objetivo es que el paciente o visitante de esta instalación se lleve una buena impresión, es por ello el celador deberá ser una persona con comprensiva y resolutiva a demás de extrovertido y amable para que ofrezca un buen trato y el paciente se sienta entendido dentro de las instalaciones.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador dentro de los centros ambulatorios de atención primaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador en los centros ambulatorios sanitarios. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado

artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- <http://celadoresonline.blogspot.com>.
- <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/>.
- <https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/>.
- <http://www.cgtsanidadlpa.org/>.

Capítulo 760

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

MARIA ROSARIO CASERO DÍAZ

1 Introducción

La violencia de género es un problema de salud pública, tiene consecuencias que afectan a la salud física y psíquica de la mujer que la padece así como a sus hijos, familiares y personas cercanas, y de forma indirecta sobre el conjunto de la sociedad.

Dentro de la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, está incluido la detección y atención a la violencia de género.

Los servicios sanitarios y sobre todo los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la detección y supone la puerta de entrada de un problema asistencial que abarca desde la detección y la posible recuperación de las víctimas.

Los protocolos suponen un gran apoyo al personal sanitario en su actuación y un beneficio para las mujeres víctimas de maltrato.

Según la definición de la ONU de 1993: Violencia de género, es todo acto de violencia contra una mujer que pueda o tenga como resultado daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada.

La definición recogida en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria nos dice: que es cualquier acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad, ejercida por quienes sean o hayan sido sus cónyuges o quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

2 Objetivos

Abordar el tema de la violencia de género y exponer un protocolo actualizado y aceptado contra la misma.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en buscador científico (PubliMed) utilizando palabras clave como violencia, género, libertad sexual...Y se realiza una búsqueda en bibliografía especializada.

4 Resultados

Los profesionales de los servicios sanitarios deben garantizar:

- La atención sanitaria adecuada a las mujeres víctimas de violencia de género.
- Aportación de las pruebas para que este delito sea perseguido y castigado.
- La atención social integral de las mujeres víctimas de violencia , y esta atención deberá coordinarse con el resto de las administraciones y servicios.

El conocimiento y puesta en práctica de este protocolo, requiere por parte de los profesionales que el recibimiento de la mujer que sufre violencia de género deber de ofrecer una respuesta contundente, evidenciando empatía, comprensión, aceptación , confianza y apoyo, garantizando la intimidad y la privacidad de la atención, se evitará que la mujer esté acompañada por persona allegada durante la entrevista y la exploración, ya que en ocasiones la mujer acude acompañada del agresor o por persona cómplice (de la familia).

Se debe facilitar que la víctima exprese sus sentimientos y emociones , así como se informará de todas las exploraciones que se le van a realizar y de la finalidad de las mismas, las cuales deberán ser consentidas .

El protocolo contempla que debe haber respuesta forense , en los casos que por su gravedad (agresiones sexuales, lesiones graves) lo requieran

Si la mujer víctima de violencia de género solicita orden de protección , deberá recibir asesoramiento jurídico, poniéndose en contacto con el abogado del CAM.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento y puesta en práctica de este protocolo, conlleva un mejor trato de atención hacia las mujeres víctimas de violencia de género y lo que concluye que los profesionales detecten este problema, y pueda ponerse solución.

6 Bibliografía

- <https://www.boe.es/>
- <https://www.interior.gob.es/>
- <https://www.violenciadgenero.Msssi.gob.es>
- <https://www.inmujer.gob.es/>
- CABRERA ESPINOSA, MANUEL (2011) ¿Usted por qué pega? La violencia de género a través del maltratador :Editorial Académica Española
- ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012).Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género Madrid: Gobierno de España
- PEREZ VIEJO, JESÚS M. y MONTALVO HERNÁNDEZ , ANA (2011) Violencia de género . Prevención, detección y atención
- BOSH, ESPERANZA Y FERRER, VICTORIA . A. (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje .En Revista Asparkia
- SAN SEGUNDO MANUEL (2016). A vueltas con la violencia. Una aproximación multidisciplinar
- SUÁREZ RAMOS, AMALIS (COORD), (2015). Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.

Capítulo 761

TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL EN ESPAÑA

ANA VEGA CUETO

ANA PILAR CARRERA GARCIA

1 Introducción

El objetivo principal es que todos los asegurados inscritos en el Sistema Nacional de Salud tengan una tarjeta sanitaria individual única y que sus datos estén actualizados para poder ser identificados a la mayor brevedad posible cuando se precise y puedan ser atendidos en el sistema público de salud, tanto en la atención primaria como en la atención especializada sin ningún problema en cualquier parte de nuestro territorio nacional.

2 Objetivos

- En este capítulo se da a conocer el uso y la importancia de la tarjeta sanitaria individual en nuestro país, España.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para poder solicitar la Tarjeta Sanitaria Individual, los Ciudadanos pueden dirigirse al servicio de admisión de su centro de salud próximo a su domicilio de residencia, siempre que tengan asignado un número de seguridad social.

- Si no tienen N° de Seguridad Social: Deben acudir primero a la Tesorería de Seguridad Social para darse de Alta por primera vez, allí le asignarán su número de Seguridad Social. Una vez dado de alta le entregarán un documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria.
- Si ya tienen número de Seguridad Social: Deberá acudir a su centro de salud.

Los Pacientes/Usuarios, acudirán al Servicio de Admisión de su Centro de Salud, donde se tramitará presencialmente la solicitud de tarjeta sanitaria. Se le entregará un documento provisional sellado, que tendrá una validez determinada, hasta que reciba la tarjeta sanitaria definitiva y gratuita en su domicilio o en el centro de salud según proceda.

También podrán solicitar la tarjeta sanitaria por vía telemática si su comunidad autónoma tiene habilitado dicho servicio, no obstante, solo se podrá utilizar para ciertos trámites como: Extravíos, Deterioros o simplemente comprobar el motivo por la tardanza de la misma.

Los titulares al derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria son:

- Todos los Españoles titulares/beneficiarios y Ciudadanos Extranjeros Residentes legalmente en España.
- Los Extranjeros No residentes en España y Españoles fuera del Territorio Nacional: Tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales lo establezcan.
- Los Extranjeros menores de 18 años, que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
- Las Extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.
- Los Mutualistas de Muface, Mugeju e Isfas, que tengan su aseguramiento sanitario con el Inss.

Recomendaciones de uso de la tarjeta sanitaria:

- Deben llevarla siempre en cima, para acceder a los Servicios Sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Cuando se desplace fuera de su comunidad autónoma, dentro del territorio nacional, debe llevarla siempre encima.
- No deben doblar la tarjeta.
- No deben rayar la tarjeta.
- No deben tener cerca ningún imán.
- No deben tener cerca aparatos electrónicos.

Cuando soliciten una nueva tarjeta, deben entregar la antigua en los servicios de Admisión de los centros de salud. La Entrega de la tarjeta sanitaria será gratuita.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, la tarjeta Sanitaria Individual Única, en realidad no es así, ya que en nuestro país existen 17 Comunidades Autónomas y 2 Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla), y todas ellas con tarjetas sanitarias distintas, según la administración sanitaria autonómica que la expida. Esto conlleva a un gran despilfarro

Lo ideal sería que en todo el territorio nacional se expidiera una única tarjeta sanitaria individual para todos y que todas contuvieran los mismos datos para que todos los asegurados al sistema nacional de salud, indistintamente donde vivieran, estuvieran bien identificados y no tuvieran ningún problema en la atención sanitaria en cualquier parte de nuestro territorio.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, Art.1
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, artículo 57,
- Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
- R.D. 702/2013, de 20 de septiembre, por el que se modifica el R.D. 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual.
- Comosetramita.com/tramites-tarjeta-sanitaria.
- <http://www.cnse.es>

Capítulo 762

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS CON LOS CIUDADANOS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

VANESA MURIAS PÉREZ

1 Introducción

Según la Organización Internacional de Trabajo (OIT), el 25% de la violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario, debido al estrecho contacto con usuarios. Por este motivo, mediante la elaboración de un protocolo y en cumplimiento de la Orden 212/2004, de 4 de Marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, el presente artículo pretende establecer las pautas de actuación que deben llevar a cabo el trabajador, su mando y el resto de instancias implicadas de un centro de atención primaria, ante una situación conflictiva con los ciudadanos (pacientes, familiares y acompañantes de los mismos), en el que medie cualquier tipo de agresión verbal, física o psíquica. La población diana de este protocolo son el trabajador expuesto y todos los usuarios del sistema sanitario. Con esto, se pretende mejorar las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores del ámbito sanitario.

Las profesiones relacionadas con el sector servicios, tal y como indica la OIT (Organización Internacional de Trabajo), son las que presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido al estrecho contacto con usuarios y

clientes. La relación entre profesionales y usuarios del sector sanitario conlleva un importante componente emocional (dolor, muerte, sufrimiento, incertidumbre...) que puede generar situaciones de riesgo al provocar una percepción de falta de información, o de mala calidad asistencial. La demanda de atención urgente agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia.

Una reciente encuesta de la Unión Europea indica que el 4 por 100 de los trabajadores asegura haber sido víctima alguna vez de violencia física real por parte de clientes y usuarios, y muchos otros empleados dicen haber sufrido amenazas e insultos por parte de aquellos.

Según la OIT, el 25% de la violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario. Se calcula que hasta el 50 % de los facultativos ha recibido amenazas, el 4% ha sido agredido físicamente, y un 4% tiene problemas psíquicos relacionados con este tema. Además uno de cada 25 pacientes de Atención Primaria son potencialmente violentos, pudiéndose presentar amenazas en una de cada 500 consultas. Estos datos necesitan ser actualizados dado que existe una gran proporción de incidentes violentos sumergidos que el profesional no denuncia por miedo al agresor, temor a posibles represalias por parte de la empresa o miedo a ser criticado.

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, aprobado mediante la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, en su artículo 17.h) dispone que el personal sanitario ostenta el "derecho a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones".

La Orden 212/2004, de 4 de Marzo, del Consejero De Sanidad y Consumo, establece las directrices y líneas generales para la elaboración de los planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y crea la comisión central de seguimiento.

2 Objetivos

Los objetivos generales de el protocolo de actuación frente a actuaciones conflictivas con los ciudadanos son los siguientes:

-Prevenir potenciales situaciones conflictivas entre profesionales y usuarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como de aquellas acciones que

pongan en riesgo a profesionales, usuarios y bienes de nuestros servicios sanitarios.

- Proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de la violencia o agresión, mediante los medios materiales y humanos disponibles, utilizando las ayudas externas si fuese necesario.
- Dar cobertura al profesional, tanto física como psíquica, y asistencia letrada a los trabajadores afectados, así como la posterior investigación de las Gerencias de las diversas Áreas Sanitarias en coordinación con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Medidas de prevención en materia de conflictos internos y frente a los distintos tipos de acoso Las Gerencias, con la colaboración de los Servicios de Prevención y de los representantes de los empleados públicos, deben promover y ejecutar programas y acciones específicas dirigidas a:

- Declarar su compromiso de erradicar todos los tipos de acoso y de difundir y divulgar el presente protocolo.
- Fomentar conductas de tolerancia cero a cualquier tipo de violencia en todos sus centros de trabajo.
- Establecer instrumentos de identificación precoz de conflictos y procedimientos para la resolución de los mismos, en el marco definido por el presente protocolo. B.O.C.M. Núm. 249 JUEVES 19 DE OCTUBRE DE 2017 Pág. 69 BOCM-20171019-16 BOCM BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID
- Observar las medidas preventivas y recomendaciones recogidas en las correspondientes evaluaciones de riesgos laborales, especialmente en lo que al ámbito psicosocial se refiere.
- Proporcionar información de la existencia del presente protocolo y de la web en la que se puede encontrar.

- Establecer algún sistema (buzón, correo electrónico o teléfono) dónde se puedan realizar consultas y recibir asesoramiento informativo.
- Proporcionar información sobre el procedimiento administrativo en casos de conflictos internos y/o de acoso.
- Informar de la existencia de este protocolo en los manuales o sesiones de acogida.
- Establecer un plan de difusión del presente protocolo y del Código de Buenas Prácticas recogido en el anexo II, a través de cualquier medio o forma de comunicación disponibles, ya que estos instrumentos tienen que contar con el conocimiento, la implicación y el compromiso de todos los miembros de la organización. Los Servicios de Prevención realizarán la evaluación de riesgos de cada centro de trabajo, incluyendo la evaluación de los riesgos psicosociales, y asesorarán a las Gerencias respectivas en la elaboración de la planificación de actuaciones preventivas que resulten necesarias, negociándose posteriormente en los Comités de Seguridad y Salud. En estas actuaciones preventivas se indicarán los plazos, responsables y acciones concretas precisas para minimizar los riesgos detectados. La actuación preventiva ante los conflictos internos y frente al acoso laboral debe respetar los criterios establecidos por la ergonomía y la psicología para un diseño adecuado del trabajo, así como diseñar y aplicar una adecuada política de evaluación y control de los riesgos psicosociales.

Los Servicios de Prevención, en función de la naturaleza y las características del conflicto interno o del supuesto acoso, tras recibir la comunicación del inicio del procedimiento, realizarán las siguientes actuaciones:

- Dar apoyo especializado a los intervinientes en todas las fases del procedimiento y en todos los ámbitos que fuera necesario.
- Evaluar y realizar propuestas a la Dirección de Recursos Humanos o, en su caso, a la Dirección de Gestión del centro, en cualquier momento del procedimiento. Los Servicios de Prevención tendrán como principal cometido la protección de la salud de los trabajadores implicados en el conflicto interno o víctimas de acoso. Para cumplir con este objetivo contarán con el PAIPSE, que es el programa de atención integral a los profesionales del Servicio Madrileño de Salud, en materia de salud mental, por ello, cuando desde las consultas de Medicina del Trabajo se detecte cualquier afectación de la salud mental de los trabajadores implicados en el conflicto o víctimas de acoso, los Servicios de Prevención valorarán si es necesaria la derivación del trabajador o trabajadores a la UVOPSE (Unidad especializada del PAIPSE), actuando los Servicios de Prevención y la UVOPSE de una forma coordinada. Séptimo Plan de formación Para la implantación de este procedimiento se elaborará un plan de formación específica.

Plan de formación Para la implantación de este procedimiento se elaborará un plan de formación específico en abordaje de conflictos, dirigido a todos los potenciales intervinientes en la gestión y manejo de los mismos y, de manera especial, a los miembros de las Comisiones de Conflictos que se constituyan, a los mandos intermedios y responsables de unidades y servicios, a los profesionales que puedan actuar como instructores del procedimiento o mediadores del conflicto y a los Delegados de Prevención. Se procurará, asimismo, la formación continuada de un número suficiente de trabajadores en cada centro de trabajo, que puedan contribuir al desarrollo de un entorno laboral saludable y que puedan intervenir en la solución de conflictos internos. Para ello, esta materia será incluida, con dotación económica suficiente, en la oferta formativa anual de las Gerencias. Las acciones formativas deberán tener por objeto, no solo las medidas y derechos relacionados con el presente protocolo sino también la identificación de los factores que contribuyen a crear un entorno laboral de respeto y exento de acoso, y a que los participantes sean plenamente conscientes de sus responsabilidades en la consecución de este entorno.

Información y asesoramiento en los supuestos de acoso sexual A efectos de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 23.2 de la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, los profesionales podrán solicitar asesoramiento en materia de acoso sexual a la persona nombrada como asesora para estos asuntos en la Dirección General de Función Pública de la Consejería de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno, cuyas funciones específicas son asesoramiento e información ante posibles situaciones de acoso sexual. Así mismo las empleadas públicas podrán acudir al asesoramiento especializado que proporciona la Dirección General de la Mujer. 2017.

Revisión del protocolo La Comisión Central de Salud Laboral procederá a revisar el presente protocolo cuando se produzcan cambios en la normativa que puedan afectarlo y siempre que existan factores de cualquier tipo que aconsejen su modificación, para adaptarlo a la realidad de la organización. Como consecuencia de dicha revisión, la Comisión Central de Salud Laboral, en su caso, efectuará la oportuna propuesta de modificación a la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de el protocolo a seguir en situaciones conflictivas ayudará a una buena resolución de la misma.

6 Bibliografía

- SAINZ PINOS, Coral et al. Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. Med. segur. trab. [online]. 2011, vol.57, n.222 [citado 2020-01-03], pp.5-14.
- Plan de prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de Murcia
- Boletín oficial de la comunidad de Madrid

Capítulo 763

PRIMER CONTACTO CON LA SANIDAD PÚBLICA

MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ

LAURA RODRIGUEZ PIÑERA

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA

1 Introducción

De forma general, toda persona que acude a nuestros centros sanitarios, pasa primeramente por la administración servicio de Admisión, Coordinación, Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicio de Atención al Usuario (SAU), entre otros.

Es primordial este primer contacto. Estos usuarios, pacientes y familiares acuden con unas necesidades y peculiaridades diferentes. Hay nerviosismo, angustia en determinadas ocasiones, dolor en otras, incertidumbre. Si a esto se le añade otras características como el idioma, discapacidad, edad, etc. se hace complicado no estar en un estado de excitabilidad. De nuestra mano está dar la tranquilidad necesaria para que atiendan a todas las indicaciones que proporcionamos, atender a cada persona de forma individualmente en cada circunstancia que cada uno tenga, y por supuesto, ayudar a las demandas personales que se nos demande.

También se debe tener en cuenta las limitaciones horarias que cada usuario dispone para proporcionarle una cita. No todas las personas tienen la misma facilidad que nosotros quisiéramos.

Por último, especificar que para la realización de este trabajo se ha considerado igualmente, independientemente a la metodología científica, la experiencia profesional adquirida en estos años y en los distintos puestos de trabajo han servido de fuente para la realización de este documento. Por otro lado, la realización de los cursos durante todo este tiempo han sido considerados en el desarrollo de este artículo y, finalmente, se ha incluido referencias de otros profesionales del mismo ámbito.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones necesarias para el personal administrativo respecto al primer contacto del usuario con la sanidad pública.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Las recomendaciones son las siguientes:
- Inculcar al personal administrativo de la importancia que tiene el primer contacto y posteriores.

Nos debemos poner en su lugar y tratar a cada persona de manera individual según su demanda y dificultad.

No prejuzgar, ser pacientes y asertivos.

- Cada paciente acude con un estado emocional y expectativas diferentes. Nosotros no curamos ni recetamos, pero tenemos que ayudar a realizar todos los trámites necesarios que estén en nuestras manos y con la mayor amabilidad y paciencia que podamos para así poder generar un ambiente más agradable y personalizado.

- Siempre que podamos, dentro de nuestras posibilidades, se debe intentar favorecer los días y horas de las citas y explicar muy bien las instrucciones que deben seguir los pacientes cuando acudan a realizar alguna prueba.
- Muchas personas viven o están solas en el momento que les llamamos para concertar una cita o incluso acuden sin acompañamiento, siendo muchas de estas personas de edad avanzada. Pensemos un momento en como estaríamos nosotros ante cualquiera de estas situaciones.
- Debemos tener paciencia, repito, y tratar a estas personas como nos gustaría que nos trataran a nosotros. Con esto se consigue también que no haya tantas citas no realizadas por no venir con su preparación correspondiente o que no hayan acudido a ellas.
- Conseguir que los pacientes acudan a la cita prevista y con la preparación indicada, con lo que ello conlleva.
Atender a cada paciente de forma individual, haremos sentirle que nos molestamos por su estado o sus necesidades.
Rebajar la carga de nerviosismo, lentitud por los trámites, etc. que todo esto conlleva.

5 Discusión-Conclusión

No todas las personas estamos ante las mismas situaciones ni actuamos de igual forma ante las mismas. Lo que sí está claro es que la forma de tratar, hablar aunque esta será por teléfono (hay quien dice que la sonrisa se siente a través de él), y actuar por nuestra parte, hace un poco más sencillo y menos dificultoso todo.

Por tanto, el trabajo del personal administrativo es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del Paciente.
- Ley 14/1986, 25 de abril General de Sanidad.
- Ley 16//2003, 28 de mayo de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 764

RIESGOS BIOLÓGICOS

VANESA MURIAS PÉREZ

1 Introducción

Se define el Riesgo Biológico como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral.

Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas. Constituye uno de los principales riesgos laborales a que están expuestos los trabajadores de Centros Sanitarios, afectando a todas las categorías. Están especialmente expuestos a la transmisión por vía sanguínea por los profesionales de enfermería, médicos y el personal de limpieza y lavandería.

2 Objetivos

- Abordar el tema de los riesgos biológicos exponiendo las principales clasificaciones y apuntes de interés sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se define el Riesgo Biológico como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral.

Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas. Constituye uno de los principales riesgos laborales a que están expuestos los trabajadores de Centros Sanitarios, afectando a todas las categorías. Están especialmente expuestos a la transmisión por vía sanguínea por los profesionales de enfermería, médicos y el personal de limpieza y lavandería.

Desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales los agentes biológicos pueden clasificar por especies y por su peligrosidad.

Clasificación según especie

- Bacterias. Las bacterias son organismos unicelulares simples. Son visibles al microscopio óptico y capaces de vivir en un medio adecuado (agua, tierra, otros organismos) sin necesidad de valerse de otros organismos. Además se multiplican por división simple (cocos y bacilos). Las vías de entrada principales son las heridas y la ingestión de alimentos infectados. Algunas enfermedades causadas por bacterias son: la tuberculosis, tétanos, salmonelosis, disentería, brucelosis, fiebre de malta, infecciones de estafilococos (granos, abscesos, forúnculos) y estreptococos (escarlatina, faringitis, gastroenteritis), etc.
- Virus. Son agentes parásitos patógenos no celulares, mucho más pequeños que las bacterias, que sólo son vistos con microscopio electrónico. Deben asociarse a una célula para poder manifestarse y no son capaces de crecer o multiplicarse fuera de ella. Las siguientes enfermedades son producidas por virus: hepatitis vírica, rabia, poliomiелitis, meningitis, linfocitarias, herpes, SIDA, etc.
- Hongos. Son formas complejas de vida que presentan una estructura vegetal. Su hábitat natural es el suelo, pero algunos son parásitos tanto de animales como de vegetales, ya que no pueden sintetizar proteínas por sí solos. Producen principalmente enfermedades micóticas (pie de atleta), asma, etc. Se manifiestan principalmente a través de la piel.
- Parásitos. Son organismos animales que desarrollan algunas fases de su ciclo de vida en el interior del organismo humano, del que se aprovechan sin beneficiarle (protozoos, artrópodos, etc.) Algunas enfermedades producidas por parásitos son: la malaria, la bilharziasis o esquistosomiasis, etc.

Clasificación según su peligrosidad

Para clasificar a los agentes biológicos según su peligrosidad en el artículo 3 del RD 664/1997, se tienen en cuenta los siguientes criterios:

- Grado de infectividad.
- Facilidad de propagación de la enfermedad.
- Existencia o no de posible vacuna o tratamiento.

En función de ello existen cuatro grupos de organismos que responden a cuatro niveles distintos de peligrosidad. Considerando ésta de menor a mayor serían:

- Grupo 1. Agente biológico que resulta poco probable que cause enfermedad en el hombre.
- Grupo 2. Agente patógeno que puede causar una enfermedad en el hombre y que puede suponer un peligro para los trabajadores; es poco probable que se propague a la colectividad; existen generalmente profilaxis o tratamientos eficaces. Por ejemplo: virus de la gripe.
- Grupo 3. Agente patógeno que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores; existe el riesgo de que se propague a la colectividad, pero existen generalmente profilaxis o tratamientos eficaces. Por ejemplo: mycobacterium tuberculosis o el virus de la hepatitis B.
- Grupo 4. Agente patógeno que causa enfermedad grave en el hombre y supone un grave peligro para los trabajadores; existen muchas probabilidades de que se propague a la colectividad; no existen generalmente profilaxis o tratamientos eficaces. Por ejemplo: el virus de Ébola.

Las medidas de prevención y control deben adecuarse en cada caso al tipo de germen, a la fuente de infección y al modo de transmisión de la enfermedad de que se trate. No obstante, se pueden formular algunas recomendaciones generales para todos los trabajos con riesgo de transmisión de enfermedades.

- Evitar la proliferación de gérmenes.
- Control veterinario de los animales.
- Control sanitario de pieles, lanas, pelos, etc.
- Desinsectación y desratización.
- Desinfección y esterilización de productos contaminados.
- Diseño de locales de trabajo evitando lugares susceptibles de acumulación de suciedad.
- Limpieza y desinfección de locales de trabajo, lavabos, duchas y servicios higiénicos.

Evitar la exposición´

- Reducción del número de trabajadores expuestos.

- Técnicas y métodos de trabajo que impidan el contacto directo con material contaminado.
- Utilización de material desechable.
- Ventilación forzada o aspiración para eliminar polvo.
- Planes y pautas de actuación ante emergencias.
- Transporte y almacenamiento en condiciones de seguridad.
- Señalización adecuada y restricción de acceso.

Protección individual

- Formación e información de los trabajadores.
- Limpieza y desinfección de ropas y utensilios.
- Higiene personal.
- Uso de jabones antisépticos, especialmente en heridas.
- Protección personal: ropa, guantes, mascarillas.
- Vacunación cuando sea efectiva y aplicable.

5 Discusión-Conclusión

El RD 664/1997 de 12 de mayo sobre “Protección a los trabajadores contra de agentes biológicos a:

- Los microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados. Como microorganismo se entiende virus y organismos unicelulares como, bacterias, protozoos, algas y hongos.
- Los organismos pluricelulares animales y vegetales como artrópodos, insectos, helmintos, arácnidos, etc., y plantas como los cereales. Algunos de ellos son endoparásitos humanos.
- Los cultivos celulares.

Los contaminantes biológicos que no son organismos vivos se denominan:

- Derivados animales: Excrementos, restos cutáneos (pelos, plumas), sustancias antigénicas (enzimas, proteínas) y larvas de pequeños invertebrados.
- Derivados vegetales: Polen, polvo de madera y de otras formas vegetales, esporas fungicos, micotoxinas y sustancias antigénicas como los antibióticos

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>

- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 765

OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES EN EL SISTEMA SANITARIO

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA

LAURA RODRIGUEZ PIÑERA

MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos que trabajamos en los distintos centros sanitarios del Principado de Asturias estamos acostumbrados a que los pacientes/usuarios esgriman sus derechos de manera habitual y, a veces, de forma no muy adecuada, bien por desconocimiento o bien de manera deliberada.

El personal no sanitario es la cara visible de las distintas instituciones sanitarias, los primeros profesionales que los pacientes y sus familias ven. Por ello muchos consideran que somos el obstáculo que hace que no puedan tener su cita con el médico cuando ellos quieren.

Por ello, nos encontramos que a la hora de exigirles o informarles de sus obligaciones, lo que deben o lo que pueden o no hacer, un gran número de ellos se sorprendan o admitan no saber esas normas. También es frecuente que las “olviden” voluntariamente, ya que consideran que actuar de manera agresiva hará que se atiendan sus solicitudes primero.

Cosas tan básicas como solicitarles la Tarjeta Sanitaria para verificar que es el paciente o cotejar que la dirección o los teléfonos estén bien para poder citarles, tanto por carta como telefónicamente, son mal recibidas por los pacientes.

2 Objetivos

Con este artículo se pretende dar a conocer un problema que sufren los administrativos y el propio sistema sanitario, por culpa del incumplimiento de las normas por parte de los pacientes/usuarios.

La “Carta de derechos y deberes de los usuarios en la sanidad del Principado de Asturias” es el marco legal que recoge los deberes que todo paciente tiene en relación con la atención sanitaria y que es importante que conozca.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los deberes del paciente son:

- Cumplir las prescripciones sanitarias determinadas por los servicios sanitarios (Ley 1/92, Art.50.1)
- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de las instituciones sanitarias (Ley 1/92 Art.50.2)
- Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos, servicios y prestaciones ofrecidos por el sistema sanitario (Ley 1/92 Art. 50.3)
- Facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención. (Ley 41/2002, Art 2.5)
- Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro sanitario y al personal que en él preste sus servicios, así como a otros enfermos y sus familiares.
- Identificarse con la tarjeta sanitaria y DNI cuando se acude a una cita médica.
- Comunicar cualquier cambio de dirección o teléfono.
- Acudir a las citas con todos los informes y estudios previos, especialmente si se procede de otra provincia o los realizó en centros privados.

- En caso de estar bajo tratamiento médico recordar la importancia de aportar información sobre la medicación que esté tomando actualmente.
- Avisar si no se va a asistir a una cita.
- Acompañar a personas mayores que no se pueden valer por sí mismos.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad es que la relación de los pacientes tanto con los profesionales como con las instituciones sanitarias resulte eficaz y más humano.

Si el paciente conociera mejor sus obligaciones ayudaría a que el sistema sanitario fuera más eficiente y eficaz, ayudaría a la labor del administrativo y al propio usuario o paciente.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, 25 abril General de Sanidad
- Ley 1/1992, 2 julio Servicio de Salud del Principado de Asturias
- Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del Paciente
- Ley 16/2003, 28 mayo Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 7/2019, 21 mayo de Salud.

Capítulo 766

MEDIACIÓN INTERCULTURAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.

MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA

1 Introducción

Las migraciones han sido fenómenos frecuentes en la historia de la humanidad. Cada migración suele poseer características específicas dependiendo del contexto socioeconómico en el cual se produce y es por tanto, necesario desterrar el falso mito de que el paciente inmigrante importa enfermedades.

Existe una nueva especialidad médica denominada “Medicina Transcultural (MTC)” consiste en adquirir, fomentar y reforzar habilidades especiales que se basen en el conocimiento y aceptación de los factores diferenciales del país de origen del emigrante con respecto a la cultura del país donde reside y modos de enfermar.

2 Objetivos

- Describir la función del trabajador social como sujeto mediador entre los problemas de los pacientes inmigrantes y los recursos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- A través de revisiones bibliográficas se llega a la conclusión de que la utilización de la mediación en el ámbito sanitario vendría dada por las habilidades sociales que tienen los profesionales del trabajo social, tales como la capacidad de diálogo y mediación. El trabajo social, es una profesión que utiliza la escucha, el diálogo y la mediación.

- El modelo de resolución de problemas en trabajo social .es relacionada por otros autores con la mediación, como sugieren que la resolución de problemas, en sí misma, es un procedimiento a través del cual el trabajador social y el cliente deciden cuál es el problema al que quieren dirigirse, qué resultado quieren conseguir, cómo conceptualizarlo y qué procedimientos y acciones específicos serán necesarios para conseguir los objetivos. Este enfoque apoya el derecho del cliente a su definición personal del problema y requiere negociación si el trabajador y el cliente no han llegado a un acuerdo sobre lo que llevarán a cabo juntos. Este elemento del sistema de resolución de problemas difiere del procedimiento de la mediación porque los participantes en la mediación seleccionan y estructuran los problemas o cuestiones a ser tratados y el mediador articula la resolución.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta situación social, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, se hace necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo multicultural. Por tanto, la función del trabajador social es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del individuo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Six, J. F. (1997). "Dinámica de la mediación". Ed. Paidós Mediación 5. Buenos Aires.

- Soares, M. ((1996), “Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas”. Ed. Paidós Mediación 4. Buenos Aires. 2006. Mediación en situaciones de dependencia: Conceptos claves y marco jurídico relevante. Acciones e Investigaciones Sociales. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- 2006 Poder de la mediación en la diversidad funcional. Adaptar la igualdad, normalizar la diversidad. Madrid: B.O.C.M.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 767

EL CELADOR Y EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO: REFLEJO DEL HOMBRE COMO CONSUMIDOR DE LOS RECURSOS SANITARIOS

CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ

BIBIANA NUÑO PEREZ

SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ

TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La salud es un pilar básico de una sociedad desarrollada dando opciones a la ciudadanía para una mayor participación y responsabilidad en los factores que influyen sobre su propio bienestar físico y mental.

La protección de la Salud es un derecho y por ello compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y el acceso a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades de la población, en el marco de un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos, y una amplia participación ciudadana.

La idea es conseguir una mejoría de la salud comunitaria en todos los colectivos implicados: infancia, juventud y madurez, a través de programas de Educación para la Salud Pública.

El sistema sanitario en España, al igual que en los países desarrollados, las personas mayores de 65 años representan un 15,4% de la población, proporción que seguirá aumentando y se prevé que en el año 2050 el porcentaje de personas mayores alcance el 19%, lo que supone que la población está envejeciendo, dando lugar a una mayor carga de atención por parte del Sistema de Salud.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) cuenta con 2.913 Centros de Salud y 10.178 consultorios locales del mismo modo, cuenta con 301 hospitales públicos más 8 hospitales del Ministerio de Defensa. Existen otros 22 establecimientos hospitalarios patrimonio de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y otros 469 en el ámbito de la sanidad privada. Del personal que presta servicios en el SNS, un 20% trabajan en Atención Primaria y un 80% en Atención Especializada.

En el SNS se atienden más de 300 millones de consultas médicas al año en Atención Primaria. En cuanto a la Atención Especializada (AE) anualmente se producen en España más 5,1 millones de altas hospitalarias de las que el 77,6 % están financiadas por el SNS.

Las características principales del sistema sanitario español son:

- Universalización de la atención: todos los habitantes tienen acceso al sistema sanitario del Estado.
- Accesibilidad: para poder garantizar a toda la población un fácil acceso a los servicios sanitarios se ha llevado a cabo la regionalización sanitaria, basada en situar diferentes servicios sanitarios en todos los puntos del territorio; de modo que quede lo más cerca posible del lugar donde reside el ciudadano.
- Descentralización: implicando al gobierno autonómico en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto en sanidad y en el modo de utilización de los servicios.
- Atención primaria. El 90% de las atenciones sanitarias del Estado se realizan a través de este servicio.
- Atención especializada. El 10 % restante de las atenciones sanitarias se realizan en consultas de especialistas y hospitalarias.

2 Objetivos

- Determinar las funciones del personal del servicio de atención al usuario (SAU).
- Establecer los objetivos y funcionamiento del sistema sanitario español, así como los derechos de los usuarios de la sanidad según la normativa vigente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El Servicio de atención al Usuario (SAU) tiene como finalidad, la orientación al ciudadano de manera personalizada gestionando las necesidades y expectativas de los usuarios con respeto, empatía y objetividad, propiciando las relaciones positivas y sirviendo de cauce de comunicación.

Los profesionales de los servicios de atención al usuario han de transmitir a sus clientes la seguridad de que han comprendido su problema ofreciendo una información fiable y garantizando una total confidencialidad en la utilización de los datos a los que tienen acceso como consecuencia de su actividad. La capacidad de estos profesionales, requiere de habilidades de comunicación y gestión de las emociones que permitan mantener una postura de empatía, neutralidad y sensatez basadas en la comprensión y en relaciones de entendimiento.

Los objetivos del sistema sanitario español son:

- La efectividad. Capacidad de alcanzar unos adecuados niveles de salud y una buena calidad de vida
- La equidad. Conseguir los mismos cuidados de salud sin hacer diferencias entre sexo, edad, condición social, etc.
- La satisfacción de la población.
- La eficiencia o manera conseguir los objetivos con un coste que la sociedad pueda financiar y sin que exista despilfarro de recursos.

El derecho a la Sanidad Pública está recogido en la Constitución Española (artículo 43), siendo la Ley General de Sanidad y la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica las normativas que regulan los principales derechos de los usuarios de la Sanidad Pública en España. La Unión Europea se une al resto de Administraciones Públicas para velar por los derechos e intereses de

los consumidores y usuarios.

El Reglamento (CE) nº 1907/2006 introduce la obligación de efectuar un registro de todas las sustancias químicas que se comercializan dentro del territorio de la Unión Europea. A partir de su entrada en vigor, no se podrá comercializar ninguna sustancia que no se encuentre registrada, atribuyendo a la industria la responsabilidad de gestionar los riesgos asociados a las sustancias químicas, con lo cual los fabricantes e importadores solo podrán utilizar sustancias que no afecten negativamente a la salud humana o al medio ambiente.

El fin es proteger a trabajadores, consumidores y medio ambiente mediante el etiquetado como herramienta armonizada de comunicación de peligros. Antes de proceder a la comercialización de sus productos químicos, las empresas deben determinar los riesgos potenciales para la salud humana y el medio ambiente de dichas sustancias y clasificarlas en función de los peligros que puedan ocasionar.

5 Discusión-Conclusión

Estas son las situaciones donde se producen más trabas en el sistema sanitario español es en los ámbitos de tiempo de espera:

- A la atención primaria el mismo día que se solicita.
- Al acceso directo al especialista
- A las operaciones quirúrgicas programadas.
- A las tomografías computarizadas.

Dichas dificultades (trabas) se deben a una mala gestión; por una serie de recortes sucesivos en diferentes ámbitos del sistema sanitario a lo largo de la crisis económica, entre 2010 y 2014. España ocupa la 19ª posición en la lista compuesta por 35 países sobre calidad del sistema sanitario europeo, donde se valoran 7 categorías: información y derechos de los pacientes, accesibilidad, resultados, cobertura de la cartera de servicios, prevención y acceso a las medicinas.

El país cualificado con mejor sanidad es Holanda, seguida de Suiza, Noruega y Finlandia. No obstante, España presenta una esperanza de vida al nacer de 80,5 años, claramente superior a la media de 74,3 años de la UE. Cabe destacar como objetivos:

- Menores tiempos de espera en todos los ámbitos.
- Lograr que los ciudadanos estén mejor informados sobre los recursos existentes y su funcionamiento.

- Mantener a los profesionales motivados es, por ende, una cuestión igualmente relevante.

6 Bibliografía

- Estado de salud y utilización de recursos sanitarios- scielo.isciii.es
- www.mscbs.gob.es
- <https://www.uv.es>
- <https://www.gestion-sanitaria.com>
- <https://wayalia.es>
- Sistema sanitario español y sector sanitario en España.

Capítulo 768

ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO FRENTE AL PACIENTE EN AISLAMIENTO. TIPOS DE AISLAMIENTO Y ELEMENTOS BARRERA EN CADA UNO DE ELLOS.

LUIS FERMIN CUEVA TORRE

MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ

DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA

1 Introducción

Las infecciones intrahospitalarias asociadas con la atención sanitaria son un problema de salud pública, aumentan la morbilidad entre un 5% y un 10%, incrementan la mortalidad y elevan el costo de la sanidad pública.

Un buen protocolo de aislamiento y actuación frente a pacientes potencialmente infecciosos y un exhaustivo uso de las prendas barrera, tanto por parte del personal sanitario y no sanitario tanto de familiares, es primordial para cortar el transporte de infecciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Detectar y diagnosticar precozmente las enfermedades infecciosas.

Objetivos secundarios:

- Aislar a los pacientes con enfermedades infecciosas y evitar la propagación de infecciones dentro de la unidad de hospitalización, por parte de todo el personal que le asista, utilizando un protocolo de aislamiento acorde al paciente.
- Formar a todo el personal en la utilización de prendas barrera acordes a cada tipo de aislamiento, así como adquirir un buen conocimiento de gestión y deshecho de dichas prendas.
- Informar a los familiares del tipo de aislamiento y las prendas barrera que deben utilizar en las visitas, y cómo gestionar los residuos que se produzcan dentro del aislamiento.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica en varios motores de búsqueda académicos (Base, Google académico, Redalyc, etc) y en bases de datos sanitarias (Elsevier, Epubmed, etc), con las palabras clave “aislamiento”, “enfermedad infecciosa”, “infección nosocomial”, “protocolo de aislamiento”, recogiendo información de artículos españoles de los últimos 10 años desechando aquellos más antiguos de dicha fecha.

4 Resultados

La cadena epidemiológica, es la secuencia de elementos que intervienen en la transmisión de una enfermedad infecciosa. La ruptura de uno de los eslabones de dicha cadena es primordial para evitar el contagio. Dicha cadena se compone de los siguientes eslabones:

- Agente causal: son los organismos que entran y se multiplican en de un huésped.
- Puerta de salida: Respiratoria, intestinal, urinaria, piel, mucosas.
- Vía de transmisión: Directa (persona a persona), indirecta (vehículos de infección, fómites, insectos, etc.)
- Puerta de entrada: Respiratoria, digestiva, piel, mucosas, etc.
- Huésped susceptible: Paciente en el que se reproducen los agentes causales.

Como miembros del Sistema Nacional de Salud, deberíamos de conocer exhaustivamente los tipos de aislamiento y los elementos barrera utilizados en cada uno de ellos. A continuación vamos a poner una relación de los tipos de aislamiento,

las enfermedades más comunes en cada uno de ellos y las acciones y prendas a tener en cuenta al entrar en contacto con el paciente en cada tipo de aislamiento.

Aislamiento Parenteral.

Transmisión por líquidos orgánicos (sangre, esperma, sudor,...) Lavado de manos, bata y guantes. Extremar la precaución con jeringuillas y utensilios cortantes. Enfermedades más comunes para este aislamiento es el SIDA, hepatitis, sífilis, paludismo,....

Aislamiento de contacto. Transmisión por contacto directo entre personas o indirecto por materiales contaminados. Todo el material debe de estar dentro de la habitación, lavado de manos antes y después del contacto con el paciente, guantes y bata. Heridas abiertas, infecciones de la piel, gangrena.

Aislamiento entérico. Transmisión por contacto directo o indirecto con las heces o líquidos digestivos. Necesidad de habitación individual, lavado de manos con jabón antiséptico al salir de la habitación, bata y guantes. Gastroenteritis bacteriana o vírica, fiebre tifoidea, cólera, etc...

Aislamiento respiratorio. A través del aire por gotitas de Flügge, o partículas de polvo que contienen el agente infeccioso, en una distancia igual o superior a 1 metro. Habitación individual con presión negativa (compartida cuando los pacientes tengan la misma infección), lavado de manos antes y después del contacto con el paciente, mascarilla de alta resolución y bata. Infecciones respiratorias, tuberculosis pulmonar, sarampión, meningitis meningocócica, etc

Aislamiento estricto. Transmisión por contacto o a través del aire, infecciones muy contagiosas. Habitación individual, presión negativa dentro de la habitación, mascarillas antes de entrar, guantes, bata gorro, calzas. Excepto la mascarilla que se coloca antes de entrar y se quita después de salir, el resto de prendas se colocan y se quitan dentro de la habitación. Fiebres hemorrágicas, viruela, difteria, etc.

Aislamiento protector o inverso.

Se protege al paciente inmunodeprimido de patógenos externos. Habitación individual, lavado de manos antiséptico, calzas, gorro, mascarilla, guantes, bata. Grandes quemados, trasplantados, quimioterapia, etc.

Es muy importante una limpieza exhaustiva de la habitación al alta del paciente, así como una desinfección de los utensilios inventariables utilizados en cada uno de los aislamientos.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento exhaustivo de los tipos de aislamiento, y de las enfermedades que tenga cada paciente, así como la correcta utilización de las prendas barrera, el protocolo de colocación y deshecho de dichas prendas, harán que la proliferación de las enfermedades contagiosas decaigan.

Es muy importante una detección precoz de dichas enfermedades para poner en práctica el protocolo adecuado lo antes posible al fin de evitar el mínimo contagio desde el primer momento, no obstante, la utilización de guantes y el lavado de manos con jabón antiséptico después de el contacto con cada paciente, puede llegar a romper la cadena epidemiológica de pacientes aún no diagnosticados con alguna enfermedad infecciosa.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/>
- <https://www.who.int/>
- www.medigraphic.com
- www.uma.es

Capítulo 769

LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA

ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

1 Introducción

La comunicación es el intercambio de información entre dos o más personas. Es un instrumento muy importante que utilizamos para relacionarnos entre nosotros. En nuestro trabajo en la sanidad la comunicación con los pacientes no sólo se da con palabras sino que todo aquello que expresamos de forma no verbal adquiere un gran significado, ya que sin darnos cuenta a veces no es tan importante lo que decimos a un paciente , sino cómo se lo decimos(Toledo L ,2018).

A través de esta comunicación no verbal expresamos, muchas veces sin ser conscientes de ello, nuestros más sinceros pensamientos y sentimientos. En otras ocasiones son los propios pacientes a través de este tipo de comunicación no verbal los que nos están dando información del estado en el que se encuentran (Aguado A, Nevares L, 1985).

La relación de todo profesional sanitario con el paciente tiene en la comunicación no verbal su mayor canal de comunicación ya que los expertos confirman que

más del 60% de nuestra comunicación es no verbal. La comunicación no verbal emplea expresiones faciales, gestos, tonos de voz, actitudes, comportamientos y ropa, permitiendo al paciente no solo comprender el significado de las palabras, sino también comprender los sentimientos del personal sanitario que le está atendiendo (Concepto.de , 2017)

2 Objetivos

- Identificar el significado de la comunicación no verbal y los tipos.
- Describir algunos elementos importantes de la misma.
- Establecer las recomendaciones para mejorar la comunicación no verbal con el paciente.

3 Metodología

Este capítulo se ha efectuado en base a un estudio bibliográfico en buscadores como: Google, y en bases de datos (Scielo, Pubmed, Dialnet....etc.).

Por otro lado se han usado como criterios de inclusión publicaciones y documentos en español y estudios avalados científicamente. Los resultados en la búsqueda han sido muy amplios por lo que se han descartado los textos que eran de poco interés.

Como palabras claves en la búsqueda de información se han empleado entre otras: comunicación verbal y no verbal, empatía, personal sanitario.

4 Resultados

Una de nuestras mejores herramientas como personal sanitario es la comunicación interpersonal con el paciente (Davis, 1988) Ante la diversidad de las señales no verbales, es necesario que los profesionales de la salud estemos atentos a ellas ya que en gran medida son las que aportan mucha información extra que puede ser de gran utilidad a la hora de establecer cuidados con el paciente. Debemos asegurarnos que nuestras palabras, que afirman un deseo de ayudar al paciente, coinciden con nuestro lenguaje corporal. La mirada y el contacto físico son elementos de gran importancia en comunicación no verbal, ya que proporciona mucha información. Cumple una serie de funciones, de entre ellas destacamos la de proporcionar feedback (De Harcada H, 2003) a la enfermera sobre

cómo está llegando la información. Mantener el contacto visual con el paciente transmite interés hacia él.

La comunicación no verbal es clasificada como kinésica, se refiere a los movimientos, también conocida como el lenguaje corporal; proxémica, relacionada a las distancias interpersonales; tacésica, que evalúa el toque como medio de sentimiento y expresión de afecto; y paralenguaje o paraverbal, estudia la voz, con énfasis en las palabras y en el silencio (Cano S, 2015). Muchas veces una breve sonrisa durante los cuidados que proporcionamos como profesionales sanitarios pueden servir de alivio al propio paciente ya que se siente como un ser atendido y único.

Algunas de las barreras de comunicación no verbales muy comunes y que deben evitarse son los suspiros, los brazos firmemente cruzados, los movimientos apresurados y bruscos cuando estamos realizando cuidados al paciente, y preguntar al paciente si necesita algún cuidado adicional cuando ya estamos saliendo de la habitación. Este tipo de señales no verbales de comunicación transmiten que nos falta el tiempo o el deseo de proporcionar una atención de calidad al paciente. Por eso, a la hora de transmitir correctamente un mensaje, debemos acompañar las palabras con una comunicación no verbal que se corresponda con la situación (Divulgación dinámica, 2013) Ese lenguaje corporal se manifiesta en varios aspectos y debemos de tener en cuenta cómo controlar ese lenguaje y cómo interpretar el de nuestro interlocutor.

Según los expertos en comunicación no verbal aproximadamente el 80% tiene por objeto el estudio de la mirada ya que mediante ésta recibimos información del resto de canales no verbales así como también emitimos respuestas no verbales. La mirada es uno de los elementos clave en el lenguaje corporal. Por regla general, cuando una persona está escuchando atentamente, mira a los ojos de la otra persona de forma continua. Distinto es el caso del que habla, hablar fijando la vista insistentemente en el que nos escucha puede resultar agresivo o intimidatorio, por eso debemos alternar el fijar la mirada sobre nuestro oyente y sobre otros elementos del entorno.

- Los gestos de la cara también son importantes ya que pueden denotar el estado de ánimo de la persona. Un gesto cordial, incluso la sonrisa, predispone a la relajación de la situación y a que la comunicación sea más fluida. Todo lo contrario que un gesto serio que puede producir tensión o desconfianza. De la misma manera un paciente que no es capaz de transmitir de forma verbal como se siente será en ocasiones por medio de sus gestos cuando nosotros recibamos mucha información.

El lenguaje de las manos también es interpretable, una mano relajada enfatiza el lenguaje verbal mientras que los movimientos de las manos pueden ser síntoma de nerviosismo. De la misma manera una postura corporal relajada indica un estado de ánimo tranquilo mientras que si forzamos el cuerpo o nos inclinamos hacia el interlocutor manifestaremos una actitud agresiva o negativa.

El tono de voz también es importante, con la voz se puede persuadir, tranquilizar, ofrecer confianza, ... pero también ofender, preocupar, crear mal clima, etc. Debemos evitar expresarnos con agresividad, desinterés o cansancio. El tono viene dado por la modulación, más aguda o más grave, por la velocidad, la entonación, el ritmo o las pausas.

Al final el cuerpo se expresa y emite señales sobre cómo decimos las cosas y no tanto sobre lo que decimos. Por eso el mensaje oral debe de ir acompañado de un mensaje corporal acorde con lo que queremos transmitir, si ambos son contradictorios no conseguiremos hacer que la persona que tenemos enfrente nos entienda o nos crea.

- Existe una serie de medidas sencillas para mejorar la comunicación no verbal con el enfermo :

Procurar establecer contacto ocular y táctil con él, para mantener su atención se puede recurrir al contacto físico suave (cogerle la mano, acariciarle).

Evitar tanto la distancia excesiva como acercarse demasiado.

Atender cualquier demanda con interés por nuestra parte.

Ofrecer gestos claros que no contradigan nuestras palabras.

Simplificar los mensajes y no tener prisa.

Utilizar un tono suave.

Observar siempre en los gestos y actitudes del enfermo. Esto suele transmitir más información que las propias palabras.

5 Discusión-Conclusión

A través de este capítulo es posible concluir que los trabajadores sanitarios identifican la importancia y la influencia de la comunicación no verbal durante la prestación de los cuidados de enfermería, porque con ella se transmite y también se establecen relaciones (Castelao M, 2013). Cuando nos comunicamos no se trata solo de hablar y escuchar las palabras de las otras personas, se trata de escuchar más allá de las palabras.

Nos gusta sentirnos escuchados, entendidos y valorados por el resto, por ello, algo tan sencillo como una mirada de complicidad y entendimiento, puede reforzar tu posición frente a quien tengas delante en nuestro caso los pacientes (López R,2011). En muchas ocasiones, no tenemos en cuenta todo lo que somos capaces de expresar sin articular palabra, bien sea a través de gestos, determinadas distancias, posturas, posiciones, expresiones faciales o contacto visual y corporal.

Se trata de un lenguaje que utilizamos de forma espontánea y carga de significado aquello que estamos contando o transmitiendo.

En muchas ocasiones un gesto adecuado y en el momento propicio puede reconfortar a un paciente tanto como los cuidados que le podemos proporcionar al mismo. Nosotros como personal sanitario debemos aprender a interpretar los gestos de los pacientes, valernos de artimañas para lograr una comunicación asertiva, respetuosa, tolerante y discreta.

La comunicación no verbal es importante en el campo de la salud principalmente a dos niveles: por una parte, la sensibilidad que tiene el propio paciente para captar las señales no verbales emitidas por las personas que le rodean, incluyendo obviamente los profesionales de la salud, y por otra parte, la expresividad no verbal que manifiestan los pacientes y que tan útil puede y suele ser para el sanitario (Almeida M, 2015)

6 Bibliografía

- 1.Toledo, L. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. [En línea]. [Consultado el 1 de enero de 2020].
- 2.Conceptode. Comunicación no verbal. [En línea]. [Consultado el 1 de enero de 2020].
- 3.Aguado, A, Nevares, L. Comunicación no verbal. Revista pedagógica. [En línea] 1995; 10 (ISSN 0214-7742) : 141-154. [Consultado el 1 de enero de 2020].
- 4. Davis, F. La comunicación no verbal. Alianza [En línea] 1998 ; 9 (ISBN: 84-206-3954) : [Consultado el 1 de enero de 2020].
- 5. De arcada, H. Interrelaciones entre las expresiones faciales innatas y las aprendidas. Comunicación no verbal. [En línea] 2003 ; 19 (ISSN-e 2340-2792) : [Consultado el 1 de enero de 2020].
- 6. Cano, S. El silencio habla. Elementos de la Comunicación No Verbal: Kinésica, Proxémica y Paralingüística. Weblog [En línea] [Consultado el 1 de enero de 2020].

- 7. Divulgación dinámica. ¿Qué elementos componen la comunicación no verbal ?. [En línea]. [Consultado el 1 de enero de 2020].
- 8. Castelao, M. COMUNICACIÓN NO VERBAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. [En línea]. [Consultado el 1 de enero de 2020].
- 9. López, R. El Lenguaje no verbal y la salud. [En línea]. [Consultado el 1 de enero de 2020].
- 10. Almeida, M. El análisis comparativo de la comunicación no verbal entre enfermero y paciente. Index Enferm. [En línea] 2015 ; 24 (ISSN 1699 a 5988) : [Consultado el 1 de enero de 2020].

Capítulo 770

ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

VERÓNICA CRESPO DÍAZ

1 Introducción

Ejercicio físico, alimentación y salud, tres palabras unidas entre sí por un factor en común. La mejor receta para mantener un cuerpo sano está en nosotros mismos. ¿Cómo conseguirlo? Con la práctica regular de actividad física y teniendo una buena alimentación. El ejercicio físico es fundamental en nuestras vidas si queremos prevenir dolencias, disponer de más energía física o perder peso. Conservar la salud y cuidarte no es una afición, es una responsabilidad de la que todos y cada uno de nosotros somos partícipes.

2 Objetivos

- Conseguir una rutina, una planificación en la que incluyamos ejercicios físicos tales como: caminar, natación, correr, bicicleta estática, etc.
- Fomentar la actividad física evitando, en la medida de lo posible, el sedentarismo y tener una buena alimentación.

3 Metodología

- Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.
- Ejercicio físico: es la actividad física que se realiza de forma planificada, estructurada y repetida.

-Alimentación saludable.

-Beneficios de una práctica regular de la actividad física: aporta movilidad, flexibilidad y fortalece los huesos.

4 Resultados

Si a la actividad y al ejercicio físico le añadimos una alimentación sana y equilibrada, consiguiendo así mejorar nuestros hábitos pronto percibiremos una mejoría en nuestro cuerpo. Mantenernos activos nos puede ayudar a: conservar y mantener la fuerza, tener más energía, mejorar el equilibrio, prevenir o retrasar algunas enfermedades, mejorar nuestro estado de ánimo y disminuir el estado de depresión.

5 Discusión-Conclusión

Para poder llevar a cabo todo esto lo primero que debemos hacer es conocer nuestro cuerpo y lo segundo motivarnos. Si la motivación no es propia y viene de fuera, acabará desapareciendo. La motivación es el motor que nos empuja. No hay edad para cuidarse, todas las edades son buenas. Conservar la salud y cuidarte no es una afición, es una responsabilidad.

6 Bibliografía

1. Nutrición para la salud, la condición física y el deporte. Editorial: Paidotribo. Año de edición: 2015
2. Actividad física y deporte. Claves para una vida sana. El complemento ideal para la medicina del siglo XXI. Autor: Rafael Nogués Martínez. Año de edición: 2019
3. La nutrición en la actividad física y el deporte. Autores: Jose Ramón Alvero Cruz/Jose Enrique Sirvent Belando
Editorial: Universidad de Alicante. Servicio de publicaciones. Año de edición: 2017
4. Actividad física y salud: <https://www.mscbs.gob.es>

Capítulo 771

YO ELIJO

SERGIO ANTONIO ÁLVAREZ SASTRE

1 Introducción

Una de las máximas de las sociedades democráticas es la libertad individual. Podemos elegir a quien nos gobierna, escoger dónde vivir, emparejarnos con quien nos plazca; vivimos en el mayor grado de libertad en la historia de la humanidad. Tenemos la firme convicción de que la libertad de decisión nos hace más felices en cuanto a que la restricción de la misma nos resta opciones y por tanto capacidad de decisión, lo que indefectiblemente nos puede hacer más infelices.

Hoy en día vivimos con muchas opciones: podemos casi decidir en un catálogo cada una de nuestras decisiones diarias. Muchas de ellas son opciones banales en las que elegir una marca u otra de un producto consumible apenas nos va a afectar a la trayectoria de nuestra vida. Sin embargo hay decisiones importantísimas que afectan a nuestra calidad de vida y a nuestro futuro a largo plazo con la misma cantidad de opciones para elegir, como pueden ser un colegio para nuestros hijos, la carrera profesional de nuestra vida, nuestro médico de cabecera o nuestro especialista.

Esta creencia profunda de que más opciones significan más libertad directamente se relaciona con la cantidad de información que un usuario o un paciente debe tener a su disponibilidad para que su elección sea libre y responsable. Así que, si queremos elegir en qué hospital queremos ser operados debemos disponer de opiniones de personas que previamente han sido operadas en uno u otro centro o qué especialistas y cirujanos trabajan en cada ubicación así como el prestigio de los mismos. Extensiblemente podemos considerar que la calidad de las instalaciones también puede ser un factor que influya en nuestro bienestar durante

nuestro ingreso hospitalario así como el currículum de los profesionales que nos atenderán.

Cuanta más información mejor. En este capítulo llevaremos esto al extremo y veremos qué pasa. “Viviríamos mejor si bajáramos las expectativas sobre el resultado de nuestras decisiones” -Barry Schwartz-.

2 Objetivos

- Reflexionar sobre si debería un usuario conocer cierta información previamente a la elección de su profesional sanitario.
- Sacar a la luz cuestiones de género en el ámbito sanitario.

3 Metodología

En España hay más de 850.000 profesionales sanitarios colegiados de los cuales 272.000 son hombres y 580.500 son mujeres. La probabilidad de ser atendidos por una mujer en nuestro país es de 2 a 1. Independientemente de nuestras preferencias personales si podemos elegir médico con bastante libertad podemos pues escoger a uno u otro profesional desde la disponibilidad de una información que puede ser objetiva o no. De hecho puede ser todo lo subjetiva que queramos ya que en la definición de libertad hemos visto que deseamos saber la opinión previa de los demás respecto a nuestras futuras decisiones: nos basaremos en una impresión. Estiremos este principio.

El cerebro humano es unisex hasta las 8 semanas de gestación. A partir de entonces nuestro gen Y y la hormona testosterona puede realizar una variante del diseño femenino inicial del cerebro y definir al futuro humano como hombre o cerebro masculino. Hasta los 9 años los niños tienen unos niveles de testosterona 20 veces más altos que las niñas. En la adolescencia el niño posee un cerebro optimizado para desafiar a la autoridad, para la defensa del territorio o para la búsqueda de una pareja sexual. En la edad adulta el cerebro del hombre es distinto al de la mujer. Según un estudio de la neuropsiquiatra Louann Brizendine:

El área preóptica medial, responsable del deseo sexual, es el doble de activa en hombres. Las uniones temporoparietales, responsables de la empatía y las emociones, en hombres funcionan de forma distinta traduciéndose en la prioridad de búsqueda de soluciones ante una disyuntiva.

El sistema de neuronas espejo, responsable del contagio emocional, es un sistema mucho más activo en la mujer. ¿Significa todo esto que una mujer puede estar dotada de un cerebro más adecuado que un hombre para el ejercicio de la atención sanitaria? Si el cerebro de un hombre está genéticamente más adaptado a la búsqueda de soluciones tal vez podamos llegar a pensar que los hombres son más adecuados para el Servicio de Urgencias. Si el cerebro de una mujer es sin duda más empático desde su definición biológica podemos suponer que las mujeres serán más adecuadas para la atención oncológica.

Estos supuestos o impresiones subjetivas pueden ser considerados opiniones informativas. ¿Debe un usuario conocer esta información previamente a la elección de su profesional sanitario? ¿Hasta qué nivel puede ser útil o inútil esta información? ¿Hasta el especialista, hasta el cirujano? ¿Consideramos un tipo de opinión útil sólo a partir de un tipo de profesional?

Podemos llegar hasta niveles absurdos de información con la intención de recabar datos para poder configurar libremente nuestra atención sanitaria por culpa de la impresión de que más libertad significa más opciones y peor aún, que más opciones nos proporcionan más libertad.

4 Resultados

Las personas necesitan ser los autores de sus propias vidas. Sin libertad de elección nos sentimos manejados por el destino y restamos peso a nuestra propia individualidad, a nuestra personalidad. Y no es un mantra repetido parte de un dogma o creencia impuesta: las sociedades libres se caracterizan por la disponibilidad de opciones. En cuanto a la elección de nuestro médico parece ser una de esas decisiones vitales en las que nos gustaría sin duda acertar.

En España en Sistema Nacional de Salud permite la libre elección de médico. Las Comunidades Autónomas en el ejercicio de sus funciones y con algunas limitaciones mediante plataformas digitales ponen a disposición de los ciudadanos las herramientas para elegir especialista, centro, horario, etc. Incluso la página de la Comunidad de Madrid ofrece desplegables intuitivos para combinar las características de nuestro proceso de atención médica.

Si más opciones significan más libertad y más libertad conllevan más disponibilidad de información, ¿por qué no disponer del currículum de nuestros médicos? ¿Por qué no poder valorar la calidad de la comida servida en un hospital como

si de un restaurante se tratase? ¿Por qué no conocer el bagaje profesional del administrativo que gestionará nuestro expediente y la accesibilidad al mismo?

La disponibilidad de la información debería estar limitada por la intencionalidad del uso que se le dará a aquella. Si poseer datos sobre una materia médica puede perturbar nuestra perspectiva sobre el proceso de atención, si puede suponer un sesgo de opinión sobre los profesionales que nos atienden, si puede elevar hasta niveles irreales las expectativas que tenemos sobre los resultados finales de un proceso médico, podemos concluir que determinada información disponible para el usuario puede ser perjudicial.

5 Discusión-Conclusión

Hemos puesto como ejemplo la polarización de un estudio sobre el cerebro humano que podemos realizar con libertad para desembocar en conclusiones que tal vez en la actualidad son consideradas únicamente desde una perspectiva de género. La libertad de elección significa disponibilidad de información y esta puede ser objeto de limitación por respeto a la intimidad de quien recabamos tal información. En una sociedad interconectada por redes que comparten la información en tiempo real el perjuicio viene dado por el exceso, y este exceso es una perversión de la libertad.

6 Bibliografía

- The paradox of choice -Barry Schwartz-

Capítulo 772

EL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL DEL PERSONAL NO SANITARIO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE/USUARIO

DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA

LUIS FERMIN CUEVA TORRE

MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

El personal no sanitario tiene diferentes formas de atención al paciente/usuario:

-Atención presencial: cuando un paciente acude al Centro de Salud, generalmente el primer contacto es con el personal no sanitario. Por ejemplo, en Atención Primaria puede dirigirse al mostrador y ser atendido por el personal administrativo para solicitar información, pedir citas, etc. También al llegar puede precisar ayuda para desplazarse hasta la consulta, por lo que será auxiliado por un Celador.

-Atención telefónica.

-Atención telemática: de esta manera se pretende acercar al máximo los servicios de la Administración al ciudadano por medio de la diversificación de los canales de acceso, otorgando prioridad al canal Internet, pero sin olvidar los canales alternativos, y en segundo lugar, mejorar la calidad de los servicios prestados mediante el empleo de Nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

A través de la atención al paciente o usuario, se obtienen diversos datos personales y sanitarios.

Los datos personales sanitarios están compuestos, principalmente, por la historia clínica y los datos relativos a la salud de una persona.

Por otro lado, los datos relativos a la salud son aquellos que revelen información acerca del estado de salud física o mental de una persona. También incluyen datos sobre la atención sanitaria recibida y que permitan saber cuál es su estado de salud. De esta manera, todo lo relativo al padecimiento de enfermedades o riesgo de padecerlas y discapacidades, historial médico o tratamiento será considerado como datos sanitarios.

Por tanto, debido a la importancia y al perjuicio que pueden tener estos datos de cara a la privacidad de la persona a quien aluden, son considerados por el RGPD como datos especialmente protegidos. Así pues, para poder almacenarlos y tratarlos, tendrás que cumplir con una serie de requisitos añadidos.

Las normas que regulan la Protección de Datos para el sector sanitario son:

- RGPD (vigente a partir del 25 de mayo en toda Europa)
- LOPDGDD (España)
- Nueva Ley Orgánica de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales (aprobada en diciembre de 2018)
- Real Decreto-ley 5/2018 de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos
- Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente.

2 Objetivos

- Conocer el deber del secreto profesional del personal no sanitario en la atención del paciente/usuario.

3 Metodología

A través de la investigación en diversas páginas de internet, y bibliografía consultada, se intenta recabar la información suficiente, para conocer cuáles son los límites en la divulgación de información obtenida tras la atención al paciente/usuario, y cuáles son los derechos de éstos en relación con el tratamiento de sus datos personales y de salud.

4 Resultados

Dado que el personal del Centro Sanitario maneja diversa y gran información de los pacientes, debe cumplir con el secreto profesional.

Son objeto de secreto profesional todas las circunstancias y situaciones conocidas por el profesional en el ejercicio de sus funciones: todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional, y procurará ser tan discreto que ni directa ni indirectamente nada pueda ser descubierto.

La decisión de todo profesional de mantener o revelar el secreto que conoce en el ejercicio de su profesión, incluye las consecuencias que se derivan de dicha acción, y que pueden afectar al paciente, a las personas que se relacionen con él, o finalmente, al propio profesional.

La revelación del secreto profesional, debe realizarse en función de los derechos humanos y fundamentales que puedan verse conculcados en cada caso:

1-Efectos sobre el paciente: debe valorarse si con el mantenimiento del silencio como expresión del respeto al derecho a la intimidad, puede ponerse en peligro el derecho a la integridad personal o a la vida del propietario del secreto.

2-Efectos sobre otras personas relacionadas con el enfermo o sobre un grupo social: ha de considerar que el derecho a la intimidad de un paciente nunca debe poner en peligro el derecho a la integridad personal o la vida de otros. En este caso, no existe conflicto bioético, ya que los principios señalados son de aplicación a cada persona y su respeto nunca debe afectar a los derechos fundamentales de otros.

3-Efectos sobre el profesional sanitario: en este caso, existen disposiciones legales que obligan al profesional a la denuncia de determinados hechos que pudieran ser constitutivos de delito.

El incumplimiento del secreto profesional, conllevan sanciones, y puede imponerse aunque no haya pérdida de datos en sí.

Estas sanciones se interpondrán teniendo en cuenta:

- Naturaleza, gravedad y duración de la infracción.
- Número de interesados afectados.
- Nivel de los daños y perjuicios que hayan sufrido.
- Intencionalidad o negligencia en la infracción.
- Medidas tomadas por el infractor para paliar los daños y perjuicios ocasionados.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes o usuarios, como propietarios de sus datos personales, tienen reconocidos una serie de derechos por el Reglamento General de Protección de Datos. Estos derechos son:

- Acceso a los propios datos personales;
- Rectificación si los datos son incorrectos;
- Supresión (derecho al olvido) si los datos se manejan ilegalmente o ya no son necesarios para la finalidad para la que se recogieron;
- Limitación del tratamiento;
- Portabilidad de los datos;
- Oposición a que se utilicen posteriormente con fines de prospección comercial (marketing directo), investigación científica o histórica, o fines estadísticos; y
- A que no se usen para tomar decisiones individualizadas automatizadas (incluida la elaboración de perfiles).

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos in previa autorización amparada por la Ley.

Los centros sanitarios, deben adoptar las medidas oportunas, para garantizar los derechos del paciente, y de elaborar las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes. Asimismo, se debe tener en cuenta que sólo los profesionales sanitarios, o quienes les representen, están facultados para recabar los datos de salud.

6 Bibliografía

- <https://ayudaleyprotecciondatos.es/>
- <https://clickdatos.es/tratar-datos-personales-sanitarios/>
- <https://elderecho.com/>

Capítulo 773

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, RIESGOS PSICOLOGICOS

MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA

1 Introducción

La Constitución Española, en su artículo 40.2, establece la necesidad de velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Este artículo será desarrollado por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Esta ley traspone la Directiva Europea 89/391/CEE relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores. Salud (definición de la OMS) “Estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad”.

Condiciones de Trabajo es cualquier característica del trabajo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores (art. 4 de la LPRL). Riesgo Laboral, posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. El riesgo laboral se denominará grave o inminente cuando la posibilidad de que se materialice en un accidente de trabajo es alta y las consecuencias presumiblemente severas o importantes. Factores de Riesgo, elemento que, estando inevitablemente presente en las condiciones de trabajo, puede desencadenar un menoscabo en el nivel de salud del trabajador. Los factores de riesgo tienen una relación o dependencia directa de las condiciones de seguridad. Éstas siempre tendrán su origen en alguno de estos cuatro aspectos del trabajo:

- Local de trabajo (instalaciones eléctricas, de gases, prevención de incendios, ventilación, temperaturas, etc.).

- Organización del trabajo (carga física y/o mental, organización y ordenación del trabajo, monotonía, repetitividad, ausencia de creatividad, aislamiento, participación, turnicidad, etc.).
- Tipo de actividad (equipos de trabajo: ordenadores, máquinas, herramientas de almacenamiento y manipulación de cargas, etc.).
- Materia prima (materiales inflamables, productos químicos peligrosos, etcétera).

La prevención: conjunto de medidas adoptadas en las actividades de la empresa con el fin de evitar o al menos, reducir los riesgos derivados del trabajo. Derechos de los trabajadores según la LPRL:

- Derecho a la protección frente a los riesgos laborales (Art. 14).
- Derecho a equipos de trabajo y medios de protección adecuados (Art 17).
- Derecho de información, consulta y participación (Art. 12, 18, 33 y ss.).
- Derecho a formación (Art. 19).
- Derecho a medidas de emergencia en la empresa (Art. 20).
- Toma de medidas en caso de riesgo grave e inminente (Art. 21).
- Derecho a la vigilancia de la salud (Art. 22).
- Protección de los trabajadores especialmente sensibles (Art. 25) maternidad (Art. 26) y menores (Art. 27).

Obligaciones de los trabajadores según la LPRL Las obligaciones de los/las trabajadores/as quedan contempladas en el Art. 29 y en caso de no cumplirse, supone una falta disciplinaria:

- Velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por las personas a las que pueda afectar su actividad.
- Usar adecuadamente todos los equipos y medios con los que desarrollen su actividad.
- Utilizar adecuadamente los dispositivos de seguridad existentes y no ponerlos fuera de funcionamiento.
- Informar acerca de cualquier situación que entrañe un riesgo para la seguridad.
- Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente
- Cooperar con el empresario.

2 Objetivos

- Prevenir los riesgos laborales sobre todo secundarios a los riesgos psicológicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los riesgos psicosociales se componen fundamentalmente de factores como son las características del trabajo y la organización del trabajo que afectan a la salud de los trabajadores (a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos). Unas condiciones psicosociales nocivas pueden dar lugar a la aparición de conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo y, a su vez, desembocar en determinadas consecuencias perniciosas para la salud y el bienestar del trabajador/a. Dichas consecuencias son: el estrés, la insatisfacción laboral, depresión laboral, desmotivación laboral... Los factores psicosociales que van a influir en el entorno de trabajo pueden ser muy variados:

- Contenido del trabajo: monotonía, tareas sin sentido, fragmentación, falta de variedad, tareas desagradables, por las que se siente rechazo.
- Carga y ritmo de trabajo: carga de trabajo excesivo o insuficiente, presión de tiempo, plazos estrictos.
- Tiempo de trabajo: horarios muy largos o impredecibles, trabajo a turnos, trabajo nocturno.
- Participación y control: falta de participación en la toma de decisiones, falta de control (por ejemplo, sobre el método o el ritmo de trabajo, los horarios, el entorno, etc.).
- Cultura organizacional: comunicaciones pobres, apoyo insuficiente ante los problemas o el desarrollo personal, falta de definición de objetivos.
- Relaciones personales: aislamiento, relaciones insuficientes, malas relaciones, conflictos, conductas inadecuadas.
- Rol: ambigüedad de rol, conflicto de rol, responsabilidad sobre personas.
- Desarrollo personal: escasa valoración social del trabajo, inseguridad en el trabajo, falta o exceso de promoción.
- Interacción casa-trabajo: problemas de la doble presencia, conflicto de exigencias.

Características de los riesgos psicosociales:

1. Afectan a los derechos fundamentales del trabajador.
2. Los riesgos psicosociales tienen efectos globales sobre la salud del trabajador.
3. Afectan a la salud mental de los trabajadores.
4. Tienen formas de cobertura legal.

Carga mental.

El trabajo implica a menudo la recogida e integración rápida de una serie de informaciones con el fin de emitir, en cada momento, la respuesta más adecuada a las exigencias de la tarea. Si esta situación se da de manera puntual la persona puede llegar a adaptarse a ella, pero, si, por el contrario, el trabajo exige continuamente un grado de esfuerzo elevado, puede llegar a una situación de fatiga capaz de alterar el equilibrio de salud de los individuos. La carga mental se refiere, al grado de procesamiento de información que realiza una persona para desarrollar su tarea. Factores que pueden afectar a la carga mental son: o Factores ambientales: entorno ruidoso, inadecuadas condiciones de iluminación.. o Factores organizativos: distribución del personal en los diversos servicios del hospital, distribución de los turnos y horarios, redes de comunicación e información, definición de puestos, estructura de control y clima de la organización. o Factores personales: experiencia, motivación, profesionalidad.

Prevención de la carga mental:

- Conocer funciones y responsabilidades, conociendo cada uno sus limitaciones y repartir el peso de los posibles errores.
- Es importante una buena comunicación y transmisión de las informaciones necesarias para el desarrollo del trabajo. Procurar que las consignas de ejecución sean claras y precisas, para evitar situaciones de incertidumbre o dificultad para procesar la información.
- Estructurar el trabajo en pequeños bloques, para conseguir una sensación subjetiva de logro de pequeñas metas.
- En las tareas no programadas priorizar tareas según necesidad de inmediatez, dejando para más tarde las menos importantes.
- En caso de dudas o problemas relativos al trabajo acudir al mando directo.
- Alternar, en lo posible, el tipo de tareas.
- En el trabajo a turnos y nocturno es conveniente aumentar las pausas y tiempo de descanso, así como reducir en lo posible la carga de trabajo en el turno de noche.
- Intente establecer su propio ritmo de trabajo, que usted considere ni muy rápido, ni muy lento. El trabajo atrasado, mejor recuperarlo poco a poco, no intentar hacerlo de una vez, procure no acumular demasiado trabajo.

- Desarrolle sus habilidades, acuda a los cursos de formación continuada relativos a su ámbito de trabajo.
- Colabore para mantener un ambiente de trabajo saludable.
- Asimismo, se recomienda mantener hábitos saludables (dormir lo suficiente, dedicar tiempo al ocio, hacer ejercicio físico, practicar alguna técnica de relajación...).

Estrés laboral.

La Comisión Europea define el estrés laboral como “un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido del trabajo, organización del trabajo y el medio ambiente de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de respuesta y la frecuente sensación de no poder afrontarlos” El estrés laboral es un proceso en el que intervienen distintos factores: por un lado, la situación (demandas) y por otro, las características del trabajador (recursos). La situación de estrés laboral se produce cuando las demandas superan los recursos del trabajador. Es cuando el trabajador entra en una situación de estrés en la que intentará generar más recursos para adaptarse correctamente a las demandas de la situación. No existe una legislación específica acerca del estrés laboral, pero sí existen planteamientos legales laborales generales que aluden a los límites de la carga de trabajo. Los datos europeos indican que es una de causas de baja laboral más importantes, que está ampliamente extendido y que está en aumento.

Síndrome del burnout.

El síndrome del Burnout, o también llamado “Síndrome del quemado”, se caracteriza por ser un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El desgaste profesional consiste en el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales. Suele afectar a personal sanitario, asistentes sociales, profesores... Es una situación muy parecida al estrés laboral. El Burnout se constituye como proceso continuo, es decir, no surge de manera súbita, el trabajador lo va experimentando de forma progresiva. Se trata de un síndrome insidioso. Una característica de gran importancia es que mientras el estrés es el resultado de una sobrecarga cualitativa y cuantitativa, el burnout aparece sólo cuando previamente han estado motivados por el mismo tipo de trabajo que posteriormente no soportan y rechazan. La legislación se ha ocupado del tema del burnout considerándolo como accidente de trabajo.

Violencia física y verbal.

El concepto de violencia en el trabajo comprende, por lo general, insultos, amenazas, agresión física o psicológica ejercidos contra un trabajador por una persona o un grupo de personas que ponen en peligro la salud, la seguridad o el bienestar del trabajador. De esta definición se deduce la existencia de dos grandes tipos de violencia: la violencia psicológica y la violencia física. Cuando hablamos de actos agresivos o violentos, podemos referirnos a:

- Comportamiento incívico: falta de respeto hacia los demás.
- Agresión física o verbal: intención de herir.
- Ataques: intención de hacer daño a otra persona.

5 Discusión-Conclusión

Ante una situación de posible violencia o agresiones, en la atención de los usuarios con comportamientos previos inadecuados, o en la atención a un usuario conflictivo o irritado, se llevará a cabo este procedimiento de actuación:

- Mantener la calma, tratar de contener la situación: NO responder a las agresiones o provocaciones verbales. Se trata de intentar reconducir la situación buscando puntos de acuerdo.
- Distancia de seguridad: Intentar establecer una adecuada distancia de seguridad (entre el posible agresor o agresora y la posible víctima).
- Colocarse cerca de la puerta de salida, que te permita huir en caso necesario. No interponer ningún obstáculo en el trayecto a la puerta de salida para garantizar la huida.
- Pedir ayuda o estar acompañado para minimizar la situación de violencia, y actuar como testigos de los hechos si fuera necesario.
- Interrumpir la actividad, no se encuentre en condiciones de reanudarla con las suficientes garantías de seguridad.
- Avisar inmediatamente (a su superior jerárquico) al responsable del servicio o turno, mediante canal de comunicación adecuado. Y tras identificarse el responsable debe dar órdenes claras y concretas a los implicados.
- Notificar la incidencia por parte del responsable del servicio o turno al responsable del centro, servicio de seguridad.
- Llamar al 112 - En el caso de la situación de violencia persista llamar a los cuerpos y fuerzas de seguridad (Policía Local, Policía Nacional o Guardia Civil) para que se personen en lugar de los hechos.
- Llamar a los delegados de prevención para recaben información sobre el incidente ocurrido y realizar las acciones pertinentes.

- En caso de agresión con lesiones físicas o psíquicas: Traslado inmediato al servicio de urgencias del hospital o a la mutua de referencia. Asistencia sanitaria, cumplimentando el informe médico y el parte de lesiones. Tramitar el incidente como accidente de trabajo. Informar al Servicio de Prevención.
- Denuncia particular de la víctima en comisaría, con parte de lesiones.
- Denuncia ante la Inspección de Trabajo.
- Registrar los hechos, pruebas, autor, testigos y notificar el incidente a la Dirección del Centro.

Trabajo a turnos y nocturno.

De todos los sistemas de organización de turnos, dentro de los hospitales se aplica el sistema continuo. El sistema continuo es aquel en el que el trabajo se realiza de forma ininterrumpida, de esta manera el trabajo queda cubierto durante todo el día y durante todos los días de la semana. Implica que existan más de tres turnos y el trabajo nocturno. Se da servicio las 24 horas del día durante los 365 días del año. Efectos negativos derivados de trabajar en turno de noche:

- Alteración del equilibrio biológico.
- Alteraciones en ritmos corporales.
- Cambios en hábitos alimentarios.
- Perturbaciones en la vida familiar y social.

Incidencia en la vida profesional.

La mejora de las condiciones de trabajo a turnos supone la actuación a nivel organizativo y, aunque no existe unas condiciones óptimas, se pueden mejorar. La actuación se basa en intentar respetar al máximo los ritmos biológicos de vigilancia, sueño y alimentación, así como tener en cuenta las relaciones familiares y sociales. El horario deberá adaptarse al número de trabajadores existentes, presupuestos, niveles profesionales... así como al tipo de hospital (estructura, tamaño, ubicación...), características de los departamentos, tareas que deben realizarse.

6 Bibliografía

- Mc Graw Hill higiene del medio hospitalario y limpieza de material.
- <http://www.sanidad.ccoo.es>

Capítulo 774

LEY ORGÁNICA 3/2018, DE 5 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES

MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA

1 Introducción

El 6 de diciembre de 2018 se ha publicado en el BOE la nueva Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, entrando en vigor de manera inmediata, al día siguiente de su publicación.

Después de los correspondientes trámites parlamentarios tras la entrada en aplicación del RGPD 679/2016 del Parlamento Europeo, tenemos un marco jurídico claro que viene a regular la gestión de los datos personales y además presenta una nueva serie de garantías sobre otro tipos de derechos, relacionados con el mundo digital.

La LOPDGDD establece que el tratamiento de los datos personales, incluidos los datos de carácter sanitario está sometido al deber de confidencialidad por parte tanto de los responsables y encargados del tratamiento, como de todas las personas que intervengan en cualquier fase de éste.

En el Título I se establece el objeto de la ley:

Artículo 1. A) Adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo

a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones. El derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, amparado por el artículo 18.4 de la Constitución, se ejercerá con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y en esta ley orgánica. B) Garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución” La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.”

2 Objetivos

Conocer la normativa básica de protección de datos y, en especial, sus principios reguladores, así como los derechos de las personas con respecto a nuestros datos de carácter personal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas y del ministerio.

4 Bibliografía

- <https://www.boe.es/>
- <https://www.redaccionmedica.com>
- <https://protecciondatos-lopd.com>

Capítulo 775

MÉTODOS DE AFRONTAMIENTO ANTE LOS MALOS TRATOS ORIENTADO AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SANIDAD

RICARDO GUILLÉN IGLESIAS

SONIA FERREIRO SIMON

PABLO ÁLVAREZ SALCEDO

ALEJANDRO GARCÍA VELASCO

1 Introducción

A raíz de la Cuarta Conferencia Mundial de la mujer se empieza a difundir la expresión “violencia de género”. Dicha conferencia se celebra en Pekín en el año 1995 bajo tutela de la ONU. Dicho termino identifica la violencia ejercida contra las mujeres, hombres y la comunidad LGBTTTI. Las siglas LGBTTTI, sirven para hacer referencia a la comunidad de diversidad sexual, integrada por: gays, lesbianas, transexuales, bisexuales, travestis, transgéneros e intersexuales (Benito, 2006; De Barbieri, 2004; Lamas, 1996; Ramos, 2005; Torres, 2001).

Entendemos por violencia de género aquellos actos de agresión cuyo resultado real o posible es un daño de naturaleza sexual, psicológica, física, económica o patrimonial, incluye así mismo las amenazas, la coerción, la omisión o la privación arbitraria de la libertad producida en la vida pública o en la vida privada.

La categoría determinante de la distinción natural entre sexos, es lo que conocemos como género. Podemos afirmar que la llamada violencia de género no proviene de diferencias biológicas entre mujeres y hombre sino más bien de aquellas construcciones culturales y sociales que sostienen la superioridad de hombre heterosexual precisamente amparándose en ésta diferencia (Muerza, Pastrana, González, Reoyo, y Belzunegui, 2005).

El desconocimiento por parte de las mujeres y otros colectivos de sus propios derechos hace que la violencia de género se vea agravada. Otra circunstancia que agrava la situación es la falta de leyes o bien de fallos en la aplicación de las existentes. También la vergüenza, la formación cultural que hace ver a la figura masculina heterosexual como superior y también el temor a la denuncia.

La llamada violencia de género es una clara forma discriminatoria que inhibe el ejercicio de los derechos y libertades en condiciones de igualdad y limita el disfrute de los derechos humanos fundamentales. No se debe dejar de resaltar la enorme desigualdad existente entre los géneros como consecuencia de la asimetría construida en la sociedad entre mujeres y hombres. En muchas ocasiones, una vez que la mujer logra integrarse en ámbitos culturales, políticos, económicos, su participación está llena de limitaciones, no solo por el sexo, sino que también influyen otros factores como la raza, clase social, nacionalidad, etc. Según Tortosa (2009) la exclusión y la discriminación hecha contra las mujeres se podría explicar partiendo de la desigualdad en que viven tanto en espacio privado como público, así como por el concepto de violencia.

Podemos observar presencia de distintos tipos de violencia; estructural, cultural y física, siendo precisamente la física la que opera en el cuerpo, no siendo su comprensión ya que alguien comete una agresión, sin embargo en la violencia cultural no queda tan clara la figura del agresor ya que el hecho de buscarlo no tiene sentido ya que este tipo de violencia está construido en su estructura manifestándose en una desigualdad de poder. Cuando hablamos del poder desigual nos referimos a la capacidad de decisión a la hora de repartir los recursos influyentes directamente en la vida de las personas como podrían ser; la vivienda, la educación, servicios médicos o alimentación entre otros. Se puede afirmar que éste tipo de violencia es la más camuflada de las existentes ya que precisamente se basa en los componentes culturales que legitiman cualquier otro tipo de violencia.

Identificar los tipos de violencia (estructural, directa y simbólica), ayuda a diferenciar diferentes tipos, clases de marginación y exclusión. Se plantea como fun-

damental construir una cultura de igualdad que debe comprender y cuestionar la violencia que legitiman la desigualdad, la violación de los derechos humanos, la marginación y la reproducción de los roles tradicionales de identidad genérica que no colaboran en el desarrollo de los sujetos sociales.

Se debe entender la violencia de género (VG) como un problema social debido a la desigualdad, a la discriminación y a las relaciones de poder que establecen los hombres sobre las mujeres (Méndez et al., 2003). Este tipo de violencia tiene graves consecuencias no solo para la vida de las mujeres sino también para su salud e impone grandes costes económicos, tanto en los Servicios de Salud como en la familia. Existen alarmantes afirmaciones que estiman la VG llega a restar uno de cada cinco días de vida saludable en la mujer que la sufre, lo que se podría traducir en una menor calidad de vida (Krug, Dahlberg, Zwi, y Lozano, 2003; Olaiz, Rico, y Del Río, 2004). La propia OMS reconoce la violencia como un problema de salud pública y señala que a nivel mundial, cada año se estima que de 10 a 69% de las mujeres sufren malos tratos psicológicos, físicos y sexuales, por parte de sus compañeros. Así mismo las estimaciones de muertes anuales de mujeres como víctimas de violencia están en torno a los cuatro millones. Se calcula que entre un 30 y un 40% de las mujeres latinoamericanas sufren algún tipo de violencia intrafamiliar (García, Cedenilla, y Cañones, 2003). La violencia doméstica durante el periodo de gestación adquiere particular importancia, ya que se trata de una agresión que pone en peligro no sólo una, sino dos vidas humanas (Hawke y Behn, 2000). Una Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujeres ENVIM (2003), muestra las siguientes cifras: Una de cada cinco mujeres sufre de violencia por parte de su pareja actual. Una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja, alguna vez en su vida.

Pocos son los estudios que aportan datos sobre cómo identificar los casos de violencia y como se debería canalizar cada situación, según la problemática de que se trate, como pueden ser los de la protección del personal de salud, los de carácter legal así como los derechos de las mujeres a ser atendidas en una institución de salud (Saucedo, 1996; Valdez y Juárez, 1988; Hajar, Lozano, Valdez, y Blanco, 2002). Para que en la práctica se observase un cambio significativo, sería importante la consolidación de la capacitación del personal de Salud desde la perspectiva de género.

Podemos afirmar que los centros de atención sanitaria son claves en la detección, atención y seguimiento de la (VG). En las consultas médicas, el maltrato se puede presentar de diversas formas, ya sea de manera no explícita (malestar

físico, somatización, hiperfrecuentación); en forma aguda (lesiones físicas, abuso sexual), con alteraciones conductuales, o bien a través de malestar en la salud sexual y reproductiva. Las mujeres con exposición al maltrato valoran la confidencialidad, la escucha atenta, el cuidado y no ser juzgadas por parte de los/as profesionales de salud (Ruiz, Plazaola, y Blanco, 2006).

2 Objetivos

- Analizar el nivel de conocimientos y barreras organizativas percibidas.
- Realizar propuestas de mejora para aquellos profesionales que tienen un impacto positivo en la seguridad del paciente en la atención sanitaria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de documentación científica en bases de datos de ciencias de la salud como Scielo, Medline, Cuiden y Encuentra, a la vez que se realizó búsqueda en motores de búsqueda como Google Scholar. Se utilizaron descriptores como "violencia de género", "violencia colectivo mujeres", "violencia LGTBI", "agresiones sexuales sanidad". En cuanto a la fórmula de búsqueda, se combinaron los descriptores mencionados anteriormente utilizando operadores booleanos como AND, OR y NOT. En este estudio, se incluyeron documentos científicos, ya sean artículos, capítulos de libro y libros completos, publicados desde el año 2000 hasta la actualidad todo ellos tanto en español como en inglés y que tengan en su contenido temas relacionados con el estudio en cuestión. Se excluyeron los documentos no científicos que no trataran del tema y que estuvieran en otro idioma de publicación, a la vez que se hayan publicado anteriormente al año 2000.

4 Resultados

Recientes estudios encaminados a evaluar el nivel de conocimiento sobre la violencia de género demuestran que el: 92.6% tenía nulo o bajo conocimiento sobre la misma siendo un 7.4% los que demuestran tener un conocimiento medio.

Se encuentran barreras institucionales a la hora de identificar casos de VG tales como: escaso tiempo en las consultas (27.2%), falta de protocolos para la detección y manejo de casos (22.8%), servicios de Salud excesivamente saturados (22.8%).

También podemos identificar barreras personales para la VG, entre las cuales están: desinterés del personal de los Servicios de Salud a la hora de identificar casos de violencia (29.4 %), incomodidad a la hora de identificar este tipo de problemas (28.7%).

Dentro del personal de los Servicios de Salud, el 47,7% cree necesario seguir mejorando los sistemas de coordinación y detección. Un alto porcentaje de dicho personal opina que serían fundamentales cursos formativos para el aprendizaje de formas de detección y formas de actuación ante VG.

En cuanto a las barreras organizativas, nos encontramos que el 55,06 % opina que existen, y éstas las identifican como presión asistencial con limitación del tiempo para la asistencia (26,85%), escasa concienciación por ser un tema delicado (12,04%) y falta de conocimiento en cuanto al protocolo a seguir (10,19%).

5 Discusión-Conclusión

Se aprecia un nivel medio de conocimientos en las diferentes categorías estudiadas, a excepción de las trabajadoras socio sanitarias, que es bastante alto. El personal de enfermería muestra mayor interés que la media por participar en el estudio. La VG es bastante desconocida aún para el personal sanitario así como los protocolos para abordarla y opinan que la solución a la VG debe ser conjunta con otros profesionales (jueces, policía...).

El presente estudio brinda información relativa al conocimiento que tiene el personal de Enfermería en relación con la violencia de género (violencia de pareja), sus actitudes en relación con los casos de VG, así como el conocimiento que tiene para canalizar a las víctimas a una institución apropiada. El problema de la VG debe considerarse, tanto como un problema social, como un problema de Salud Pública, dada su magnitud y gravedad (Siendones, 2002). Existe un considerable número de limitaciones en la detección, atención y prevención de la VG, las cuales fueron mayores a las esperadas. Dentro de las barreras encontradas en este estudio, destaca la falta de apoyo y coordinación, por parte de las autoridades, para los programas de atención de la VG, lo que limita la referencia y el seguimiento de las víctimas, ya que no se registran los casos de VG en los servicios Urgencias (Fernández, 2003). Otra de las barreras encontradas, fue la limitación que tuvo el personal de Enfermería en identificar adecuadamente los casos de VG y sobre: la norma oficial del tema; el conocimiento de las instituciones apropiadas a las que se debe referir la víctima; así como, el conocimiento de los procedimientos

apropiados para la atención de víctimas de VG.

Los resultados aquí presentados, refuerzan la necesidad de capacitar a este tipo de personal (OMS, 2001), ya que es esencial que cuente con un buen entrenamiento para proporcionar una atención adecuada, así como para identificar y referir a las pacientes víctimas de VG a una institución especializada, ya que son los mismos profesionales los que pide que se les de formación al respeto mostrando así su interés por la solución del tema. También, es necesario implementar programas de salud mental tendientes a detectar al personal de Salud generador de violencia, para que pueda atender su problemática particular, así como superar su notoria incompetencia para identificar y dar respuestas a los casos de VG. Se debe de implementar un programa de capacitación al personal de Salud de Enfermería, ya que los conocimientos sobre VG fueron limitados. Asimismo, se requiere de una adaptación a las guías o protocolos para el apoyo a las víctimas de VG y el apoyo de las autoridades para crear las condiciones necesarias que permitan otorgar el tiempo y la privacidad en la consulta para la atención de este tipo de pacientes. Con ello, el personal de Enfermería se encontrará en las condiciones adecuadas para dar orientación a las mujeres víctimas de VG, lo que sin duda fortalecerá y dará solidez a la atención de este grave problema de salud pública en nuestra institución.

6 Bibliografía

- Benito, A.I. (2006). Violencia hacia las mujeres en el ámbito familiar: La denominada violencia de género doméstica. En Fernández, M.P., y García, A.V.T. [Coords.], Sociedad, violencia y mujer II. Retos para abordar un cambio social. 263-324. Salamanca: Amarú.
- De Barbieri, T. (2004). Más de tres décadas de los estudios de género en América Latina. *Revista Mexicana de Sociología*, 68 (especial), 197- 214.
- Hawke, A., y Behn-Claudio, P. (2000) La violencia doméstica contra mujeres y niñas. *Innocenti Digest*.
- Florencia-Italia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 6.
- Hajar, M.C., Lozano, R., Valdez, R., y Blanco, J. (2002). Lesiones intencionales como causa de demanda en atención en servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 25, 35-42
- Lamas, M. (1996). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México: UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG).
- Muerza, P., Pastrana, E., González, R., Reoyo B., y Belzunegui, R. (2005). La vio-

- lencia sobre la mujer. España: Instituto de Psicoanálisis de Pamplona; Eunate.
- Olaiz, G., Rico, B., y Del Río, A. (2004). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca Mor. Instituto Nacional de Salud Pública.
 - Ramos, L. (2005). Miedo a la violación e inseguridad en las mujeres. En López, G.C, Uribe, P.F.J., y Vázquez,
 - O.J.J. [Coords.], Globalización, violencia y derechos humanos: Entre lo manifiesto y lo oculto. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa.
 - Ruiz, I., Plazaola, J., y Blanco, P. (2006). Grupo de Estudio para la Violencia de Género. La violencia contra la mujer en la pareja: un estudio en el ámbito de la atención primaria. Barcelona. Gac Sani. T, 20(3), 202-8.
 - Saucedo-González, I. (1996). Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México.

Capítulo 776

PERSONAL NO SANITARIO. FACTORES ERGONÓMICOS Y SUS CONSECUENCIAS.

VANESA MONTES COLLÍA

HECTOR CRISTOBO MARTINEZ

ANA PILAR CARRERA GARCIA

1 Introducción

En primer lugar vamos a comentar las principales tareas de los celadores: traslado del paciente ingresado y ambulante, levantar y acostar pacientes, traslado de equipamientos, carros de lencería, reparto de farmacia, traslado de productos químicos, correo, volantes, entre otras tareas. En cada puesto hay unos riesgos diferentes ya que en cada puesto se realizan unas tareas diferentes.

La tendencia total de accidentes de mayor a menor importancia son: ergonómicos, seguridad, agresiones, biológicos entre otros. Los celadores son especialmente los profesionales más afectados por trastornos musculoesqueléticos, pues su trabajo está directamente vinculado a la manipulación manual tanto de pacientes como de cargas. Las patologías más frecuentes son la columna, hernia, artrosis etc.

Según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, la mayoría de estos trastornos musculoesqueléticos de origen laboral se van desarrollando con el tiempo y son provocados por el propio trabajo o por el entorno en el que éste

se lleva a cabo. También pueden ser resultado de accidentes, como por ejemplo, fracturas y dislocaciones.

Los TME son procesos, que afectan principalmente a las partes blandas del aparato locomotor: músculos, tendones, nervios y otras estructuras próximas a las articulaciones. Al realizar ciertas tareas, se producen pequeñas agresiones mecánicas: estiramientos, roces, compresiones... que cuando se repiten durante largos periodos de tiempo (meses o años), acumulan sus efectos hasta causar una lesión manifiesta. Estas lesiones se manifiestan con dolor y limitación funcional de la zona afectada, que dificultan o impiden realizar el trabajo. Por lo general, los TME afectan a la espalda, cuello, hombros y extremidades superiores, aunque también afectan a las inferiores pero con menor frecuencia. Los problemas de salud abarcan desde incomodidad, molestias y dolores hasta cuadros médicos más graves que obligan a solicitar la baja laboral e incluso a recibir tratamiento médico. En los casos más crónicos, el tratamiento y la recuperación suelen ser insatisfactorios y el resultado puede ser una discapacidad permanente, con pérdida del empleo. Constituyen un problema grave para el personal sanitario, en concreto para el personal de enfermería y celadores ya que se deben a la realización de levantamientos incorrectos, adoptar posturas incorrectas a la hora de movilizar a pacientes como levantarles, trasladarles o cambiarles de posición así como la existencia de equipos insuficientes o inadecuados y a la movilización de pacientes en espacios reducidos.

2 Objetivos

- Analizar los factores ergonómicos y sus consecuencias sobre el personal no sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la valoración de la magnitud de los riesgos se utiliza el método empleado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, dicho método basa la estimación del riesgo para cada peligro en las consecuencias y en la probabilidad de que ocurra el hecho. Para determinar la severidad del daño, se han de tener en cuenta las partes del cuerpo afectadas y la naturaleza del daño; de esta manera se puede clasificar en ligeramente dañino, dañino o extremadamente dañino. La probabilidad de que ocurra se clasifica en baja, media o alta.

Los resultados que se consiguen a través de este estudio, ponen en manifiesto que la movilización y manipulación de pacientes que realiza el celador, constituyen un importante nivel de riesgo asociados a las posturas involucradas para la realización de dichas tareas.

5 Discusión-Conclusión

El estar durante mucho tiempo en una postura por muy confortable que parezca y por muy cómodo que se sienta el trabajador, puede causar y derivar en trastornos musculoesqueléticos. Lo ideal, es cambiar de postura siempre que creamos conveniente, y no mantenernos en la misma postura durante largos periodos de tiempo. En cuanto al apoyo del personal en la realización de una tarea es muy importante, ya que cuantas más personas haya involucradas y realizando la movilización, menor será la carga que tiene que soportar un trabajador realizando la misma tarea sin ayuda de nadie. De esta manera, en muchas ocasiones se puede prevenir la aparición de estos trastornos musculoesqueléticos debido a sobreesfuerzos. El uso de elementos móviles de ayuda como es el caso de grúas, disminuye el riesgo a la aparición de dichos trastornos.

Considero que uno de los factores más importantes a tratar sobre el trabajador, es la concienciación de utilizar equipos de ayuda que faciliten la movilización del paciente, al igual que trabajar entre más personas y que se presten ayuda entre ellos. Ya que la mayor parte de las camas son regulables en altura y éste hecho facilita la movilización del paciente, siempre y cuando se encuentren adaptadas a la altura del trabajador.

6 Bibliografía

- <http://www.sanidad.ccoo.es/>

- <http://scielo.isciii.es/>
- <https://seguridadysaludenhospitales.wordpress.com>
- <http://pdfs.wke.es>

Capítulo 777

INTIMIDAD DEL PACIENTE Y EL CELADOR

VANESA MONTES COLLÍA

1 Introducción

La intimidad es un valor que aparece ya en la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (1948). La Constitución Española (1978), garantiza el Derecho a la intimidad.

Intimidad lo podemos definir como el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada uno guarda en su interior. Es un concepto subjetivo, único para cada individuo e influenciado por la educación, sexo, edad, etnia, religión...

Proviene del superlativo” intimus” que en latín representaba lo más interior del interior de cada persona.

Con respeto a la intimidad hay tres aspectos:

- Intimidad corporal: se protege el cuerpo de la mirada y manipulación por parte de otras personas.
- Intimidad psicológica: se respetan sus valores y creencias.
- Confidencialidad: la protección de los datos relativos a la salud del paciente, así como su deseo de permanecer en el anonimato.

2 Objetivos

- Identificar las características relacionadas con el concepto de intimidad desde una perspectiva integral, es decir, desde el punto de vista de los pacientes y desde

el personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Revisión bibliográfica sobre estudios acerca de la intimidad del paciente en el medio hospitalario y su relación directa con la seguridad, aumentando la satisfacción así como de la calidad de los cuidados.

4 Resultados

En ocasiones se puede ver cómo el mantenimiento de la intimidad dentro de los hospitales se ve un poco olvidado favoreciendo otros aspectos más técnicos y necesidades que se piensan más básicas para el sistema sanitario, girando en torno a la enfermedad más que al propio paciente.

Se hace vital cómo el profesional se posiciona ante el paciente, dando máxima prioridad a la atención física, dejando olvidado la dimensión emocional y psicológica de la persona.

5 Discusión-Conclusión

La mejora de la intimidad de los ciudadanos en el ámbito sanitario exige la incorporación de pautas de comportamiento del personal sanitario y no sanitario, que tengan presente al paciente, no como objeto de cuidados, sino como persona en sentido amplio.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com/>
- <https://www.elsevier.es/>
- <http://scielo.isciii.es/>
- <http://congreso enfermeria.es/>

Capítulo 778

ANÁLISIS DEL ACOSO LABORAL HORIZONTAL DENTRO DEL PERSONAL NO SANITARIO (AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES) EN INSTITUCIONES SANITARIAS

MARIA SOL GONZALEZ LLANOS

MARIA ELENA JUBERÍAS AMO

1 Introducción

El acoso laboral es una realidad que se da actualmente y cada vez está siendo más reconocida y estudiada al tratarse de un problema de una magnitud real que causa consecuencias nefastas para la persona que lo sufre y para el entorno laboral.

Es importante destacar que es de difícil identificación el acoso allí donde se da, ya que las formas del mismo no siempre presentan las mismas características y pueden ser interpretadas como algo que entra dentro de la normalidad.

Dentro del entorno sanitario vamos a realizar el estudio sobre el personal no sanitario como pueden ser celadores o personal administrativo y de gestión.

Hay distintos tipos de acoso dentro de una institución pero uno de los más solapados y difíciles de detectar es el acoso laboral horizontal.

Este tipo de acoso tiene como característica predominante que el acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico dentro de la institución sanitaria y puede producir en el acosado consecuencias a nivel psicológico devastadoras.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Establecer políticas de actuación tendentes a detectar situaciones de acoso o hostigamiento antes de que los consecuencias sean irreversibles para el profesional no sanitario.

Objetivos secundarios:

- Crear políticas de control más estrictas para la vigilancia por parte de los superiores jerárquicos a la hora de detectar los casos de acoso.
- Establecimiento de protocolos de actuación en caso de acoso laboral entre personas del mismo rango.
- Establecer protocolos para la denuncia y resolución de conflictos.
- Formación e información para el personal no sanitario sobre los tipos de acoso y sus consecuencias tanto para el acosado como para el/los acosadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se emplearon descriptores: mobbing, hostigamiento laboral, acoso laboral horizontal.

4 Bibliografía

- Coping With Stress caused by workplace by workplace bulling (2019) Warszewska-Makuch M. Med.
- Piñuel yZabala,I.(2001). "Como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo". Editorial Sal Terrae.
- Mobbing como prevenir, intensificar y solucionar el acoso psicológico en el trabajo (2004)- M. A. López Cabarcos, P. Vázquez Rodríguez.

Capítulo 779

EL ESTRÉS DEL CUIDADOR

CONSUELO URDANGARAY SUÁREZ

1 Introducción

Un cuidador es cualquier persona que brinda cuidados a otra persona que lo necesita, como un niño, un padre anciano, un marido o esposa, un familiar, amigo o vecino. Un cuidador también puede ser un profesional al que se le paga por brindar cuidados en el hogar en el hogar de la persona o en otro lugar.

Las personas que no cobran por cuidar a alguien se denominan cuidadores informales o familiares cuidadores, refiriéndose a los familiares cuidadores que brindan cuidados regularmente a un ser querido con una lesión, enfermedad como demencia, o una discapacidad.

El familiar cuidador generalmente debe organizar la vida diaria de la persona dependiente. Esto puede incluir ayudar con las tareas diarias como asearse, alimentarse o tomar los medicamentos. También puede incluir organizar actividades y tomar decisiones financieras y de salud.

El estrés que sufre el cuidador se debe a la tensión emocional y física producidas por encargarse de otra persona. Los cuidadores tienen niveles de estrés mucho más altos que las personas que no son cuidadores, puesto que los primeros están proporcionando ayuda o están disponibles para hacerlo prácticamente todo el día. A veces, eso significa que queda poco tiempo para el trabajo o para otros miembros de la familia o amigos. Algunos cuidadores pueden sentirse abrumados por la cantidad de cuidado que necesita su familiar anciano, enfermo o discapacitado. Aunque el cuidado de personas puede ser muy difícil, también tiene sus recompensas. Ser capaz de cuidar a un ser querido es reconfortante aunque también es duro.

La consideración y el estudio del estrés en los cuidadores ha partido de los modelos generales de estrés, en concreto de los modelos transaccionales o interaccionales, para los que el estrés es un proceso dinámico de interacción entre la persona y su medio (Lazarus y Folkman, 1984). Desde este punto de vista, la vivencia que la persona tiene de la situación depende tanto de la evaluación que ésta haga de la misma, como de las estrategias que tenga en su mano para hacerle frente. De este modo, los efectos de cuidar a un familiar mayor dependiente estarían mediatizados por las evaluaciones que los cuidadores hacen de la situación y por los recursos de los que dispongan para afrontarla.

2 Objetivos

- Describir las fases del estrés del cuidador.
- Analizar la repercusión del estrés en la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Fases del estrés del cuidador.

1ª Fase: ante la nueva situación de líder, tras un accidente, una enfermedad repentina o cualquier otra situación que dé lugar a que una persona no pueda valerse por sí misma, suele ser un miembro de la familia el que suele asumir el papel de cuidador principal, sintiéndose con la responsabilidad para sobrellevar todo lo que la nueva situación requiere.

2º Fase: desajuste entre las demandas y los recursos, pronto se produce un desajuste entre las excesivas demandas que supone el cuidado de paciente dependiente y los recursos personales y materiales con los que cuenta el cuidador. Esto le obliga a realizar un sobreesfuerzo que poco a poco va agotando sus fuerzas.

3ª Fase: reacción al sobreesfuerzo, como reacción a ese sobreesfuerzo aparece:

- Ansiedad, nerviosismo, tristeza.

- Fatiga mental y física: sensación de no poder más.
- Irritabilidad: uno acaba perdiendo los nervios ante cualquier situación.
- Estrés, preocupación excesiva ante cualquier imprevisto.
- Agresividad: reacciones desmesuradas.
- Tensión con el resto de cuidadores
- Tendencia a encerrarse en uno mismo, soledad: no tenemos tiempo ni ganas de ver a nadie.

Y aparecen una serie de sentimientos en conflicto:

- Queremos cuidar y cuidar bien, pero a veces sentimos que la situación escapa a nuestro control.
- Nos sentimos mal por no haber reaccionado como tocaba.
- Sentimos que no estamos a la altura de las circunstancias.
- Nos sentimos culpables por disfrutar de las cosas, por dedicarnos tiempo o cuidados a nosotros mismos o incluso por pedirlo.

El estrés a largo plazo, de cualquier tipo, incluyendo el estrés del cuidador, puede provocar problemas serios de salud.

Algunas de las formas que el estrés afecta a los cuidadores incluyen:

- Depresión y ansiedad. Las mujeres cuidadoras tienen más probabilidades que los hombres de desarrollar ansiedad y depresión y ello aumenta los riesgos de padecer otras enfermedades.
- Sistema inmunitario débil. Los cuidadores estresados pueden tener el sistema inmune más débil que los que no lo son. Esto puede hacer que las vacunas, como las de la gripe, sean menos eficaces, por ejemplo.
- Obesidad. El estrés causa aumento de peso en más mujeres que hombres, lo que aumenta el riesgo de otros problemas de salud, incluyendo enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular y diabetes.
- Mayor riesgo de enfermedades crónicas. Altos niveles de estrés, especialmente cuando se combinan con la depresión, pueden aumentar el riesgo de sufrir problemas de salud como enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes o artritis.
- Problemas con la memoria a corto plazo o de atención. Concretamente los cuidadores de cónyuges con Alzheimer tienen mayor riesgo de tener problemas con la memoria a corto plazo y la concentración

5 Discusión-Conclusión

Tras toda la revisión bibliográfica sobre el tema que nos ocupa, hay un aspecto fundamental a tener en cuenta y que debe ser el primer paso para afrontar la dura

situación de hacerse cargo de una persona que no puede valerse por sí misma: aceptar que existe un problema. A partir de ahí saber qué necesidades tiene la persona y cómo se pueden organizar las tareas para que no se sobrecargue a un solo cuidador, que es lo que habitualmente suele ocurrir. En caso de no contar con otros familiares que puedan compartir la responsabilidad del cuidado, es fundamental, como ya hemos dicho en el apartado anterior, ponerse en contacto con prestaciones y recursos de la comunidad que pueden suplir carencias y/o servir de respiro a los cuidadores. Para ello es básico disponer de información al respecto o saber a dónde acudir para que puedan orientarte y asesorarte en dicha dirección. Mantener una actitud positiva siempre juega a nuestro favor.

6 Bibliografía

- Office on women's health. Womenshealth.gov. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
- Vithas. Blog de Daño Cerebral. "Síndrome del cuidador. Cómo cuidar al que cuida."
- MayoClinic.org. Departamento: Atención al paciente e información sobre salud. "Estilo de vida saludable. Control del estrés".
- Colección Estudios Serie Dependencia. Número:12006. "El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Desarrollo del programa: Cómo mantener su bienestar". Premio Imsero Infanta Cristina 2006. María Crespo López/ Javier López Martínez.

Capítulo 780

TRABAJO NOCTURNO. REPERCUSIONES PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO

1 Introducción

Trabajo nocturno es el realizado total o parcialmente entre las 22:00 y las 06:00 horas. Se puede realizar de forma continua o intermitente, teniendo consecuencias adversas para la salud en ambos casos. Existen profesiones que están sujetas al trabajo nocturno, destacándose todas aquellas que engloban el campo de la salud y que afectan tanto al personal sanitario como al no sanitario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los posibles riesgos de los turnos nocturnos en la salud integral del personal del ámbito sanitario.

Objetivos secundarios:

-Desarrollar una guía sobre las dificultades a las que se enfrentan los trabajadores en turno de noche y ofrecer una serie de consejos y hábitos para paliar sus efectos sobre su salud.

- Minimizar al máximo los efectos adversos que conlleva el trabajo nocturno, que acarrea la desincronización fisiológica que se produce en este tipo de trabajos y que afecta principalmente al aparato digestivo y al sistema nervioso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Adoptando sencillos hábitos de alimentación y descanso, se contribuirá a incrementar la calidad de vida del trabajador. Otros criterios a adoptar para minimizar los efectos adversos del turno de noche serían:

- Establecer una edad máxima de trabajo en el turno de noche.
- Aumentar pausas y tiempos de recuperación de fatiga.
- Programas preventivos de la salud.
- Mejoras de la organización de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el trabajo de noche no sólo posee un impacto fisiológico, sino también psicológico y social, lo que hace necesario aplicar políticas de salud que mitiguen los factores de riesgo asociados.

6 Bibliografía

- Blog Psicopatología sociolaboral. <http://pedpsl.blogspot.com.es/>
- Díaz, E.M., Rubio, S., Luceño-Moreno, L. y Martín-García, J. (2010). Relaciones entre percepción de riesgos psicosociales y hábitos de sueño. *Ansiedad y estrés*, 16 (2-3), 249-258.

- Fundación para la prevención de riesgos laborales. Los tiempos de la organización del trabajo: incidencia de los riesgos psicosociales en los sistemas de trabajo a turnos.
- García Sara, García Ainhoa, Loncha Sofía y Alaasan Yasmín. 24 de octubre de 2010. "Psicopatología sociolaboral- Algunos consejos para mejorar la calidad de vida de los trabajadores nocturnos".
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH).
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995 y Estatuto de los trabajadores.
- Nogareda, S. (1993). NTP 310: Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Nogareda, C. y Nogareda, S. (1997). NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Sánchez González, Juan Manuel. (2004). Análisis de los efectos de la nocturnidad laboral permanente y de la rotación de turnos en el bienestar, la satisfacción familiar y el rendimiento perceptivo-visual de los trabajadores.

Capítulo 781

EL ESTRÉS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO

1 Introducción

El estrés laboral es uno de los mayores riesgos para la salud de los trabajadores y representa una amenaza tanto para el individuo como para la empresa. El personal del ámbito sanitario es uno de los más afectados.

Los factores que influyen y afectan de forma significativa en el estrés laboral son los siguientes: ritmos de trabajo, trabajos rutinarios, capacidad de iniciativa o autonomía, comunicación, relaciones personales, horarios de trabajo, trabajo a turnos, etc.

2 Objetivos

- Establecer las características del estrés, así como señalar los factores que conducen al mismo.

3 Metodología

La metodología consistió en sintetizar las causas que se encuentran en su origen y las características del mismo.

4 Resultados

La modificación de ciertos aspectos organizativos que favorecen el desarrollo del estrés no sólo repercute en una mejora del bienestar de los trabajadores, sino en un mejor funcionamiento del centro a todos los niveles, ofreciendo a los trabajadores un abanico de posibles soluciones ante este tipo de estrés, entre las que se destacan las siguientes técnicas: relajación, respiración, gestión del tiempo y mejora en habilidades sociales.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones son:

Tomar conciencia de los factores organizacionales, sociales y personales relacionados con la aparición del estrés, el cual no solo repercute en la salud de los profesionales, sino también en la calidad del trabajo realizado.

6 Bibliografía

1. Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., Quintana Pérez, S. (2013) El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual.
2. Blog Psicopatología sociolaboral.
3. Curso de "Agresiones en Centros Sanitarios. Planes de Actuación (Personal Sanitario). FYSA. Formación y Sanidad.
4. Díaz, E. M., Rubio, S., Luceño-Moreno, L. y Martín-García, J. (2010). Relaciones entre percepción de riesgos psicosociales y hábitos de sueño. *Ansiedad y Estrés*, 16 (2-3), 249-258.
5. Grau, A, Suñer, R., García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales.

Capítulo 782

ASPECTOS ÉTICOS DEL ASEO DE LOS PACIENTES

ADRIÁN ALONSO PERTIERRA

JUAN MONTES MÁRMOL

1 Introducción

Cuando una persona sufre la necesidad temporal o definitiva de precisar ayuda para el aseo esta cesión de la propia intimidad implica en muchos casos un trauma psicológico importante que es necesario tener en cuenta. Tener en cuenta este trauma forma parte de la valoración ética siempre necesaria en el ejercicio profesional de sanitarios y celadores.

2 Objetivos

- Buscar trabajos bibliográficos que amplíen la discusión sobre la ética laboral ante el aseo de personas dependientes o enfermas.

3 Metodología

En este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en google académico utilizando las palabras "aspectos éticos del aseo de los pacientes", descartando todos aquellos trabajos sin relación con el tema o los de una antigüedad superior a diez años. Al final se han escogido 8 trabajos que aportan diversas líneas de trabajo e investigación en la línea de aportar al trabajo de los profesionales una

valiosa perspectiva laboral que incida en la necesidad de un respeto extremo por la intimidad y la autonomía de los pacientes.

4 Resultados

Todos los trabajos inciden en la necesidad imperiosa de humanizar los cuidados, alejándose de planteamientos mecanicistas en los que los pacientes se sientan manejados en lugar de cuidados.

Un planteamiento laboral asado en la ética en vez de en la rapidez, osea, el desarrollar mucho trabajo en poco tiempo, asegura una mayor satisfacción de los pacientes y de los trabajadores y un aumento en la calidad percibida y real de los cuidados.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario suscribir un compromiso profesional con la ética y el valor de unos cuidados satisfactorios para los pacientes.

El respeto estricto por la intimidad, el cariño y el buen humor mientras se prestan esos cuidados aumentan también la satisfacción de los profesionales alejando la posibilidad de que los trabajadores se quemem.

6 Bibliografía

- Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público MC Burgos Moreno, T Paravic Klijn - Ciencia y enfermería, 2003 - scielo.conicyt.cl
- Toma de decisiones en pacientes con demencia avanzada. EH Gac - Revista Médica Clínica Las Condes, 2012 - Elsevier.
- Patrones De Cuidado En Enfermeria Relacionados Con La Higiene Diaria Del Paciente Hospitalizado En La Unidad De Cuidados Intensivos.
- MA Lopez Ayala, AM Hernandez Martinez... - 2010 - noesis.uis.edu.co
- Alteraciones hemodinámicas del paciente crítico cardiovascular durante la realización del baño diario.
- S Quiroz Madrid, C Castro López... - Medicina ..., 2012 - search.ebscohost.com
- Cambios hemodinámicos en el paciente crítico antes, durante y posteriormente a la higiene y/o movilización.
- L Masnou Brichs - 2015 - repositori.uic.es

- Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. L Villarejo Aguilar, PL Pancorbo-Hidalgo - Gerokomos, 2011 - SciELO Espana
- Aspectos éticos de la comunicación científica en salud
- MM Toro - Medicina UPB, 1995 - revistas.upb.edu.co
- Vivencias de las pacientes en la exposición de su corporalidad durante la estancia hospitalaria Chiclayo, 2017
- R Castro, R del Rosario - 2018 - 54.165.197.99

Capítulo 783

MOBBING EN EL ENTORNO SANITARIO

JULIA MARÍA PRIETO VELASCO

MERITXELL DORADO GÁNDARA

NATALIA RUIZ RAMON

1 Introducción

El estudio y la protocolización de los aspectos psico-sociales relacionados con la violencia psicológica y acoso laboral en los medios sanitarios.

La violencia en el trabajo se ha convertido en un problema mundial, afecta a todos los sectores y a todas las categorías de trabajadores, especialmente a los trabajadores de la salud. El 25 por ciento de los incidentes violentos en el trabajo se registran en este sector, se refieren a casos de violencia física.

En nuestro país no se dispone de información precisa, muchos actos no se denuncian, durante mucho tiempo ha sido una cuestión olvidada y se ha subestimado la violencia psicológica y la institucional.

2 Objetivos

- Prevenir la violencia interna o acoso laboral dentro de las Instituciones Sanitarias.

- Mejorar la calidad de la atención sanitaria a los pacientes, mediante el control de las repercusiones, que tiene la violencia en el trabajo, sobre la salud física y psíquica de los trabajadores.

3 Metodología

La violencia en el trabajo o acoso laboral es una amenaza para la salud, seguridad, eficiencia de los servicios, productividad, y para un trabajo digno. Se elaborarán estrategias de información y de formación y con un sistema de análisis de las posibles quejas. Se podría sugerir la elaboración de una política contra la violencia en el trabajo en colaboración con los agentes sociales y las autoridades sanitarias, quienes evaluarán la eficacia de la política de prevención de la violencia y elaborarán un proceso de aprendizaje estratégico.

4 Resultados

Formación de un equipo entrenado en violencia o acoso moral. Obtención de una base de datos bibliográfica sobre la violencia en general y el acoso moral en particular. Obtención de una base de protocolos institucionales. Elaboración de material divulgativo de información-formación a los trabajadores, recogido en un documento en de fácil distribución. Participación y entrenamiento del grupo de trabajo en técnicas de control del estrés en organizaciones, Curso de manejo y control del estrés con la utilización de terapias de tercera generación en Mindfulness Fitness.

5 Discusión-Conclusión

Un sanitario víctima de una situación de acoso laboral no solo va a verse afectado física y psicológicamente por la situación, sino que directamente se verán afectados los pacientes debido al estado en el que se encuentre el sanitario en el momento de prestarles atención.

6 Bibliografía

1. González de Rivera, JL., & Rodríguez-Abuín, M. (2003). Cuestionario de estrategias de acoso psicológico: El LIPT-60. *Psiquiatría.com*
2. Fernández, E. (2003). *Igualdad y derechos humanos*. Anaya.

3. Giner Alegría, CA. (2011). Aproximación conceptual y jurídica al término acoso laboral. Anales de Derecho de la Universidad de Murcia
4. De Rivera, L. (2005) El maltrato psicológico: Cómo defenderse del bullying, el mobbing y otras formas de acoso. Espasa Calpe.

Capítulo 784

AUTOCUIDADOS, ESTILOS DE VIDA Y SALUD DEL PROFESIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

ROGELIO SANCHEZ VALLES

ARACELI GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

Cualquier profesional que se dedique al ámbito sanitario, bien de forma directa o indirecta, debe conocer cuáles podrían ser los posibles peligros del trabajo diario, y poder prevenir aquellas situaciones que podrían posibilitar padecer alguna enfermedad, bien por la situación en el trabajo, o por escasos o insuficientes cuidados a si mismos, o lo que es lo mismo, no saber autocuidarse.

2 Objetivos

- Definir los objetivos fundamentales de la Educación Sanitaria en el ámbito sanitario.
- Ubicar como prioridad la atención del enfermo.

3 Metodología

Estudio transversal, descriptivo y correlacional. Las variables estudiadas fueron: autocuidado y calidad de vida. Palabras claves: Educación sanitaria, prácticas de autocuidados, estilos de vida y prevención.

4 Resultados

Se obtuvo una panorámica sobre la aplicación de políticas de educación sanitaria y los resultados obtenidos que permitieron hacer recomendaciones generales y específicas muy puntuales. Se pretende proporcionar elementos útiles para definir políticas y acciones de cara al futuro.

5 Discusión-Conclusión

Educación sanitaria.

La salud pública como disciplina en las Ciencias de la Salud, contienen actividades encaminadas a la protección, promoción y restauración de la salud.

OMS (1969): «La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan». El objetivo de la educación es hacer de la salud un bien colectivo, formando a la población para que pueda contribuir en su salud de manera participativa y responsable, cambiando conductas perjudiciales, y consolidando las saludables. La educación sanitaria posibilita la prevención y control de las enfermedades crónicas y de los accidentes. Con la educación la población comprenderá la necesidad de los programas de salud. Así mismo podrá modificar comportamientos insanos causantes de procesos crónicos, podrá participar en la detección precoz de enfermedades y continuar con el tratamiento prescrito evitando alteraciones mayores.

Autocuidados.

Autocuidados son las actividades realizadas por los sujetos gracias a las cuales realizan de forma correcta las actividades de la vida diaria, junto con las actividades laborales. Nuestra salud dependerá del estilo de vida social, riesgos ambientales, alimentos que consumimos, desigualdades, valor que damos a la salud, etc. El estilo de vida se define como el conjunto de conductas que caracterizan la manera de vivir de la persona. El estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir, con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo. No podemos decir que existe un único estilo de vida saludable, lo que implicaría que solo existe una manera sana de realizar nuestras acciones cotidianas, sino que dentro de una determinada sociedad hay muchos estilos de vida que lo son. En la mejor forma de vida posible, siempre coexisten factores favor-

ables juntos con otros de riesgo; sin embargo a pesar de esta relatividad puede considerarse que un estilo de vida es saludable, en su conjunto, cuando ayuda a aumentar las expectativas y la calidad de vida y hace menos probable la aparición de enfermedades e incapacidades. En la actualidad, sabemos que ciertas conductas implican riesgos para la salud como: fumar tabaco o tener sobrepeso, etc; en cambio, la favorecen: realizar ejercicio físico regular o seguir una alimentación equilibrada. El estilo de vida está determinado por cuatro factores principales:

- Características individuales, genéticas o adquiridas como la personalidad, intereses, educación, etc.
- Características del entorno en el que nos desenvolvemos: familia, amigos, vecinos, ambiente laboral etc.
- Factores del entorno a gran escala: cultura, sociedad, instituciones, medios de comunicación, etc.
- Factores geográficos que influyen en los comportamientos.

Bienestar en el trabajo.

El ámbito laboral es una de las dimensiones vitales que más influyen en la salud psicológica de las personas. El bienestar en el trabajo es un elemento clave, y la naturaleza de las profesiones basadas en la ayuda a los otros, suelen comportar mucha carga vocacional e implicación personal, con elevados grados de satisfacción, pero por el contrario se trata de un colectivo expuesto a muchos factores generadores de estrés laboral. El trabajo asistencial por sí mismo va ligado a vivir situaciones críticas y de gran impacto emocional (el dolor, la muerte, los dilemas éticos, etc.), situaciones derivadas del entorno laboral (la presión asistencial, la falta de recursos, la relación con los usuarios y los compañeros, la exigencia académica, etc.), y particularidades organizativas de cada entidad o institución. El síndrome del quemado (Burnout), riesgo psicosocial que puede afectar a muchos trabajadores de cualquier sector, pero que en el mundo sanitario adquiere una gran relevancia por su frecuencia en algunos puestos de trabajo. Este cuadro se caracteriza por la pérdida de energía del trabajador, quien se siente agotado y carente de motivación. No percibe la utilidad de su trabajo y su enorme frustración le lleva a un enorme menoscabo de su autoestima. Todo ello se traduce en irritabilidad, indiferencia, ansiedad, depresión. En ocasiones, se debe a la frustración de expectativas profesionales previas que no se ven satisfechas: prestigio profesional, nivel económico...Otras veces, sin embargo, se produce por la decepción ante los resultados obtenidos en la tarea diaria, sobre todo en relación con los enfermos. La muerte de pacientes con los que han establecido lazos afectivos, hace que este personal, poco a poco, vaya desarrollando este cuadro. La rotación de puestos y la fijación de unas expectativas profesionales más realistas y menos

ambiciosas, pueden ser las medidas que eviten la aparición de este problema.

Conclusiones.

Se encontró un panorama diverso respecto a los intentos de medir el autocuidado y desarrollar estrategias de promoción de la salud acordes con las formas de trabajo, por lo cual la promoción de la salud en el entorno hospitalario debe ser un tema de constante revisión que permita a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla e influir positivamente en su entorno laboral. De otra parte, el comprender de manera integral el concepto de autocuidado considerando la construcción teórica y la perspectiva del trabajador, es fundamental para formular estrategias orientadas a que la población económicamente activa cuide su propia salud e integridad, pues involucra a los usuarios potenciales como actores de cambio que movilizan los planes de acción de manera participativa. Que en el ámbito de hospitalario, en especial en el campo comunitario, se realicen programas educativos que se proyecten a las instituciones sanitarias para brindar orientación sobre estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado en el profesional que asiste a dichas instituciones.

6 Bibliografía

- Chiang, M y cols. (2003). Propuesta de un Programa de Promoción sobre un estilo de vida saludable.
- Banet, E. (2004). Educación para la salud.

Capítulo 785

ERGONOMÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

DAVID MARTÍNEZ NIETO

LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ

PAULA GARCIA MIRANDA

LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los riesgos ergonómicos están asociados a las lesiones músculo-esqueléticas más comunes. Estas lesiones son causadas por diferentes motivos como adopción de malas posturas o manipulación manual de cargas. Aparecen de forma paulatina y en un principio parecen inofensivas pero según se van agravando, el dolor y el cansancio no desaparecen. La ergonomía promueve las relaciones interprofesionales y laborales teniendo en cuenta un sistema profesional donde aparecen limitaciones, exigencias, características y requisitos propios de cada trabajador.

2 Objetivos

Determinar medidas ergonómicas y conocer las aplicaciones de la ergonomía a nivel sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En la actualidad se siguen presentando bajas laborales por el mal posicionamiento del cuerpo a la hora de realizar el trabajo. Cada vez se están intentando organizar más cursos formativos tanto teóricos como prácticos, para mejorar la educación sobre ergonomía laboral. Mediante la ergonomía se pueden obtener grandes beneficios que afectan favorablemente a sus trabajadores ya que como prioridad absoluta busca impulsar sus cualidades y virtudes.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de las enfermedades laborales se puede llevar a cabo atendiendo prioritariamente a los llamados riesgos ergonómicos y evitando que éstos puedan provocar trastornos entre los trabajadores. Para ello se realizarán evaluaciones continuadas sobre el propio trabajador y su entorno. Siguiendo estas normas el trabajador conseguirá un entorno laboral más seguro y se reducirán las bajas laborales derivadas de las lesiones músculo-esqueléticas.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 786

ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL PARA CELADORES

JUAN MONTES MÁRMOL

ADRIÁN ALONSO PERTIERRA

1 Introducción

El trabajo de los celadores y auxiliares sanitarios exige en todos los casos una serie de esfuerzos físicos que repercuten negativamente en la salud ósea y muscular a medio y largo plazo. Conocer los principios ergonómicos básicos a aplicar en la profesión y mantener en el trabajo una correcta higiene postural supone una gran ayuda para prevenir cualquier posible lesión y evitar las incapacidades temporales o permanentes. Es por ello que es relevante formar a los profesionales sanitarios, y en especial a los celadores, en este campo, que es responsabilidad tanto de los servicios de salud laboral como de los propios trabajadores, que son los principales interesados en no sufrir patologías derivadas de su ejercicio profesional.

2 Objetivos

- Analizar los posibles fallos en cuanto a la higiene postural en la práctica diaria del trabajo de celador y su posible repercusión.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: celador, ergonomía, postural, higiene, lesiones, muscular, laboral, prevención. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

En primer lugar una actividad física tendente a compensar las posturas perniciosas sería una buena base preventiva, estiramientos, fortalecimiento de la musculatura, sobremanera la dorsal, etc. Un calzado adecuado ayuda a corregir malas posturas al caminar, también es importante que el vestuario evite los cambios bruscos de temperaturas al salir al exterior, por ejemplo.

Deberían utilizarse todos los medios técnicos que favorezcan el trabajo con el menor esfuerzo físico posible, así como estimular a los pacientes a mantener al máximo posible su autocuidado. Es importante también, tener en cuenta los peligros físicos de la turnicidad, favoreciendo una buena higiene de sueño y alimentaria para minimizarlos.

Los celadores durante su práctica diaria, realizan movilizaciones de pacientes en posturas complicadas, trasladan camas, camillas y sillas de ruedas, colaboran en aseos, traslados de expedientes, aparatos y muestras, y todo ello caminando largas distancias en el interior de hospitales. Es por ello, que conocer y fomentar una buena ergonomía e higiene postural de forma preventiva, fomentará la calidad de vida de los trabajadores y, consecuentemente, aumentará la eficacia de su trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La formación en salud laboral y prevención de riesgos debería ser una prioridad absoluta tanto para los empleadores como para los trabajadores, dadas las consecuencias negativas que para ambos tienen las lesiones profesionales. En muchas ocasiones los propios trabajadores celadores no son conscientes de las repercusiones que este trabajo puede acarrearles, ni de cuales son las medidas de prevención que debe aplicar en su jornada cotidiana para evitar esas repercusiones.

6 Bibliografía

- Estudio de riesgos ergonómicos en la movilización de residentes/ usuarios en centros de atención a personas mayores. C de Madrid - 2013.
- Manipulación Manual de Personas en Centros Geriátricos de Atención Integral. S Fernández Álvarez - 2014.
- Dorso-lumbalgias en personal auxiliar de geriatría. P Villanueva, G Eulogio - 2015 -
- Plan de prevención de riesgos laborales del Centre Sociosanitari de Cornellà de Llobregat. N Balasch Peries - 2017 -
- Plan de prevención de profesionales y residentes de la Residencia Hogar de la Sabiduría. P Reinaldos López - 2017 -
- Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid. M Polanco Serna - 2014.
- La ergonomía y las consecuencias de una mala higiene postural para el personal celador- AB Prieto, RG Iglesias, SF. Simón - ... para la mejora de la salud ..., 2019.
- Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en profesionales de los servicios de rehabilitación y unidades de fisioterapia. HR Cabezas-García, M Torres-Lacomba - Fisioterapia, 2018 - Elsevier
- Patología osteomuscular en centros sanitarios de la provincia de Málaga. RMM CRUZADO, ANAR PARDO, RG DELGADO.
- Prevención de riesgos laborales en la movilización de pacientes. E Ayala Martínez - 2016.
- Evaluación de riesgos ergonómicos en la manipulación de pacientes en el Hospital Humberto Molina del Ministerio de Salud Pública del cantón Zaruma. RE Maldonado Alvarado - 2015 - 186.101.98.14

Capítulo 787

YO DESIGUAL

SERGIO ANTONIO ÁLVAREZ SASTRE

1 Introducción

En 1971 se aprueba la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana en Francia proponiendo la emancipación femenina o la igualdad de derechos. En 1893 Nueva Zelanda aprueba el sufragio femenino. En 1908 las huelgas femeninas del sector textil alumbran al Día Internacional de la Mujer. En 1960 Sri Lanka toma como Primera Ministra a una mujer. En 1978 la Constitución española reconoce la igualdad entre hombres y mujeres.

No existe ninguna duda sobre la existencia de la desigualdad de la mujer frente al hombre. A pesar de los avances en economía, política social o educación aún hoy en día existen estadísticamente diferencias salariales medias entre mujeres y hombres o dificultades de acceso al mercado laboral para determinadas mujeres. Para compensar este agravio histórico los gobiernos, las empresas y los agentes sociales han promovido políticas y acciones como las tasas de ocupación femenina para que, por ejemplo, exista paridad en el número de altos cargos femeninos y masculinos.

A mediados del siglo pasado en España la mujer rural ejercía como esposa, madre, trabajadora en casa y fuera de casa, e incluso servicio al marido en el hogar. No cabe duda de que hoy esto puede resultar un recuerdo anecdótico pero fue una realidad para la mayoría de las mujeres en la España rural extensible a las mujeres urbanas.

Hoy en día, con la total integración de la mujer en el mundo laboral, parece que hemos conseguido cierta paridad laboral entre hombres y mujeres. Pero no es

así. La dificultad de las mujeres para compatibilizar el trabajo en la empresa con el trabajo doméstico es una realidad heredada de la impuesta tradición femenina de disponerse como trabajadora en casa. La doble jornada -en la empresa y en casa- es la jornada de trabajo común para muchas mujeres que viven en pareja o tienen hijos. El sacrificio en el hogar va en detrimento del ocio o la formación de las mujeres.

Pero, ¿qué ocurre con aquellos hombres que, nacidos en las décadas de los 80 o 90 del siglo pasado, han sido educados en igualdad de obligaciones que las mujeres? ¿Sufren también la doble jornada, adolecen de tiempo disponible para su carrera o para su propio ocio?

2 Objetivos

- Razonar sobre la doble jornada femenina y la haremos extensiva al hombre de hoy, dando visibilidad a un problema que afecta no sólo a las mujeres y a algunos hombres, sino indirectamente a toda la sociedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La doble jornada supone una limitación de tiempo disponible para la formación profesional. Si el tiempo disponible se reduce y la formación se sacrifica el sujeto, sea hombre o mujer, sufre desajustes entre su nivel de formación y su progresión laboral en la empresa. La opción sacrificada de dedicar tiempo al hogar en detrimento de la vida profesional puede generar sentimientos de culpabilidad y una sensación de falta de responsabilidad en la empresa, lo que en ocasiones se traduce en el eufemismo “falta de implicación”.

La cultura del cuidado de la familia, aunque recayendo principalmente sobre las

mujeres, es extensiva a aquellos hombres que no han “disfrutado” de una cultura machista en su temprana educación. Así, en el creciente número de hombres solicitantes de reducción de jornada laboral por el cuidado de hijos que se está produciendo en España, tenemos un marcador -pequeño pero significativo- de que la tradicional lucha feminista está dando sus frutos. Sin embargo, indirectamente y lejos de resultar liberador para la mujer, esta tendencia pone de manifiesto el déficit de soluciones conciliadoras existente para la crianza de hijos que retroalimenta las desigualdades para las mujeres.

En la década de 1920 se produjo un hecho significativo que en su momento pareció liberador para la mujer: las mujeres empezaban a fumar en público. Fumar era tradicionalmente “cosa de hombres” y las mujeres fumadoras se escondían en entornos íntimos para fumar. Con la liberación de los años 20 en el cine y en cartelería publicitaria por fin se daba visibilidad a la mujer fumadora: era una apertura de puertas a la expresión femenina de la libertad para hacer lo que le estaba vetado en público. Sin embargo, este acto “liberador” no benefició relativamente a las mujeres; permitió a las empresas tabaqueras publicitar sus productos tanto como como quisieron.

De la misma forma que la doble jornada es un efecto secundario del trabajo fuera de casa para las mujeres, también lo es para aquellos hombres -todavía pocos- que deciden tener familia o realizan sus tareas domésticas en natural proporción paritaria con sus parejas. Este acto “liberador” enmascara una realidad subyacente que incide sobre los hombres y muy directamente sobre las mujeres: la falta de tiempo, lo complicado de la conciliación, perjudica gravemente a la natalidad en España.

La tasa de fertilidad en España ha descendido de los 2,5 hijos por mujer en 1960 a 1,3 hijos por mujer en 2016. Cada mujer tiene estadísticamente menos de 2 hijos en nuestro país. Esto supone, por ser la mujer la única persona biológicamente capaz de ser madre, una tasa de reposición negativa por cada pareja de progenitores, es decir, si cada pareja debería tener 2 hijos para reponer la tasa vejetativa, existe un déficit de reposición de 0,7. Y la perspectiva desde 2016 en adelante es mucho peor. Esta falta de niños incidirá directamente en la configuración de nuestra sociedad ya no futura sino presente. El reto demográfico que hemos dejado de lado, fruto indirecto tal vez de las dificultades expuestas en párrafos anteriores, traerá consecuencias económicas, sociales y políticas absolutamente polarizadas por las características de la población que seremos: muchas personas mayores en relación al número de jóvenes.

Si es la mujer quien puede tener hijos, existe una retroalimentación en sus responsabilidades sobre el efecto social de la carencia de hijos: cuando el hombre comparte la dificultad para criar hijos dadas las carencias todavía existentes en materia de conciliación no sólo está “ayudando” a la mujer, está también poniendo más aún de manifiesto los problemas de conciliación de las mujeres, siendo una paradoja que dado el bajo porcentaje de hombres que se dedican al hogar frente al porcentaje de mujeres, exista una mayor visibilidad del problema.

Así como la visibilidad de la mujer fumadora en los años 20 del siglo pasado puso de manifiesto un problema con el tabaco, la visibilidad del hombre conciliador con el hogar pone de manifiesto la propia dificultad de la conciliación, que es abrumadoramente más significativo para la mujer que para el hombre. ¿Estamos permitiendo y bendiciendo, entonces, un problema para las mujeres con velo de liberación?

5 Discusión-Conclusión

Puede parecer que el razonamiento dado en este capítulo es un argumento en contra de la conciliación del trabajo fuera de casa de la mujer, como si lo contrario a lo que estamos viviendo, con la mujer en su papel pretérito de señora del hogar, madre y amante esposa -cabe un análisis etimológico de este término-, confiriera a la sociedad la solución para el reto demográfico al que España se enfrenta: la falta de niños. No es en absoluto así; la intención de este capítulo es revelar que las políticas conciliadoras están muy lejos de ser suficientes y por lo tanto adecuadas en la actualidad. ¿Existe entonces igualdad entre hombres y mujeres en términos absolutos? La sociedad sigue cargando de responsabilidades a la mujer, incluso cuando trata de hacerlo todo bien.

6 Bibliografía

1. La termita demográfica -Artículo El mundo junio 2019.
2. El hombre que amaba a los niños -Christina Stead.
3. Varias notas de prensa -Instituto Nacional de Estadística.

Capítulo 788

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR HOSPITALARIA

ELENA MARIA CURTO BLAS

1 Introducción

El riesgo de sufrir una insuficiencia cardíaca es cada vez mayor en la población, debido a distintos factores como pueden ser la alimentación, el sedentarismo o los malos hábitos en general. Por ello es de vital importancia que conozcamos los distintos métodos de (RCP) reanimación cardiopulmonar.

2 Objetivos

- Exponer de forma sencilla los factores que provocan el fallo cardíaco y los distintos métodos existentes para aplicar la reanimación cardiopulmonar.
- Ofrecer una definición de RCP: la reanimación cardiopulmonar (RCP) es un procedimiento de emergencia usado para salvar vidas, que se realiza cuando alguien ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar. Esto puede suceder después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco o ahogamiento. Siendo muy necesario el conocimiento de su aplicación en las distintas variantes que presentamos.

3 Metodología

La metodología del plan hospitalario de RCP es:

- Identificar las áreas hospitalarias de mayor riesgo de sufrir una PCR.

- Establecer un sistema de activación del equipo de soporte vital avanzado (SVA) rápido y efectivo. Mejorar la cadena de supervivencia hospitalaria.
- Estandarizar y actualizar el equipamiento (carros de parada, desfibriladores) y la medicación (botiquín de rcp) de las áreas asistenciales en función de la frecuencia de presentación y del entrenamiento del personal.
- Presentar e implantar un Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) común para todo el hospital, que dé respuesta asistencial a la Parada Cardiorrespiratoria (PCR) de acuerdo con las recomendaciones internacionales actuales.
- Establecer la composición del equipo de soporte vital avanzado y las funciones de cada uno de los intervinientes en una PCR.
- Promover un registro de paradas cardíacas intrahospitalarias según el estilo Utstein que permita conocer los resultados, compararnos con los estándares establecidos y corregir las deficiencias detectadas.
- Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP para el personal sanitario y no sanitario del hospital.

4 Resultados

Plan hospitalario de RCP: las paradas cardíacas que se presentan en los hospitales representan un problema social, sanitario y económico de gran magnitud. La literatura internacional considera que entre un 0,4% y un 2% de los pacientes ingresados y hasta un 30% de los fallecidos, precisan de las técnicas de reanimación cardiopulmonar (RCP).

La mitad de estas paradas se producen fuera de las Áreas de Críticos y en la actualidad 1 de cada 5 pacientes tratados sobrevivirá y podrá ser dado de alta. Se estima que en España la cifra de pacientes que son tratados anualmente de una parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria es de unos 20.000. Al igual que sucede en otros países, la magnitud del problema desde el punto de vista de la Salud Pública es de tal calado que el número de muertos con el que se asocia supera ampliamente al generado por los accidentes.

Existe la evidencia de que puede disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las PCR si se mejora la respuesta asistencial, acortando los retrasos en la respuesta mediante la optimización de la "cadena de la supervivencia hospitalaria".

Optimización que puede lograrse mediante estrategias dirigidas a:

- La detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardíaca.
- El reconocimiento precoz de la PCR por el personal de enfermería.
- La aplicación precoz y adecuada de las técnicas de soporte vital básico (SVB).
- La desfibrilación temprana, con la utilización por el personal de enfermería de la desfibrilación semiautomática, fuera de las Áreas de Críticos.
- El inicio rápido y adecuado de las técnicas de soporte vital avanzado.
- La instauración de unos cuidados posreanimación de calidad, con el traslado asistido e ingreso temprano en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

El Plan Nacional de RCP elaboró en el año 2005 una serie de recomendaciones sobre la reanimación cardiopulmonar en el hospital. En ellas se detallan los aspectos organizativos y funcionales que deben establecerse.

En relación con el Comité de Reanimación Cardiopulmonar le asigna las siguientes funciones:

- Evaluar la problemática de las PCR en el hospital.
- Elaborar el mapa de riesgo en el centro asistencial.
- Evaluar el actual sistema de alerta de parada y el modelo de respuesta a las situaciones críticas.
- Impulsar la prevención de las PCR mediante la detección temprana de las situaciones críticas y la mejora de la respuesta asistencial a las urgencias internas.
- Normalizar el equipamiento de RCP y emergencias.
- Implementar un sistema adecuado para medir los intervalos de tiempo en la respuesta a la parada cardíaca y a la emergencia intrahospitalaria.
- Proponer la distribución del equipamiento de acuerdo con las necesidades potenciales de los enfermos.
- Proponer un programa para entrenamiento y la formación continuada de todo el personal sanitario del área y efectuar su seguimiento.
- Elaborar las Guías de RCP del hospital, de acuerdo con las recomendaciones del European Resuscitation Council y del Consejo Español de RCP.
- Implementar el Programa de Desfibrilación Temprana del Área de Salud.
- Promover la práctica de las "órdenes de no resucitación" y de las directivas previas en este campo.
- Normalizar la recogida de información sobre RCP, de acuerdo con el Estilo Utstein.
- Impulsar el desarrollo de una base de datos central que permita la evaluación periódica de los resultados.
- Colaborar con el Programa de trasplante del hospital y, especialmente, con el programa de donación a corazón parado, si éste existiera en el centro.

- Evaluar periódicamente los resultados, de acuerdo con unos estándares previamente definidos.
- Proporcionar periódicamente información de los resultados de los diferentes servicios, auditando estos resultados cuando se considere necesario.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de estas estrategias en un sistema bien estructurado de respuesta interna ante la PCR mejora la supervivencia y seguridad en el ámbito hospitalario. Estos resultados deberían mostrar un camino con la idea de implantar modelos similares en los hospitales de nuestro país.

Ofrecer la oportunidad de participar a los pacientes y/o familiares debe ser uno de los objetivos de este plan hospitalario de RCP. Conocer la existencia de este plan, así como hacerlo participe dentro de su capacitación, dará al paciente y familia una percepción real de seguridad ante la PCR. Son ellos en muchos casos el primer testigo de la PCR.

Proponer líneas de investigación encaminadas a establecer una mejora continua de calidad incluyendo sistemas de evaluación y análisis que permitan introducir mejoras en el seguimiento de estos.

6 Bibliografía

1. Servicio Andaluz de Salud.
2. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
3. Revista médica MedlinePlus.

Capítulo 789

RIESGO LABORAL EN EL EMBARAZO EN CENTROS SANITARIOS

SONIA LORENZO RUBIO

PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ

MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN

CARLA MIRANDA TAMARGO

1 Introducción

Los trabajadores (hombres y mujeres) tienen derecho a prestar sus servicios en un ambiente de trabajo saludable, así lo reconoce el artículo 40.2 CE “por la seguridad e higiene en el trabajo”, conectado directamente con el art. 15 CE (derecho a la vida) o el art. 10 CE (derecho al respecto de la dignidad de la persona). Ésta es la premisa de la que partir: todos y todas tenemos derecho a la seguridad en el trabajo.

Pues bien, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (dando cumplimiento a estos mandatos constitucionales y llevando a cabo la transposición de una Directiva Marco de la CEE) representa la norma básica en materia de protección frente a las situaciones de riesgo que pueden presentarse durante cualquier prestación de trabajo, insistimos: de todas las prestaciones de trabajo.

El artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales impone al empresario un conjunto de obligaciones que tienen por objeto proteger a las embarazadas. La mayoría de los planes de igualdad solo transcriben dicho artículo y poco más.

En algún caso aislado, se hace referencia a determinadas materias o elementos perjudiciales para la salud de la embarazada o del feto, o se enumeran sustancias, condiciones de trabajo etc, a tener en cuenta.

Durante el embarazo se forma un ecosistema que es necesario proteger y es imprescindible garantizar un entorno laboral saludable, tanto en los aspectos físicos, como psicológicos y emocionales.

2 Objetivos

- Dar a conocer los riesgos laborales existentes para la mujer embarazada en un centro sanitario y cómo actuar ante los mismos.

3 Metodología

Documentos y artículos extraídos del buscador web Google citados en la bibliografía, así como Ley de Prevención de riesgos laborales.

4 Resultados

Las situaciones por riesgo durante el embarazo se producen cuando los agentes, condiciones o procedimientos del puesto de trabajo pueden influir negativamente en la salud de la madre gestante y/o la del feto. En ese caso, la empresa debe adoptar medidas preventivas complementarias. El objetivo es garantizar que la mujer pueda seguir desempeñando su trabajo sin riesgo para ella y/o el hijo que espera. Si no es posible, la alternativa es cambiarla temporalmente de puesto de trabajo a otro exento de riesgos para su embarazo. Solo en el caso de que la empresa no pueda técnica u objetivamente cumplir estas condiciones, se procederá a la suspensión del contrato de trabajo y la trabajadora percibirá una prestación económica por riesgo durante el embarazo, equivalente al 100% de su base reguladora.

Existen diferentes tipos de factores de riesgos laborales durante el embarazo. Estos son los siguientes:

1. Factores físicos y ergonómicos.

Dentro de los factores físicos se encuadran todas las actividades que puedan implicar lesiones fetales o provocar un desprendimiento de la placenta, en particular, se consideran como factores físicos: manipulación manual de cargas pesadas

que supongan riesgos, en particular dorsolumbares; ruido; radiaciones no ionizantes; frío y calor extremos; movimientos y posturas, desplazamientos, tanto en el interior como en el exterior del centro de trabajo, fatiga mental y física y otras cargas físicas vinculadas a la actividad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. Cualquier puesto de trabajo que requiera algún tipo de actividad física o ambiental dentro de las descritas, requiere la eliminación de dichos factores o el cambio de puesto de trabajo en la empresa si no fuera posible.

Respecto al tema de los movimientos, es obvio que agacharse y levantarse no es un esfuerzo físico considerable en circunstancias normales, pero puede resultar una tarea casi imposible para embarazadas con más de cinco-seis meses de gestación.

2. Factores psicosociales.

Dentro de la relación de riesgos psicosociales, tenemos que destacar los factores que condicionan el desarrollo normal y estándar de un embarazo. Entre ellos resalto principalmente: trabajo a turnos, que provoca diferencias horarias importantes en los periodos de descanso y sueño de la madre; excesiva demanda de trabajo, impuesta por un ritmo alto de actividad, estrés, sobrecarga de tareas y prolongaciones de la jornada de trabajo más allá de los horarios permitidos; movimientos repetitivos y exceso de desplazamientos. Un movimiento repetitivo y continuado genera una distensión física para el resto del cuerpo inmóvil, circunstancia que afecta al desarrollo normal del feto; el trabajo en aislamiento (en solitario y en zona aislada) ante la dificultad en la demanda y recepción de auxilio; las agresiones sobre el abdomen son riesgos que considerar en el caso de demostrarse que la probabilidad de que acontezca es significativa.

3. Factores biológicos.

Consideraremos riesgo biológico para el embarazo relacionado con el ámbito laboral a aquellas situaciones en las cuales, por desempeño de sus tareas laborales, una trabajadora embarazada pueda contraer una infección y ésta pueda transmitirse al feto vía hematogena. Otra situación posible de riesgo serían aquellas infecciones contraídas por la madre, sin transmisión transplacentaria, cuyo tratamiento necesario estuviese contraindicado durante el embarazo, por sus efectos secundarios en el feto.

La clasificación de los agentes biológicos publicada en el RD 664/1997, distingue cuatro grupos de agentes biológicos en función del riesgo de infección que suponen y de las medidas de profilaxis o tratamiento existentes:

- Agente biológico del grupo 1: aquél que resulta poco probable que cause una enfermedad en el hombre. Estos no suponen ningún riesgo para el embarazo.
- Agente biológico del grupo 2: aquél que puede causar una enfermedad en el hombre y puede suponer un peligro para los trabajadores, siendo poco probable que se propague a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.
- Agente biológico del grupo 3: aquél que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz.
- Agente biológico del grupo 4: aquél que causando una enfermedad grave en el hombre supone un serio peligro para los trabajadores, con muchas probabilidades de que se propague a la colectividad y sin que exista generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaz.

De los 412 agentes biológicos de los grupos 2, 3 y 4 identificados en el RD 664/1997, de 12 de mayo, se han identificado unos 21 con capacidad de alterar la función reproductora, sobre todo fetotóxica.

4. Los factores químicos.

Son los que se originan por el manipulado o exposición a determinados productos químicos o a determinadas condiciones de trabajo que sin ser peligrosas a priori, pueden comprometer seriamente la salud del feto y la madre. Estos factores son los más fáciles de identificar dado que en el envasado y etiquetado de todos los productos químicos aparecen una serie de códigos y letras que previenen de los riesgos intrínsecos a su manipulación. En el caso de riesgo para el embarazo tenemos las siguientes cuatro codificaciones:

R 61: Riesgo durante el embarazo, de efectos adversos al feto.

R 63: Posible riesgo durante el embarazo, de efectos adversos para el feto.

R 64: Puede perjudicar a los niños alimentados con leche materna.

R 40: Posibilidad defectos irreversibles (mutagénicos categoría 3).

R 46: Puede causar alteraciones genéticas hereditarias.

Esta clasificación recoge dos grandes grupos de productos, aquellos que son realmente peligrosos, etiquetados con las letras R61, R40 y R46, los cuales requieren una ausencia plena de manipulación durante el embarazo, o bien, los etiquetados con R63 o R40 que permiten su uso siempre y cuando se cuente con medios de barrera plenamente eficaces.

Desde el punto de vista preventivo, en los centros sanitarios se dan dos tipos de

riesgos laborales en función de su origen:

- Riesgos asociados al lugar de trabajo originados por el estado material de la construcción, dependiente tanto de su diseño como de su instalación y mantenimiento.
- Riesgos específicos originados por actividades, instalaciones y equipos propios del sector sanitario.

En cuanto a los primeros, tenemos que tener en cuenta que gran parte de la actividad sanitaria se realiza en edificios cerrados y frecuentemente con cierta complejidad estructural, tanto en dimensiones como en distribución. Además, los locales sanitarios, por su carácter de servicio a la sociedad, son lugares compartidos con el público (pacientes y familiares).

Algunos de los riesgos ligados a las características del espacio, y a los que los Servicios de Prevención prestan especial atención, podrían ser las caídas a distinto nivel, caídas de objetos, atrapamientos, accidentes de circulación ocasionados "in itinere" e "in misión", contactos eléctricos, contactos con agentes químicos peligrosos en tareas de limpieza, Iluminación inadecuada, condiciones termohigrométricas deficientes, incendio o explosión.

En cuanto a los riesgos originados específicamente por la actividad sanitaria, debido a que la actividad principal en un centro sanitario es el tratamiento de enfermedades y accidentes, los riesgos más importantes son los biológicos.

Si bien en la mayoría de las actividades o tareas del personal sanitario no se tiene la intención deliberada de manipular agentes biológicos (hongos, bacterias, virus o parásitos), se ha de considerar la posible exposición a los mismos por diferentes vías (aérea, digestiva, dérmica o parenteral) al entrar en contacto directo con pacientes y fluidos biológicos o aerosoles potencialmente biocontaminados procedentes de los mismos.

Aunque la vía aérea tiene una importancia significativa por ser la que más fácilmente puede diseminar un agente biológico patógeno, no se deben menospreciar las demás vías, sobre todo la dérmica y la vía parenteral. Ésta última de especial importancia en el ámbito sanitario, al exponer al personal a agentes biológicos de transmisión sanguínea de elevado potencial patógeno, alguno sin tratamiento totalmente eficaz como el desgraciadamente famoso virus Ébola.

Al respecto de los accidentes parenterales causados por material médico cortante o punzante, es importante señalar que son riesgos tanto de seguridad, al provocar una lesión, como de higiene industrial al transmitir potencialmente un agente biológico.

ológico si el material actuara como vector desde un paciente origen con patología microbiana transmisible por esta vía. Hay que tener muy en cuenta que una de las mayores causas de accidente son los pinchazos con material biocontaminado, al utilizar material de enfermería o quirúrgico inadecuado que no cumple las mínimas medidas de bioseguridad. Por todo ello, es fundamental cumplir con la legislación que regula la preceptiva utilización de material clínico de seguridad biológica.

Sin embargo, en el ámbito sanitario se puede dar frecuentemente una exposición originada por actividades en las que sí que existe una intención deliberada de manipular agentes biológicos. Incluso en determinadas actividades, éstos se concentran, se cultivan, se manipulan genéticamente, se les hace pruebas de identificación, se transportan, etc. En estos Servicios, laboratorios de microbiología diagnóstica de los hospitales o laboratorios de investigación microbiológica de las facultades de medicina y farmacia, las medidas preventivas deben ser extremas.

Es fundamental que el magnífico trabajo de los profesionales del sector sanitario en España, su formación de base, su formación de prevención y la disponibilidad de Servicios de Prevención Propios o Ajenos altamente cualificados en estos riesgos comunes y específicos, junto con los sistemas de protección integrados en los equipos de alta tecnología electromédica, constituyan un equipo coordinado perfectamente para que, todo el personal trabaje con los mayores niveles de seguridad, salud y confort.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la gran exposición a números agentes externos del personal en un centro sanitarios a numerosos, creemos que sería recomendable seguir una serie de pautas para evitar que la salud del feto se viese perjudicada. Entre todas las que existen podemos mencionar las siguientes:

- La vacunación (es una inmunización activa)
- Las normas de higiene personal: a) Cubrir con apósito impermeable las heridas y lesiones de las manos al iniciar la actividad laboral. Evitar la exposición directa cuando existan lesiones que no se puedan cubrir. b) No utilizar anillos, pulseras, cadenas ni otras joyas. c) El lavado de manos debe realizarse al comenzar y al terminar la jornada, y después de realizar cualquier técnica que pueda implicar el contacto con material infeccioso. Dicho lavado se realizará con agua y jabón líquido, salvo en situaciones especiales en las que se emplearán sustancias antimicrobianas.

Tras el lavado de las manos, éstas se secarán con toallas de papel desechables o corriente de aire. d) No comer, beber, maquillarse ni fumar en el área de trabajo. e) No realizar pipeteo con la boca.

- Los elementos de protección de barrera: f) Guantes. g) Mascarillas. h) Batas. i) Protección ocular.

- El cuidado con los objetos cortantes o punzantes: j) Tomar precauciones cuando se use material cortante, agujas y jeringas, y también después de su utilización, así como en los procedimientos de limpieza y de eliminación. k) No encapsular agujas ni objetos cortantes ni punzantes ni someterlos a ninguna manipulación. l) Los objetos punzantes y cortantes (agujas, jeringas y otros instrumentos afilados) deberán ser depositados en contenedores apropiados, con tapa de seguridad, para impedir su pérdida durante el transporte, estando estos contenedores cerca del lugar de trabajo y evitando su llenado excesivo. m) El personal sanitario que manipule objetos cortantes y punzantes se responsabilizará de su eliminación.

- La esterilización y desinfección correcta de instrumentales y superficies.

- La eliminación de los residuos adecuadamente.

- La comunicación de los accidentes lo antes posible y siguiendo el protocolo correspondiente.

6 Bibliografía

1. ¿Embarazo de riesgo o riesgo durante el embarazo? (s. f.). Recuperado 5 de enero de 2020.

20190122_1036_Nuevagüia_RIESGOEMBARAZO.pdf. (s. f.). Recuperado 5 de enero de 2020.

2. Ana, P. de S., & Ladreda, F. (s. f.). Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario. 114.

3. Ana y Ladreda—Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el.pdf. (s. f.). Recuperado 5 de enero de 2020.

4. Remo. (2010, enero 7). Embarazo y trabajo: Prevención de riesgos laborales. Bebés y más.

5. Riesgos en personal sanitario I: Trabajos de asistencia sanitaria. (s. f.). Quirón-Prevención. Recuperado 5 de enero de 2020.

6. SEGO.pdf. (s. f.). Recuperado 5 de enero de 2020.

Capítulo 790

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA SANIDAD

SONIA LORENZO RUBIO

PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ

CARLA MIRANDA TAMARGO

MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

Ha existido durante mucho tiempo, y sigue existiendo un tipo de violencia de género llamada violencia obstétrica. Parece imposible pensar que algo tan maravilloso como es traer a la vida a un niño, así como todo el proceso de antes y después del parto, termine en numerosos problemas físicos y psicológicos para la mujer. Pero lo real es que es un problema que sufren un gran número de mujeres. Según un estudio realizado a 17.000 mujeres en 2019, un 34,3% de ellas considera haber sufrido violencia obstétrica. Por lo que, aunque gran desconocido, es un problema importante existente en la sociedad, que es necesario dar a conocer.

2 Objetivos

Dar a conocer un problema existente en la sociedad como es la violencia obstétrica, enumerando los diferentes tipos de prácticas que se incluyen dentro de la misma.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda a través de portales online y en diferentes artículos online, a partir del buscador Google Académico, donde hemos empleado descriptores como: violencia obstétrica, episiotomía, cesárea, Hamilton, Kristeller. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano, y de exclusión aquellos que careciesen de relevancia para nuestro estudio.

4 Resultados

1. Definición.

En la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en Venezuela en 2007, se define la violencia obstétrica como la “apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

Esta constituye una de las tantas formas de violencia y discriminación que sufren las mujeres y es producto de la intersección de otros tipos de violencias y vulneraciones: violencia de género, violencia institucional en el ámbito de la salud, vulneración de derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

2. Algunas prácticas consideradas violencia obstétrica.

- La episiotomía injustificada: un claro ejemplo es la práctica de la episiotomía, es decir, la incisión quirúrgica que el personal médico realiza en el periné con el fin de crear más espacio para facilitar la salida del bebé durante el parto vaginal. A pesar de que la propia OMS establece que la realización rutinaria de episiotomías no está justificada, se llevan a cabo con demasiada frecuencia en nuestro país. Así lo muestra la OCU, quien ha denunciado la “falta de evidencia científica sobre su efectividad”.

- Exceso de cesáreas.

Otro caso obvio de violencia obstétrica es el elevado número de cesáreas practicadas en España. Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud estableció como tasa máxima a nivel regional entre el 10% y el 15%, asegurando que sobrepasar dicha horquilla no está asociado, en ningún caso, a la reducción de los niveles de mortalidad durante el parto. Actualmente las cesáreas son cada vez

más frecuentes. Su eficacia es médicamente innegable a la hora de prevenir riesgos e, incluso, la muerte (tanto de la madre como del bebé), pero en muchas ocasiones, su realización podría haberse evitado. En concreto, el número de intervenciones supera en un 70% la tasa propuesta por la Organización Mundial de la Salud.

- Maniobra de Hamilton sin consentimiento informado.

Esto es una maniobra de inducción mecánica en la que la matrona o ginecólogo introducen un dedo en la vagina, tratando de llegar al cérvix, con la intención de desprender las membranas de la bolsa amniótica del cuello del útero. Esta maniobra se considera violencia obstétrica cuando se realiza sin un consentimiento informado, o apenas se le informa a la madre del procedimiento a seguir.

- Maniobra de Kristeller.

En esta práctica, el personal médico empuja al bebé dentro del vientre para agilizar su nacimiento.

Es violencia obstétrica si alteran el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener tu consentimiento voluntario, expreso e informado.

- Vulneración del Derecho a la Intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales. En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos.

- Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes.

Estos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha, al personal de salud.

- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.

3. Consecuencias de la violencia obstétrica en la mujer:

Centrándome en dos de las prácticas ejecutadas con mayor frecuencia sin justi-

ficación médica, la cesárea y la episiotomía, los estudios han demostrado que de su uso pueden derivarse numerosas complicaciones. Por ejemplo, con respecto a la primera, se desconoce cuál es el grado de daño que una cesárea injustificada puede ocasionar a la mujer. Sin embargo, existen ciertas complicaciones que se pueden derivar de su realización como es una mayor administración de medicamentos posparto, aumento de la morbilidad y mortalidad materna, así como otras complicaciones médicas más generales. Haciendo referencia a la episiotomía, las complicaciones más frecuentes derivadas de dicha práctica incluyen la dispareunia y diferentes tipos de incontinencia, ya sea urinaria, fecal o de gases. Se estima que, aproximadamente, un tercio de las parturientas presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático tras el parto.

La experiencia de sufrir un parto traumático deja ciertas secuelas, tanto en la mujer como en su familia, como recuerdos vividos, pesadillas e irritabilidad. Diversos estudios demuestran que un requisito fundamental para estas mujeres traumatizadas es el hecho de haber recibido unos cuidados inadecuados. Expresado con otras palabras, el trauma de las mujeres, parece ser consecuencia de las acciones (u omisiones) de ciertos profesionales sanitarios, como matronas, médicos y enfermeras. En el momento del parto, la mujer sufre una fuerte alteración hormonal que podría suponer que dichas actuaciones tengan un impacto mucho mayor.

5 Discusión-Conclusión

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que, en nuestro país, aún permanece encubierta. Las mujeres no hablan de este problema por vergüenza o, porque simplemente, no son conscientes de que esto sea un tipo violencia, y por lo tanto, sigue siendo un desconocido en la sociedad.

Existen diversos países de Latinoamérica, como es Venezuela, en los que este tipo de violencia ya está regulado por ley y constituye un delito importante, pero en España aún no. Creemos que es necesario que se incluya dentro de un marco legal, que se penalice todo tipo de prácticas, y, por otra parte, para dar voz a todas las mujeres que pasan por procesos como estos, los que, sin duda, constituyen un atentado contra los derechos de la mujer.

6 Bibliografía

1. Cortes en los genitales y otras prácticas que no debes permitir durante tu parto. (s. f.). VIX. Recuperado 4 de enero de 2020, de <https://www.vix.com>
2. Herrero, P. L. (2019, enero 7). La violencia obstétrica, una práctica que afecta a miles de mujeres en España.
3. Iglesias, S., Conde, M., González, S., & Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, 4(1), 77-97.
4. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>.
5. Violencia obstétrica. (2017, agosto 17). Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar>
6. Violencia obstétrica (1/4): Violencia obstétrica: Las prácticas agresivas que sufren algunas mujeres en el parto. 7. Diario Público. (s. f.). Recuperado 4 de enero de 2020, de <https://www.publico.es>
8. Que Me Dices. <https://www.quemedices.es>

Capítulo 791

CÓMO FUNCIONA LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

SABRINA ZANGO POZO

MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ

1 Introducción

La Protección de Datos surgió a consecuencia del desarrollo de la sociedad y a la necesidad de la protección legal ante un ámbito innovador hace relativamente pocos años. Las personas físicas deben tener el control de sus propios datos personales. Por ello, si la información se refiere a datos de carácter personal, ésta ha de someterse a los principios y a las reglas establecidas, y controlarse de manera eficaz para evitar así una lesión en los derechos de los individuos. Si esa información incorpora además revelaciones sobre datos de salud, las garantías deben ampliarse.

2 Objetivos

Revisar y dar a conocer los principales puntos sobre la ley de protección de datos.

3 Metodología

La metodología empleada en este trabajo fue la revisión literaria sobre la ley de protección de datos en centros sanitarios.

Los medios literarios que hemos utilizado han sido: Scielo, google académico, Pubmed, pubindex; también se hizo la revisión de reportes avalados por instituciones reconocidas a nivel internacional como la Organización Mundial de la Salud, entre otros. Las palabras claves que se incluyeron en la búsqueda fueron: Lopd, sanidad, protección de datos, privacidad y ley orgánica. Se incluyeron textos en castellano e inglés, y se excluyeron aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

La protección de datos es una materia de creación relativamente reciente. Podemos situar como punto de partida legislativo, la década del '60, coincidiendo con el desarrollo de la informática. Es en aquel momento cuando se vislumbra por parte del legislador una preocupación en torno a la protección de la intimidad de las personas.

Los datos personales que ampara el precepto constitucional, son datos absolutamente personalísimos, que sólo pueden pertenecer a un individuo en concreto y por ello podemos definirlo desde dos pilares: por un lado, el derecho a la protección de datos otorga la potestad a la persona cuyos datos pertenezcan a conocer quién tiene información sobre ella, cuál es dicha información, de dónde proviene y para qué finalidad se van a tratar sus datos; y por otro lado, este derecho se configura como el control sobre el uso que se hace de sus datos personales. Este control es lo que nos permite conocer qué datos nuestros se tratan y de qué manera, y ello conlleva a la necesidad de protección jurídica sobre los datos personal.

La Ley Orgánica de Protección de Datos es obligatoria para todos los responsables de los ficheros que contengan datos de carácter personal, independientemente del soporte en el que se almacenen dichos datos. La Ley Orgánica de Protección de Datos nace con el objeto de garantizar y proteger el tratamiento de los datos personales entre los que se incluyen los relativos a la salud de una persona física identificada o identificable. En este sentido, la Ley en su artículo 7 y 8 hace referencia a este tipo de datos a fin de garantizar la protección jurídica necesaria en un ámbito tan sensible para los derechos fundamentales como el de la protección de datos. Además de la legislación relativa a la protección de datos, debemos tener en cuenta la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante Ley 41/2002), en la que se regula la historia clínica. La Ley Orgánica de Protección de Datos define dato de carácter personal

como cualquier información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo que identifique o haga identificable a una persona física.

Así, el nombre y los apellidos de un paciente son datos de carácter personal, al igual que su no de D.N.I, su dirección de correo electrónico, sus antecedentes médicos, el tratamiento que se le realiza, sus facturas, etc... porque todos estos datos aportan información sobre una persona física. Hasta que no entró en vigor el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos, no existía en la legislación española una definición de dato de salud, por lo que se debía acudir a textos internacionales para delimitar este concepto. El mencionado Reglamento define dato de carácter personal relacionado con la salud como aquellas informaciones concernientes a la salud pasada, presente y futura, física o mental, de un individuo. En particular, se consideran datos relacionados con la salud de las personas los referidos a su porcentaje de discapacidad y a su información genética. Hay que destacar que no solo los datos de salud que indiquen una enfermedad o una anomalía son datos de carácter personal de salud, también lo serán aquéllos que indican un buen estado de salud. De acuerdo con la normativa un fichero es todo conjunto organizado de datos de carácter personal, que permita el acceso a los datos con arreglo a criterios determinados, independientemente de su forma o modalidad de creación, almacenamiento, organización y acceso.

Las historias clínicas de los pacientes constituyen un fichero del que disponen todas las consultas médicas, ya que, independientemente del soporte en el que se recojan, se almacenan de manera organizada. Otro fichero común de las clínicas es el fichero de los empleados y colaboradores, compuesto por los contratos, nóminas y otra documentación necesaria para la correcta gestión del personal que presta sus servicios en la clínica. Asimismo, pueden existir otros ficheros, por ejemplo de facturación o de agenda. Cada consulta deberá analizar los ficheros de los que dispone porque como más adelante se explicará, se deben notificar a la Agencia Española de Protección de Datos.

La Ley Orgánica de Protección de Datos afecta a toda organización, empresa o autónomo que tenga, utilice o trate datos de carácter personal ya sea en soporte informatizado o en soporte no automatizado. Por lo tanto, dicha ley afecta a todos los profesionales que operan en el sector sanitario que desarrollen su actividad de manera individual, a las Clínicas, Hospitales e Instituciones Sanitarias que con la incorporación de historiales clínicos para el ejercicio de su profesión tienen en su poder datos relativos a la salud del paciente, datos médicos a los que les será

de aplicación las medidas de nivel alto que recoge la normativa.

La Ley Orgánica de Protección de Datos establece una serie de principios en los que se basan las obligaciones que los responsables de los ficheros deben cumplir. Con carácter general, será el responsable del fichero el titular de la clínica, ya sea una persona física o jurídica. Los responsables, para cumplir con la Ley, deben observar estos principios y cumplir las siguientes obligaciones.

- **PRINCIPIO DE CALIDAD DE LOS DATOS.**

Sólo se podrán recoger datos de los pacientes cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con la finalidad para la que se hayan obtenido.

La finalidad debe ser determinada y se debe informar de la misma al paciente. Por tanto, es necesario que se haga una pequeña reflexión sobre las utilidades que se quiere dar a la información de la que se dispone, ya que en ocasiones se utilizará también para el envío de publicidad sobre la Clínica y en este caso se tendrá que haber informado previamente al paciente.

Se exige también que los datos estén actualizados y que cuando dejen de ser necesarios para la finalidad para la que fueron recabadas se proceda a su cancelación. Sin embargo, en este punto se deberá atender a lo dispuesto en la Ley 41/2002 en lo referente al plazo de conservación, como se explicará en las siguientes páginas.

- **PRINCIPIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO.**

Se debe informar a los pacientes de la existencia de un fichero, de la finalidad para la que sus datos son recabados, de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del fichero y de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Asimismo, el titular tendrá que solicitar el consentimiento de los pacientes para poder tratar sus datos, salvo que nos encontremos en una de las excepciones que la Ley prevé (“cuando el tratamiento de datos resulte necesario para la prevención o el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto”). Cuando se recogen datos de salud, la Ley establece, con carácter general, que el consentimiento tendrá que ser expreso.

- **PRINCIPIO DE SEGURIDAD.**

Se debe cumplir con las medidas de seguridad y disponer de un documento de seguridad. Las medidas de seguridad, de conformidad con el Reglamento que desarrolla la Ley Orgánica de Protección de Datos, se establecen en tres niveles

en función del tipo de datos que se trate. Cuando se tratan datos de salud se deben cumplir las medidas de seguridad de nivel alto, ya que se trata de datos especialmente protegidos.

Hay que señalar que las medidas de seguridad son de nivel acumulativo, es decir, si nos encontramos en el nivel alto, habrá que cumplir las establecidas para el nivel básico y las de nivel medio. En todos los casos es obligatorio tener un documento de seguridad. En este documento se recogen todas las medidas de seguridad que se deban cumplir y los protocolos que sigan en la Clínica para la implementación de las mismas. El documento de seguridad debe responder a la situación actual de la Clínica, ya que será el documento que deberá poner a disposición de la Agencia Española de Protección de Datos si así lo requiriera.

- Principio de confidencialidad:

El titular de la Clínica y sus empleados o colaboradores que tengan acceso a los datos de carácter personal almacenados en las historias clínicas están obligados al secreto profesional. El responsable de los ficheros se deberá encargar, mediante la firma de un documento de confidencialidad, de que todas las personas de su entorno que puedan tener acceso a los datos, se sometan a este deber de confidencialidad que debe mantenerse aun cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado.

- Principio de comunicación de datos:

Siempre que se prevea la comunicación de datos a un tercero, se deberá informar al interesado y solicitar su consentimiento, salvo que nos encontremos ante una de las excepciones que la Ley Orgánica de Protección de Datos dispone (por ejemplo, cuando la cesión de datos está autorizada en una ley o cuando la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero). Estaremos en este caso si el titular de la Clínica tiene acuerdos, por ejemplo, con sociedades médicas o con doctores colaboradores a los que comunique datos de los pacientes (debe recordarse que la comunicación de un nombre ya supone la cesión de un dato de carácter personal). Se debe tener en cuenta que la mencionada Ley solo permite que se comuniquen datos para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario.

Por otro lado, la normativa prevé dos tipos de cesiones, la comunicación de datos propiamente dicha y el acceso a datos por cuenta de terceros. En este último caso, la relación entre las partes deberá quedar reflejada en un documento en el que se especifique, entre otras cosas, que el encargado de prestar el servicio sólo accederá a los datos de conformidad con las instrucciones que le de el responsable

del tratamiento. Es el caso de las empresas que ofrecen un mantenimiento para el programa informático de gestión clínica o el supuesto de las gestorías que pueden tener acceso a datos de los empleados de la Clínica para el correcto desarrollo de los servicios que ellos prestan (p. ej. la elaboración de nóminas).

- Facilitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición:

Hay que informar a los pacientes de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. En el caso de que un paciente ejerza, por ejemplo, su derecho de acceso a la historia clínica, el responsable deberá colaborar con ellos, siempre que la solicitud se realice de conformidad con el procedimiento establecido en la normativa, y facilitarles un informe o, en su caso, una copia de la misma, pues no se debe olvidar que los datos de carácter personal en ningún caso dejan de pertenecer a su titular por el hecho de haberlos comunicado a la Clínica o al profesional. El procedimiento para el ejercicio de estos derechos debe hacerse siempre conforme a Derecho, ya que existen unos plazos y unas pautas tanto para ejercerlos como para facilitarlos.

Siempre que se proceda a la creación de un fichero que contenga datos de carácter personal, deberá notificarse a la Agencia Española de Protección de Datos. Asimismo, cuando se produzca una modificación de la estructura del fichero o la cancelación del mismo, también deberá comunicarse a la Agencia. Esta notificación no significa que se deban registrar en la Agencia los datos de los pacientes que tengan incorporados en sus ficheros, sino que la notificación se refiere a la comunicación de la titularidad del fichero, la organización y la estructura del mismo.

Los pacientes, como titulares de sus datos de carácter personal, pueden solicitar y obtener información de sus datos sometidos a tratamiento, del origen de los mismos o conocer si éstos se han cedido. Este derecho se conoce como derecho de acceso. El derecho de acceso a la historia clínica está regulado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica porque presenta algunas especificidades en relación con la normativa en materia de protección de datos. Se establece en esta Ley que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuren en ella, con dos limitaciones: la referida a las anotaciones subjetivas y cuando el ejercicio de este derecho pueda perjudicar el derecho de terceros a la confidencialidad. Sin embargo, no debe entenderse que el derecho de acceso supone la entrega de la historia clínica al paciente, sino un informe o, en su caso,

copia de la misma, ya que el profesional o el centro, en su caso, tiene la obligación del deber de custodia de las historias clínicas durante, al menos, cinco años desde el alta del proceso asistencial de cada paciente. Por tanto, siempre se le debe entregar copia de la historia clínica, por el medio que el paciente haya especificado, si fuera posible.

El incumplimiento de la normativa de protección de datos puede acarrear la imposición de cuantiosas sanciones. De hecho, el Considerando 148 RGPD indica que, a fin de reforzar la aplicación de las normas presentes en el mismo, cualquier infracción deberá ser castigada con sanciones, “incluidas multas administrativas”. A esta idea responde el artículo 83 del mismo cuerpo legal, que recoge las condiciones generales para la imposición de multas administrativas por parte de la autoridad de control estatal (que, en nuestro caso, es la Agencia Española de Protección de Datos), la cual tiene, además, otras potestades correctivas sobre las entidades o personas infractoras en virtud de lo dispuesto por el artículo 58.2 RGPD. Estas potestades habrán de estar sujetas en todo caso a garantías procesales adecuadas, entre ellas la tutela judicial efectiva, como indican tanto el apartado octavo del artículo 58 como el Considerando 148 del Reglamento. (12)

Prevé igualmente el artículo que los Estados miembros podrán establecer normas sobre si se puede, y en qué medida, imponer multas administrativas a autoridades y organismos públicos (apartado séptimo), además de disponer en su artículo 84 la posibilidad de que los Estados miembros puedan establecer otras sanciones aplicables distintas de las multas administrativas que, en palabras del artículo, sean “efectivas, proporcionadas y disuasorias”. Por lo que hace a la normativa española, el régimen de infracciones y sanciones por incumplimiento de la normativa de protección de datos se contiene en los artículos 70 y siguientes de la LOPD GDD, que relaciona un buen número de conductas activas y omisivas constitutivas de infracciones. Por lo que resulta aplicable al tema objeto de este trabajo, destaca como infracción muy grave la vulneración del deber de confidencialidad establecido en el artículo 5 de la Ley (art. 72.1.i), además de la determinación como infracciones de otras circunstancias relacionadas con la falta de aplicación de las medidas técnicas y organizativas de seguridad que correspondan al tratamiento (véanse, por ejemplo, las letras d), e) y f) del artículo 73, dedicado a las infracciones de carácter grave), entre otras muchas que, a resultas de las propias exigencias del nuevo sistema, pudieran ser de aplicación, según el caso.

Para el caso de infracciones cometidas por entidades privadas, el artículo 76.3

prevé que, además de las sanciones que correspondan, de manera complementaria o alternativa a éstas, podrán imponerse las restantes medidas correctivas a las que se refiere el artículo 84.2 RGPD. Por otra parte, y en relación a las entidades que recoge el artículo 77.1 (de carácter público o asimilado), se prevé que la autoridad competente dicte una resolución conteniendo un apercibimiento, así como las medidas de cesación de la conducta o correctoras que procedan (art. 77.2), disponiéndose además la posibilidad de proponer la iniciación de actuaciones disciplinarias, si procediera, las cuales se registrarían según lo dispuesto en la legislación sobre régimen disciplinario o sancionador que resultara de aplicación (art. 77.3).

5 Discusión-Conclusión

Con esta revisión concluimos que es de suma importancia preservar la confidencialidad de las personas y como trabajadores debemos conocer la legislación para no cometer fallos, de ahí la importancia de fomentar la formación del personal sanitario en el tema de legislación actual.

6 Bibliografía

1. Aberasturi gorriño, u.: “movimiento internacional de datos. Especial referencia a las transferencia internacional de datos sanitarios” revista de administración pública, núm. 186, 2011.
2. Abjorsson, b.: “relación entre la protección de datos y la libertad de prensa y de expresión” en troncoso reigada, a, (dir): transparencia administrativa y protección de datos personales, civitas, 2008, pp. 304-305.
3. Adsuar y.: “cloud computing vs protección de datos de carácter personal” actualidad jurídica de aranzadi, núm. 846, 2012.
4. Agencia de derechos fundamentales de la ue: manual de legislación europea en materia de protección de datos, 2014, pp. 187-188.
5. Aguilera izquierdo, r.: “el ejercicio de las facultades de vigilancia y control por el empresario a través de agencias de detectives, revista española de derecho del trabajo, núm. 158, 2013.
6. Aimò, m.P.: “tutela della riservatezza e protezione dei dati personali dei lavoratori” en vv.Aa.: tratado di diritto del lavoro, vol. Iv, tomo ii, padova, cedam, 2012.
7. Alarcón caracuel, m. R.: “la informatización y las nuevas formas de trabajo” en vv.Aa. Nuevas tecnologías de la información y la comunicación y derecho del

trabajo, bomarzo, albacete, 2004.

8. Alastruey, r.: empleo 2.0. Editorial uoc, 2009.

9. Algar jimenez, c.: "españa: la protección de datos de los trabajadores y su tratamiento por la representación sindical" ar. Revista de derecho informático, núm. 94, 2006.

10. Alguacil gonzález-aurioles, j.A.: "la libertad informática: aspectos sustantivos y competenciales (sstc 290 y 292/2000)", uned: teoría y realidad constitucional, núm.7, 2001.

11. Almuzara almaida, c. (coord.) estudio práctico sobre la protección de datos de carácter personal, lex nova, 2005.

12. Alonso vega, m.T.: "la red eures: libre circulación de trabajadores y empleo en la UE", Boletín asturiano sobre la Unión Europea, núm. 82-83, 1999.

Capítulo 792

HIGIENE DE MANOS EN LA SANIDAD

ELENA MARIA CURTO BLAS

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios representan un importante problema de salud pública y se consideran un indicador de calidad asistencial por su correspondiente coste y morbimortalidad atribuible. Se conoce por infección nosocomial (IN), también llamada infección hospitalaria (IH) o infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), a aquella infección que el paciente adquiere en relación con las atenciones recibidas durante un tratamiento médico y que no estaba presente en el momento de iniciar el contacto con la atención sanitaria. La propagación de los microorganismos responsables de la IN puede ocurrir a través de las manos del personal sanitario, de otras personas que están en contacto con los pacientes o con las superficies situadas en sus cercanías. El riesgo de adquirir una IN ha variado con los años.

El incremento de la población anciana, enfermedades como el sida, la creciente incorporación de nuevas terapias antineoplásicas, el mayor número de personas sometidas a trasplantes, el aumento de recién nacidos prematuros y la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores, entre otras causas, han provocado el aumento del número de personas susceptibles de presentar una IN de forma considerable. Junto a las causas anteriores, los avances tecnológicos, la optimización de los recursos, la adquisición de nuevos conocimientos y la versatilidad de los tratamientos han introducido variaciones en la atención al paciente como son las unidades de corta estancia, hospitales de día, cirugía ambulatoria, atención domiciliaria, etc. Esto implica una mayor movilidad del paciente y facilita la transmisión de patógenos de un centro a otro y de los centros asistenciales a la comu-

nidad, siendo esto especialmente problemático ante la aparición de nuevas cepas multirresistentes.

2 Objetivos

- Dar a conocer los procedimientos correctos de la HM como herramienta para la prevención y control de la IN, además de presentar recomendaciones sobre esta técnica.

3 Metodología

La estrategia de búsqueda se ha basado en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH) como términos de indización. La terminología empleada ha sido Prevención de Enfermedades Transmisibles, Higiene de las Manos, Infección Hospitalaria, Communicable Disease Prevention, Hand Hygiene, Cross Infection, empleando distintas combinaciones, seleccionando los documentos publicados entre 2004 y 2015, escritos en los idiomas castellano, inglés y portugués.

4 Resultados

Ha quedado demostrado que la HM es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos multirresistentes responsables de la IN en los centros de atención de salud. Esta infección plantea un importante problema mundial para la seguridad del paciente y tiene un gran impacto económico en los sistemas sanitarios. La simple tarea del lavado de las manos en los momentos adecuados y de la forma correcta es una medida que todo profesional sanitario puede realizar para prevenir una infección que podría causarle un daño grave al paciente incluso derivar hasta la muerte.

Las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos. La HM es la medida primordial para reducir la incidencia y propagación de estos microorganismos, siendo una pieza clave para el control de infecciones.

La piel está normalmente colonizada y las zonas más propensas son el área perineal, el inguinal, las axilas, el tronco, la faringe, el tracto gastrointestinal, las extremidades, las fosas nasales y fundamentalmente las manos en los profesionales sanitarios. Los microorganismos presentes en las manos constituyen la flora residente y la flora transitoria. La flora residente coloniza las partes más profundas de la piel y tiene poco potencial patogénico. Por otro lado, la flora transitoria

coloniza las capas más superficiales y se adquiere generalmente por el contacto con otro paciente o con superficies contaminadas. La HM permite eliminar esta flora transitoria.

Existen diversas técnicas para la HM como el lavado social o lavado higiénico con agua y jabón neutro, el lavado antiséptico de manos que incluye la HM con jabón antiséptico y antisepsia de manos con solución hidroalcohólica y, por último, la antisepsia quirúrgica, que incluye el lavado quirúrgico con jabón antiséptico y la antisepsia quirúrgica con solución hidroalcohólica. La selección de uno u otro procedimiento depende de la flora que se pretenda eliminar. El lavado con agua y jabón, por lo general, es suficiente para eliminar la flora transitoria, sin embargo, para la permanente está indicado el uso de antisépticos.

A continuación, se describen los diferentes procedimientos. El lavado social es aquel que se realiza de forma convencional mediante la acción del agua y el jabón neutro, tiene efecto por arrastre y por la acción del jabón. La duración total del procedimiento es de 40-60 segundos y no es eficaz en la eliminación de diversos microorganismos patógenos. La clorhexidina al 4% o la povidona yodada al 7,5% son los productos que se emplean para realizar el lavado de manos con jabón antiséptico. Esta técnica de lavado permite eliminar la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria y parte de la residente de las manos, consiguiendo cierta actividad antimicrobiana residual. La duración es de 40-60 segundos. La antisepsia con solución alcohólica para la desinfección está compuesta por alcohol etílico o isopropílico como agentes desinfectantes, o pueden encontrarse como agentes tensoactivos con acciones humidificantes, emulsionantes, espumantes, emolientes o dermoprotectores. Se recomienda aplicar una dosis de la preparación a base de alcohol, cubrir ambas manos y frotarlas hasta que estén secas. Este procedimiento permite eliminar la flora transitoria y parte de la residente.

Se han encontrado numerosos estudios referentes a la eficacia de antisépticos con base hidroalcohólica, ya que presentan ventajas como la eliminación de múltiples microorganismos incluidos los virus, no requieren lavado o secado, provocan menor irritación y desecación en la piel y son mejor aceptados por parte de los profesionales sanitarios. La duración es de 20 a 30 segundos. La antisepsia quirúrgica se puede realizar indistintamente mediante un jabón antiséptico o solución de base alcohólica, antes de la colocación de los guantes estériles. Está indicado previo a una intervención quirúrgica, para remover mecánicamente la suciedad, la flora transitoria y residente, además de prevenir la contaminación del sitio quirúrgico por microorganismos presentes en las manos del equipo.

Para el lavado quirúrgico con jabón antiséptico los productos pueden ser un cepillo estéril a base de clorhexidina al 4% o de povidona yodada en solución jabonosa al 7,5%. El procedimiento consiste en mojarse las manos y los antebrazos con agua, aplicar la solución de lavado mediante las manos o una esponja y enjuagar bajo agua corriente. El tiempo recomendado generalmente es de 2 a 5 minutos.

Por otro lado, la antisepsia quirúrgica también puede presentarse con soluciones alcohólicas. Los tres alcoholes principalmente utilizados son el etanol, el isopropanol y el n-propanol o mezclas de estos. El procedimiento a seguir es aplicar sobre las manos y los antebrazos la solución de base alcohólica y esperar hasta que estas se sequen completamente para colocarse los guantes estériles. El tiempo de ejecución aconsejado es de 1,5 a 3 minutos. La OMS es el organismo principal que aporta directrices, basadas en fundamentos científicos, para la mejora de la HM en la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Las tasas de cumplimiento de la HM evidenciadas son mayoritariamente bajas, por ello se han encontrado numerosos estudios acerca de campañas de promoción de la HM. A pesar del elevado número de artículos al respecto se ha echado en falta la continuidad en el seguimiento de estas campañas a lo largo de los años. Conseguir incrementar la adherencia a esta técnica debería ser una de nuestras metas como profesionales sanitarios. Se podrían implantar protocolos de actuación en los centros sanitarios mediante el refuerzo y motivación de los profesionales, concienciación del equipo ante la seguridad del paciente y del propio profesional, el empleo de carteles o recordatorios y la formación de los sanitarios como parte de su actividad asistencial. Aunque las mayores tasas de HM corresponden al personal de enfermería, esto no debe caer en el olvido y debemos esforzarnos en continuar con la promoción de esta técnica tan útil para proteger tanto al paciente como al profesional.

Debido a que la mayoría de los trabajos encontrados corresponden al ámbito hospitalario, sería muy interesante que en el campo de la enfermería de Atención Primaria o Comunitaria se promovieran futuros proyectos, tanto en el ámbito rural como urbano. Estos podrían englobar estudios acerca de la reducción de la IN tras una correcta HM entre los profesionales de los centros de salud. A pesar de que la mayoría de estudios encontrados referentes al uso de antisépticos con solución hidroalcohólica enumera las numerosas ventajas de estos como su efec-

tividad, rapidez y tolerancia, se ha observado que no se ha incentivado suficientemente su empleo en nuestros centros sanitarios. Por ello, creeríamos importante aconsejar que cuando se disponga de él debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos.

Todos los centros sanitarios disponemos del acceso al Marco de autoevaluación de la HM de la OMS, ya que es una herramienta imprescindible para la promoción de la HM. Este sistema podría ser utilizado para elaborar y desarrollar protocolos de HM. Por último, sería conveniente realizar sesiones de evaluación de estos y en el caso de no obtener óptimos resultados elaborar planes de mejora en los centros. Se puede concluir que al brindar cuidados con las manos limpias se puede ofrecer un servicio más seguro, efectivo y de calidad.

6 Bibliografía

1. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.
2. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud.
3. Organización Mundial de la Salud. Marco de autoevaluación de la higiene de las manos 2010. Seguridad del Paciente.
4. Gobierno de España. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Capítulo 793

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO A MAYORES

MARIA ROSA MORAN MONTEIRO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), aborda el tema de los malos tratos que sufren las personas mayores como una problemática que se está incrementando cada vez más en los países desarrollados y establece que es responsabilidad de los poderes públicos acabar con esta lacra.

En el 2016, la OMS indicaba que 1 de cada 10 personas mayores había sufrido malos tratos en el último mes, pudiendo ser la tasa más elevadas entre las personas mayores residentes en instituciones que en las que están en la comunidad. El maltrato de las personas mayores puede conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas.

Para abordar el problema resulta necesario impulsar medidas de promoción de buen trato e identificar los factores de riesgo propios del ámbito en el que se pueden llegar a producir situaciones de maltrato. Existen tres ámbitos: el social-comunitario, el relacional-domiciliario y finalmente el institucional. En los tres ámbitos se identifican los factores de riesgo y las actuaciones de prevención y protección que permiten afrontarlos.

Una forma de prevenir el maltrato a las personas mayores es concienciar a la comunidad en general, a las administraciones y a profesionales de salud y servicios sociales sobre la incidencia y gravedad del problema.

Otro aspecto importante es el de determinar la capacidad de la persona que sufre una situación de maltrato. No sólo en la medida en que ésta pueda tener capacidad de oponerse a la conducta maltratadora y de defender sus derechos e intereses (por ejemplo, interponiendo y manteniendo una denuncia), sino también en que disponga de capacidad suficiente para tomar por sí misma las decisiones oportunas para el cuidado de su persona y de sus bienes.

En general los servicios sociales y sanitarios cuentan con profesionales que se encuentran en una posición idónea para detectar el posible maltrato, aunque su identificación no es una tarea fácil y requiere disponer de los instrumentos de evaluación adecuados, como los contenidos en el presente documento.

El marco normativo que se toma como referencia es el siguiente:

- Constitución Española:

Artículo 9.2. Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

Artículo 10.1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

Artículo 15 . Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

Artículo 43. Derecho a la Salud : 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Código Civil :

A parte de la regulación genérica en materia de incapacitación (arts. 199-201) y de las relativas al ejercicio de la tutela, curatela y guarda (arts. 215- 306), deben destacarse, en cuanto supone la posibilidad de adoptar medidas de protección

inmediatas, los artículos 158 y 216.

Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal:

Particularmente el artículo 3, donde se señala que corresponde al Ministerio Fiscal:

- Velar por el respeto de las instituciones constitucionales y de los derechos fundamentales y libertades públicas con cuantas actuaciones exija su defensa. – Tomar parte, en defensa de la legalidad y del interés público o social, en los procesos relativos al estado civil y en los demás que establezca la ley. – Intervenir en los procesos civiles que determine la ley cuando esté comprometido el interés social o cuando puedan afectar a personas menores, incapaces o desvalidas en tanto se provee de los mecanismos ordinarios de representación. – Velar por la protección procesal de las víctimas y por la protección de testigos y peritos, promoviendo los mecanismos previstos para que reciban la ayuda y asistencia efectivas.

Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia:

Por la que se crea un sistema de atención a las personas en situación de dependencia al objeto de garantizar el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal.

Ley de protección integral contra la violencia de género: Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y su desarrollo en cuanto a la protección de las víctimas.

En el caso concreto de las mujeres mayores víctimas de violencia de género, la Ley del Principado de Asturias 2/2011 para la Igualdad de Mujeres y Hombres y la Erradicación de la Violencia de Género señala la importancia de establecer actuaciones específicas prestando especial atención a las mujeres mayores, por su mayor vulnerabilidad.

El Código Penal:

Los artículos 226 a 233 del Código Penal tipifican el delito de abandono de familia, menores o incapaces. En el anexo I se ejemplifica la aplicación del Código Penal ante diferentes situaciones en relación a las tipologías de maltrato.

Tal y como se ha señalado anteriormente, uno de los objetivos a abordar de cara a prevenir las situaciones de maltrato a personas mayores, es la promoción del buen trato y para ello, dentro de este apartado, se detallan procedimientos encaminados a mejorar la dignidad, condiciones de vida y bienestar de las personas

mayores en una de las etapas vitales de menor capacidad para cuidarse de forma autónoma.

Es necesario favorecer involucrar a las administraciones, organizaciones, empresas, profesionales y comunidad en general, así como cambiar los patrones culturales y mermar la incidencia, prevalencia y consecuencias del maltrato a través de medidas como las que se detallan a continuación:

Planificar actuaciones donde se contemple las características específicas de la propia comunidad de residencia de la persona con el objeto de informar a personas mayores, familiares, personas cuidadoras sobre el derecho a cuidados y buen trato.

Planificar actuaciones preventivas dirigidas al colectivo de personas mayores y en concreto al empoderamiento de las mujeres mayores.

Serán actuaciones dirigidas a toda la población y especialmente a colectivos de mayor riesgo.

Sensibilizar desde el ámbito educativo a menores y jóvenes al objeto de dar a conocer las características de la etapa vital y capacidades de las personas mayores con el fin de promover el buen trato.

Formación específica para profesionales que en su ámbito de trabajo se relacionen con personas mayores.

Información sobre formas de protección y buen trato a la persona mayor.

Es importante hacer referencia a los diferentes ámbitos en los que se pueden detectar situaciones de maltrato a personas mayores y sobre los que procede intervenir de manera diferenciada. Los ámbitos de detección son: ámbito social-comunitario, ámbito relacional-domiciliario y ámbito institucional.

El ámbito social-comunitario hace referencia a elementos contextuales y de índole sociocultural que predominan en nuestra sociedad y que pueden incidir de forma positiva o negativa en la dignidad de las personas mayores.

Entendemos por ámbito relacional-domiciliario aquel que se produce en un entorno de convivencia con otras personas con las cuales puede existir o no vínculo de parentesco.

El ámbito institucional hace referencia a los establecimientos prestadores de ser-

vicios y cuidados, a corto o largo plazo, públicos o privados (centros de salud, hospitales, residencias geriátricas, centros de día, etc.).

Los factores de riesgo y de protección/prevención son las características, comportamientos y circunstancias que presentan las personas y los contextos, que acentúan o atenúan los riesgos de padecer/infligir maltrato a las personas. Su observación sistematizadas, permitirá valorar el riesgo al que está expuesta cada persona y establecer la intervención adecuada.

Ámbito social-comunitario

Factores de riesgo

Como factores de riesgo señalamos:

- El aislamiento que sufren las personas mayores debido a pérdidas de capacidad física o mental, o a la pérdida de personas que integran su círculo de amistad y familiar y que conduce a una falta de apoyo social.
- La imagen social negativa de la vejez con la representación de las personas mayores como frágiles, débiles, inactivas y dependientes, una imagen de personas vulnerables y poco autónomas que requieren de apoyos frecuentes para desenvolverse de una forma adecuada en su entorno.
- La normalización de la cultura de la violencia, entendida esta como una manera aceptable de resolver conflictos y que es producto de determinadas relaciones de poder, formas de educación y de trato, y condiciones de vida de las familias en cada contexto social particular.

Ámbito relacional-domiciliario:

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que destacan por su prevalencia en este ámbito, están:

- Relacionados con la propia persona mayor: ser mujer, tener mayor edad, viudedad, bajo nivel educativo, mala salud, comportamientos provocadores y/o agresivos, deterioro cognitivo, dependencia física o económica, desconocimiento de sus derechos, sintomatología depresiva, ansiedad, sentimientos de soledad y baja calidad de vida.
- Relacionados con la persona responsable de los malos tratos, ser mujer, cónyuge o hijo/a de la persona mayor; presencia de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad).

Ámbito institucional:

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que alertan sobre la posible aparición de un maltrato en este ámbito, pueden tener origen tanto en la persona mayor, como en los/las

profesionales o en la propia institución, tal y como se señala a continuación:

- Los factores de riesgo más relevantes relacionados con el personal son: la falta de formación, la precariedad laboral, ciertos elementos que configuran algunas personalidades (escasa capacidad para tolerar la frustración, nivel bajo de empatía y asertividad, inseguridad) y el escaso reconocimiento social del papel del personal gerocultor y del conjunto de profesionales que se dedican al cuidado de las personas mayores.

- Los factores organizativos de la institución:

Instituciones con funcionamientos endogámicos (cerradas a la comunidad), infradotación de personal de atención directa, cuidados orientados a la supervivencia sin tener en cuenta gustos ni costumbres, escasez de medios materiales (espacios con barreras, carencia de productos de apoyo) y la ausencia de programas de formación continua para el personal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Informar sobre los pasos a seguir en caso de ser conocedores de una posible situación de maltrato a personas mayores.

Objetivos secundarios:

- Desarrollar campañas de sensibilización en el ámbito socio-sanitario, así como población en general.
- Promover el buen trato a personas mayores.
- Desarrollar protocolos de detección ante el maltrato a personas mayores, dirigidos a profesiones del ámbito socio-sanitario.
- Coordinar actuaciones con otros sistemas de protección social y sanitario.
- Poner en conocimiento de las autoridades pertinentes cualquier situación que vulnere los derechos y libertades de las personas mayores, así como la integridad de las mismas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo:

- Observación y análisis documental.
- Revisión bibliográfica de autores expertos en dicha materia.
- Análisis del marco jurídico vigente.

4 Bibliografía

1. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 126-167,2013. Gema Pérez Rojo, Alejandra Chulián Horrillo.
2. Decálogo para el buen trato a las personas mayores. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. María del Puerto Gómez Martín, Pura Díaz Vega.
3. Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato. Consejo Estatal de las Personas Mayores. Ministerio de Sanidad, Serevicios Sociales e Igualdad.

Capítulo 794

PROGRAMA DE APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES

MARIA ROSA MORAN MONTEIRO

1 Introducción

Cuidar de un familiar mayor dependiente en el propio hogar supone una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer importantes alteraciones emocionales y problemas físicos.

A la hora de describir los diferentes programas de apoyo a cuidadores, es necesario previamente analizar la situación general de los cuidadores. El mundo envejece y esto es sin duda una buena noticia. Cada vez es mayor la esperanza de vida de las personas, aumentando el número de personas mayores. No todas, pero sí un importante porcentaje de ellas, necesitan ayuda y supervisión de otros para desarrollar diversas actividades de la vida cotidiana. La población española no es ajena a este fenómeno.

Cuando algún mayor enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar suele haber una persona, el cuidador principal, que asume las tareas de cuidado básica, con las responsabilidades que ello acarrea, que es percibida por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo, sin que generalmente haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia.

La persona que asume ese rol de cuidador ha de hacer frente por ello a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia sus posibilidades reales. Es más,

esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy (por ejemplo, ayudar al mayor a desplazarse con un andador), puede ser totalmente inútil mañana (por producirse una reducción más o menos brusca en la movilidad), haciendo precisa una readaptación de la rutina diaria. Y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido.

Los distintos problemas que el cuidador tiene son no solo frecuentes sino también muy variados. Aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de su familiar mayor, el cuidador tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, problemas económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio, etc.

El estar sometido a todos estos estresores puede dar como resultado que numerosos cuidadores experimenten problemas emocionales, amén de problemas físicos. De hecho, los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión, ansiedad e ira. Quizás por ello un 38,4% de los cuidadores de nuestro entorno consumen algún tipo de psicofármaco (generalmente ansiolíticos), y el 70% de los que lo hacen comenzaron la ingesta siendo cuidadores.

Una gran preocupación, sobre todo en los cuidadores de más edad, es que su salud no se vea disminuida para poder hacer frente al futuro de la enfermedad del familiar. Pero una cosa son los deseos de los cuidadores de tener una buena salud y otra, a veces bien diferente, es la salud que realmente presentan. De hecho su salud física se encuentra en muchas ocasiones deteriorada, presentando numerosos problemas osteomusculares, fracturas y esguinces, trastornos del sueño. Incluso presentan una respuesta inmunológica reducida y de hecho les tardan más en cicatrizar las heridas.

En relación a estos objetivos, se hará referencia a los diferentes programas de apoyo existentes:

Dada la importante contribución que realizan los cuidadores de mayores dependientes, resulta esencial evitar que se quemem, que se agoten. Una estrategia para conseguirlo sería eliminar la situación (esto es, terminar con el cuidado), pero esto no siempre es posible, y en ocasiones tampoco es ni lo deseado por los cuidadores ni lo deseable para las personas mayores a las que cuidan. Por ello, el objetivo ha de ser, en la mayoría de los casos, permitir a los cuidadores desempeñar su rol en las mejores condiciones posibles, tanto para ellos mismos como para los mayores a los que prestan su ayuda. Las intervenciones desarrolladas para ello han sido muy heterogéneas, tanto en sus objetivos como en sus

contenidos y formatos.

No obstante, y de un modo muy general estas se pueden agrupar en: servicios de apoyo formal, programas educativos, grupos de ayuda mutua e intervenciones psicoterapéuticas; si bien la utilización conjunta o combinada de varias de estas opciones es también habitual.

Apoyo formal.

Consiste en la prestación de servicios comunitarios para suplir temporal o parcialmente las funciones de los cuidadores informales. Incluye los denominados “servicios de respiro” (esto es, centros de día, servicios de ayuda a domicilio, estancias temporales en residencias,...).

Los servicios de apoyo más habituales son:

- Centros de día: son recursos extrahospitalarios de estancias diurnas, habitualmente durante los días laborables, en los que generalmente se ofrece al mayor una atención especializada de enfermería y vigilancia médica, prevención de la salud, rehabilitación, estimulación cognitiva,...
- Estancias temporales en residencias: suponen la institucionalización temporal del mayor que ocasionalmente no puede ser atendido por el cuidador, bien por enfermedad o accidente de éste, bien por necesidad de descanso o bien porque el mayor necesita de unos cuidados que no pueden proporcionársele en casa.
- Servicio de ayuda a domicilio (SAD): consiste esencialmente en que un profesional o un voluntario (de enfermería, limpieza,...) va a casa del mayor para atenderle o para realizar alguna de las tareas del hogar. El formato y la temporalidad de la ayuda prestada son muy variados, aunque en la mayoría de las ocasiones el SAD consiste en la realización de tareas del hogar durante un número muy limitado de horas semanales.

Programas educativos

Se trata de proporcionar información, de forma progresiva y estructurada, sobre la enfermedad del mayor dependiente, sus consecuencias y el manejo de los diversos problemas asociados a su cuidado. Aunque la diversidad de contenidos es enorme, en la mayoría se informan sobre las dificultades más comunes por las que atraviesan los familiares afectados (por ejemplo, evolución prevista de la enfermedad, problemas de movilización, incontinencia, caídas, problemas legales

y económicos,...) así como sobre posibles soluciones, estrategias y recursos para hacerlos frente.

Estos programas tienen como objetivo principal que el cuidador se sienta seguro, reduzca su incertidumbre y pueda desempeñar su papel lo mejor posible. Se asume que dar el conocimiento adecuado sobre la enfermedad del familiar, la problemática asociada y su manejo, así como de los servicios y recursos disponibles, ayuda a los cuidadores a hacer frente a los retos que se les plantean.

Grupos de ayuda mutua.

Se trata de grupos de personas iguales para ayudarse unos a otros. Estos grupos permiten establecer contacto entre distintos cuidadores, como medio para conseguir apoyo, consejo, protección y acompañamiento durante el proceso de cambio al que se ven sometidos. Son un espacio, un lugar de encuentro, donde los cuidadores se sienten comprendidos, escuchados y apoyados. Estos grupos les proporcionan la oportunidad de conectar con otras personas con problemas e intereses comunes, tratando de crear empatía entre los distintos participantes, al mismo tiempo que permiten compartir y aprender estrategias e información que a otros cuidadores les han sido útiles en el desarrollo de su rol.

El objetivo de los grupos de ayuda mutua es facilitar a los cuidadores el reconocimiento de que otras personas tienen problemas similares a los suyos, proporcionar una oportunidad para intercambiar ideas y estrategias para hacer frente a esos problemas, y brindar apoyo emocional. Indirectamente los grupos de ayuda mutua proporcionan también un tiempo de respiro durante la asistencia a las reuniones (Gallagher, 1985; Sörensen et al., 2002).

Este tipo de grupos ayuda a reducir el aislamiento en el que suele encontrarse el cuidador. De hecho, es frecuente que los cuidadores con los que comparte el grupo pasen a formar parte de la red de personas significativas de cada cuidador.

Intervenciones psicoterapéuticas y counseling.

Son intervenciones que implican una relación terapéutica entre el cuidador y un profesional de la salud mental. El terapeuta habitualmente ayuda al cuidador a ser consciente de su situación, a reestructurar los pensamientos que mantienen conductas problemáticas, se les ayuda a desarrollar habilidades y estrategias para afrontar los múltiples problemas con que se encuentran, a organizar el tiempo, a llevar a cabo, en la medida de lo posible, actividades gratificantes, etc.

El objetivo fundamental de estas intervenciones es conseguir la mejor adaptación posible del cuidador a su situación, dotándole para ello de estrategias para manejar adecuadamente la problemática a la que enfrentan. Se pretende conseguir con ello una mejoría de los síntomas, un mejor estado emocional y un menor sufrimiento personal, a través de la modificación de conductas, pensamientos y emociones desadaptativas.

La atención a cuidadores familiares puede darse desde diferentes ámbitos de los servicios sociales y sanitarios según sea el aspecto que se trate.

Sea cual sea el dispositivo que trate la situación que presenta el enfermo y su cuidador, habrá una serie de aspectos básicos que deberán ser tratados y que giran en torno a dos ejes fundamentales: Conseguir unas condiciones propicias para la adecuada atención del enfermo, y procurar fortalecer al cuidador principal para ejercer su función sin que por ello se sienta desgraciado o agotado.

Las intervenciones que desde el trabajo social se realicen tendrán que ver con uno u otro eje y tendrán que resolver las demandas concretas que surjan, así como prever otras situaciones que, como ya anunciábamos en la descripción del problema, más adelante van a tener.

Las demandas concretas que estos cuidadores suelen formular tienen que ver con reclamar la ayuda de trabajadoras familiares que puedan proporcionar soporte en el domicilio, sea como soporte en las actividades de higiene del enfermo, en las tareas domésticas, en el paseo y acompañamiento del enfermo o como suplencia cuando el cuidador principal debe ausentarse.

Las demandas pueden surgir en relación a:

- La necesidad de atención sanitaria.
- Las dudas en torno al tratamiento.
- La medicación.
- Las necesidades económicas para afrontar los gastos que genera la enfermedad.

Otras demandas pueden estar más centradas en la figura del cuidador que se siente deprimido y triste, sin fuerzas para continuar cuidando, o la solicitud de ayudas o programas de descanso familiar para los meses de verano u otras épocas del año.

Por otra parte, pocas poblaciones tienen como la de los cuidadores la posibilidad de prever con tanta claridad las dificultades que pueden producirse en el

tiempo, y que por tanto puedan programar con tanta exactitud las diferentes intervenciones que puedan realizarse.

La población constituida por estos cuidadores familiares es un grupo de personas que tienen unos problemas muy similares y que se debaten entre el hecho de cuidar de una persona enferma o disminuida a la vez que seguir viviendo con una mínima calidad de vida personal y familiar. En este sentido, la intervención del trabajador social deberá ir encaminada a mejorar las capacidades de los cuidadores para cuidar de los familiares enfermos y fortalecer las medidas de apoyo personales, familiares, y sociales que contribuyan a evitar el derrumbe del cuidador.

Gran parte de la intervención, si no toda, va dedicada a que el cuidador fomente sus capacidades, que no las pierda y, si cabe, que las desarrolle.

Es conveniente mantener entrevistas con el cuidador por una parte y con el cuidado por la otra para ver y situar con claridad las dificultades.

Las entrevistas familiares pueden dar luz también y permiten ver la dinámica que se establece en el grupo familiar en relación al enfermo. Entrevistas de contención individuales pueden hacer comprender e interiorizar los aspectos que integran esa relación y hace más soportable la carga.

El cuidado en sí mismo puede acarrear problemas de índole práctica que habrá que solucionar puntualmente con el esfuerzo de todos, profesionales y familiares.

Las dificultades sanitarias, las curas, la presencia de sondas nasogástricas y/o vesicales, la forma adecuada de realizar la higiene, las transferencias, los cambios posturales, la alimentación, deberán tener respuesta por parte del equipo que les atiende.

Pueden plantearse también problemas económicos relacionados con la financiación de ciertas medicaciones, dietas especiales, disminuciones en los ingresos porque el cabeza de familia sea el enfermo, por ejemplo, o porque el cuidador principal haya dejado de trabajar... Puede darse también la necesidad de conseguir cuidadores profesionales suplentes y encarecer por tanto los gastos que ya de por sí genera la enfermedad.

Los cuidadores también pueden tener necesidad de descubrir ayudas técnicas que pueden hacer más fácil su tarea. Todos estos aspectos deberán tener su indicación.

Es preciso conocer cómo se organiza el grupo familiar en la atención del miembro enfermo y sensibilizar al grupo de que la responsabilidad no es de un solo miembro y que si uno asume el papel de cuidador principal es porque debe haber otros que asuman el de suplente, contribuyendo en persona o económicamente a prestar ayuda. Responsabilizar al grupo familiar y hacerlo consciente de la carga que soporta el cuidador principal es uno de los aspectos prioritarios de la intervención.

Una mención especial a las rotaciones familiares, que si bien no son recomendables para el miembro enfermo, sí pueden proporcionar alivio al cuidador. En caso de ser necesaria la rotación, cabe recomendar amplios espacios de tiempo en cada hogar.

En la organización familiar y en la tarea de responsabilizarse deben intervenir tanto la familia nuclear como la extensa, si existe, y se mantiene la relación con ella. A la vez, los amigos, vecinos, lo que se ha dado en llamar el sistema profano de salud, pueden contribuir de sobremanera en la atención del enfermo.

Conviene recordar en estos casos la gran ayuda que prestan los farmacéuticos facilitando educación sanitaria en el medio donde vive el paciente y facilitando recursos en el momento en que surge la necesidad.

Explícitamente, por intervención desde los servicios sociales nos centraremos en los centros de atención desde Servicios Sociales, es decir:

- Equipamientos de servicios sociales de atención primaria dependientes de los municipios que acostumbran a recoger demandas de cuidadores en torno a mejoras en la atención, servicios de ayuda domiciliaria, dificultades económicas, mejoras de vivienda, solicitud de ingreso en residencias sociales, etc.
- Equipamientos de servicios sociales de vejez que proporcionan centros de día, centros sociales de ancianos, o bien servicios de ayuda a domicilio.
- Equipamientos para personas con discapacidades que igualmente proporcionan una atención específica a este colectivo, proporcionando información sobre centros de día, ayudas puntuales para familias con miembros discapacitados, etc.
- De las asociaciones y grupos de ayuda mutua en relación a problemas de salud que proporcionan información, reivindicación de investigación y mejora en los tratamientos así como de derechos en materia de servicios sociales, soporte y contención individual, grupal y comunitaria.

Además, la coordinación entre servicios sanitarios y sociales enriquece sobremanera la asistencia a este grupo dando mayor coherencia a la atención proporcionada por unos y otros. Existe una tipología básica de programas de cuidados, tanto para sentirse mejor, como para cuidar satisfactoriamente. Vienen a ser una serie de recomendaciones para las familias que cuidan a una persona en situación de dependencia.

- Cuidarse para sentirse mejor: Prestar cuidados de forma prolongada a otra persona puede generar dificultades y afectar a la persona que se ocupa de ello. Por ello es fundamental que la persona cuidadora sea también objeto de atención. Ésta debe cuidarse a sí misma para mantener su propia salud y para poder seguir atendiendo bien a su familiar. La persona que cuida no debe renunciar a su propia vida por el hecho de velar por otra persona; es preciso poner límites a los cuidados y buscar formas que permitan conciliar el hecho de ser cuidador con la vida personal, social y laboral.

Si la persona cuidadora experimenta síntomas como los siguientes, deben interpretarse como una señal de alarma para hacernos saber que precisamos ayuda:

Aumento de la irritabilidad o cambios frecuentes de humor.

Fatiga mantenida y pérdida de energía.

Alteraciones del sueño.

Tendencia al aislamiento y pérdida de interés en personas y/o actividades que antes eran de su agrado.

Abuso de tabaco, alcohol o fármacos.

Dificultad para concentrarse o problemas de memoria.

Aumento o disminución del apetito.

Sentimientos de ansiedad o depresión que no son superados.

Trato impaciente o menos considerado a la persona que es objeto de cuidado o al resto de la familia.

- Cuidar favoreciendo la independencia, la autonomía personal y la autoestima: La independencia es la capacidad de realizar por uno mismo, sin depender de otras personas, las actividades de la vida diaria. Por tanto, es lo contrario a la dependencia.

La autonomía personal es la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida. La autonomía no es un término opuesto a la dependencia. De hecho una persona en situación de dependencia puede y debe ser lo más autónoma posible.

La autoestima es la confianza que uno tiene de sí mismo en cuanto ser valioso y de utilidad para uno mismo o para los demás.

Estos tres conceptos están en estrecha relación. Cuando una persona se vuelve dependiente, puede ver mermada su capacidad y las oportunidades para tomar sus propias decisiones, y también producirse un descenso de su autoestima. El hecho de estar al cuidado de otros y depender de ellos en la vida cotidiana puede afectar de forma importante la autonomía y la autoestima de la persona.

Un buen cuidado se caracteriza por potenciar, en la medida de lo posible, la independencia y la autonomía de la persona así como por fortalecer su autoestima.

El mantener la actividad de la persona en las tareas de la vida cotidiana es muy importante para que ésta conserve su autoestima. Especial atención requieren las tareas de cuidado en el aseo personal y la actitud por parte de los que cuidan ante los episodios de incontinencia.

Mantener una actitud cariñosa, respetuosa y que preserve la intimidad de la persona es fundamental en estas situaciones para no dañar la autoestima de la persona.

Según los expertos y la experiencia de las propias personas que cuidan, hay formas y tipos de cuidados que favorecen la independencia y la autonomía, a la par que refuerzan la autoestima de la persona objeto de nuestro cuidado, mientras que otras tienen el efecto contrario. Aunque cada situación es única, conocerlas puede orientarle y serle de utilidad.

- Cuidar facilitando la comunicación: La comunicación es la base de una buena relación interpersonal. El cuidado es una forma de relación interpersonal, y por tanto, la comunicación es algo fundamental para el entendimiento y la empatía. Una adecuada comunicación favorece tanto el bienestar de la persona que es cuidada como el del que desempeña la tarea de cuidar.

Las personas en situación de dependencia, por diferentes motivos, pueden ver limitada su capacidad comunicativa. La discapacidad grave, discapacidad intelectual, la enfermedad mental, los déficits sensoriales importantes o el deterioro cognitivo avanzado son ejemplos de ello.

Un buen cuidado se caracteriza por potenciar y facilitar, en la medida de lo posible, la comunicación. Según los expertos y la experiencia de las propias personas que cuidan, hay estrategias y maneras de cuidar que favorecen la comunicación,

mientras que otras tienen el efecto contrario. Aunque cada situación es única, conocerlas puede orientarle y serle de utilidad.

- Cuidar en las situaciones de complejidad:

Cuando la persona muestra agitación.

Los motivos que provocan la agitación son muy variados: problemas de salud, consumo de algunos fármacos, las limitaciones físicas, las limitaciones en la comunicación, la inactividad o falta de estimulación, el estar desorientado o confuso, la falta de reconocimiento de objetos o personas (agnosia) o la existencia de alucinaciones.

Una persona está agitada cuando presenta repetidamente alguno o varios de los siguientes comportamientos:

- Frotarse las manos.
- Repetir preguntas.
- Movimientos de balanceo.
- Arañarse, rascarse, golpear.
- Manipular objetos repetidamente (tiradores de puertas...).
- Cambiar los muebles de sitio.
- Intentar irse de casa.
- Abrir los grifos.
- Agitar los brazos.
- Hacer ruidos sin finalidad aparente (lamentarse, gemir, llorar).

Cuando la persona presenta comportamientos agresivos.

Las conductas agresivas pueden deberse a distintas razones: enfadado ante algo que no es de su agrado, frustración de no valerse, sentimiento de invasión del espacio personal (por ejemplo, en el aseo) o reacción de defensa ante la falta de comprensión o malinterpretación de lo que sucede a su alrededor.

Según los expertos y la experiencia de las propias personas que cuidan, hay estrategias y manera de cuidar que previenen los comportamientos agresivos y los reducen, mientras que otras tienen el efecto contrario. Aunque cada situación es única, conocerlas puede orientarle y serle de utilidad.

Cuando la persona presenta inactividad y tristeza.

La inactividad habitual y la falta de estímulos agradables producen apatía y tristeza. A su vez, ello conduce a una mayor inactividad y así se forma un círculo

recurrente.

Cuando esta situación se prolonga, la persona puede llegar a padecer una depresión. La situación de dependencia puede ir acompañada de distintas pérdidas que provocan sentimientos de tristeza en la persona: menor contacto con amigos y conocidos, pérdida de capacidades para llevar a cabo actividades, movilidad reducida y con ello menos salidas de casa, etc.

A estas pérdidas se añaden los sentimientos de falta de control en las actividades cotidianas al depender de los cuidados de los demás y de inutilidad.

También hay que saber que no toda pasividad o falta de iniciativa implica un bajo estado de ánimo. El deterioro de ciertas zonas cerebrales (lóbulos frontales) provoca lo que se denomina adinamia, o falta de capacidad para iniciar o planificar acciones, sin que esto tenga que ver con la tristeza.

Según los expertos y la experiencia de las propias personas que cuidan, hay estrategias y actuaciones que previenen y reducen la inactividad y la tristeza, previniendo así la depresión, mientras que otras tienen el efecto contrario. Aunque cada situación es única, conocerlas puede orientarle y serle de utilidad.

Cuando la persona presenta suspicacias, alucinaciones o ideas delirantes.

En ocasiones las personas en situación de dependencia pueden mostrarse muy suspicaces y desconfiadas ante los que le rodean y le cuidan, llegando incluso a hacerles graves acusaciones. Esto suele ser muy doloroso y ofensivo para la persona que cuida al considerar que no se reconoce su labor y que se le trata de forma injusta. Sucede especialmente en los procesos degenerativos cerebrales y en algunas enfermedades mentales. La suspicacia y el echar la culpa a la persona que cuida es un mecanismo de defensa que la persona crea ante la inseguridad que genera el propio deterioro o enfermedad y que deposita en la persona más cercana.

Las alucinaciones son falsas percepciones de la realidad. Se producen cuando la persona percibe -oye, ve, huele, toca cosas que no existen.

Aunque estas no existen realmente y nadie más las puede ver u oír, la persona realmente las percibe. No suelen ser frecuentes y están asociadas al deterioro cognitivo avanzado, a las enfermedades mentales, o a efectos de ciertos fármacos. Es necesario saber qué hacer para manejarlas ya que suelen provocar gran angustia en la persona y desconcierto en la familia.

Según los expertos y la experiencia de las propias personas que cuidan, hay medidas y actuaciones que ayudan a reducir y minimizar el efecto de las alucinaciones o de las ideas delirantes, mientras que otras tienen el efecto contrario y las agravan. Aunque cada situación es única, conocerlas puede orientarle y serle de utilidad.

Cuando la persona presenta insomnio.

El insomnio se refiere a la dificultad mantenida de mantener un mínimo de horas seguidas de sueño nocturno. El descanso nocturno es esencial para el bienestar de la persona en situación de dependencia y para la familia. De hecho, el insomnio es una de las causas más frecuentes de claudicación familiar en los cuidados e ingreso de la persona en situación de dependencia en una residencia. El insomnio afecta con mayor frecuencia a las personas mayores. Cuando a la alteración del sueño se añade la desorientación y agitación del deterioro cognitivo la situación suele complicarse.

El insomnio puede tener varias causas: la alteración del sueño asociada al envejecimiento, la depresión, el deterioro cognitivo, el dormir excesivamente por el día, el cambio de horarios, el abuso del alcohol o sustancias excitantes, las preocupaciones, la enfermedad, el dolor o incluso el miedo a la oscuridad.

Según los expertos/as y la experiencia recogida de las propias personas que cuidan, hay medidas y actuaciones que previenen o reducen las alteraciones del sueño, mientras que otras tienen el efecto contrario. Aunque cada situación es única, conocerlas puede orientarle y serle de utilidad.

Cuando la persona presenta conductas repetitivas.

Las conductas repetitivas son aquellos comportamientos, verbales o físicos, que la persona presenta y mantiene constantemente. Suelen estar asociados a situaciones de deterioro cognitivo o grave discapacidad intelectual. Este tipo de comportamientos produce gran fatiga y acaba agotando la paciencia de las personas que están a su cuidado.

Ejemplos de ello son: repetir continuamente alguna pregunta, pedir reiteradamente alguna cosa, llamar con frecuencia, moverse de un lado a otro o buscar con perseverancia algo.

Las causas pueden ser variadas pero, entre ellas, puede figurar el deterioro de la memoria y la inseguridad que aparece asociada, el aburrimiento o falta de estim-

ulación (y por ello se llama la atención) así como el malestar físico o psicológico.

Según los expertos/as y la experiencia recogida de las propias personas que cuidan, hay medidas y actuaciones que previenen o reducen los comportamientos de demandas excesivas, mientras que otras tienen el efecto contrario. Aunque cada situación es única, conocerlas puede orientarle y serle de utilidad.

2 Objetivos

- Ofrecer apoyos a las familias con personas dependientes a su cargo.
- Formar a los/as cuidadores en materia de autocuidados y habilidades sociales.
- Informar y asesorar a los/as cuidadores de los recursos y servicios existentes en la comunidad, que pueden servir de apoyo para el cuidado de sus familiares dependientes.

3 Metodología

Se empleó la siguiente:

- Análisis y observación documental.
- Lectura de Guías y manuales.
- Obtención de información según marco normativo vigente.

4 Bibliografía

1. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía y Atención a Personas en situación de Dependencia.
2. Decreto 68/2007 por el que se regula el reconocimiento de la situación de Dependencia y el derecho a las prestaciones del SAAD.
3. Peña, C; Hernández, P y Fernández, J. “Acompañar y Atender la Dependencia de tus Mayores”. Ed. Bayard. Madrid. 2004.
4. Santos López, R; Luna Bueno, A. M.; Selmes, J. “Cómo organizarse y cuidar de sí mismo: Guía básica para el cuidador de personas con alzheimer u otra demencia”. Ed. Meditor. Madrid. 2004.

Capítulo 795

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL COMO PARTE FUNDAMENTAL DE UNA BUENA COMUNICACIÓN

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

1 Introducción

Tenemos que tener en cuenta que la primera visión de una persona puede determinar el desarrollo de nuestras relaciones con ella, aún cuando no nos crucemos una sola palabra. Esta primera impresión se obtiene del lenguaje corporal y se nos queda más firmemente grabada que algunas conversaciones en forma verbal.

Entre el 70 y el 90% de la comunicación es de tipo no verbal. Sin embargo hoy en día están en alza las redes sociales en las que la única comunicación es de tipo escrito y ello da lugar a muchos malentendidos o a personas que pueden permitirse mentir con más facilidad, ya que la mayor parte de la información que se obtiene en el trato personal se pierde con el teléfono o como decimos con las redes sociales tal como las conocemos hoy en día.

A veces no se trata solo del lenguaje corporal o gestual, sino que incluso estando ausentes, la forma de organizar el espacio personal en el hogar o en el trabajo delatan de forma clara nuestra forma de ser y pueden darnos indicaciones de la personalidad y de los gustos de cada persona. Debemos, por tanto, darle a la comunicación no verbal la importancia que realmente tiene y saber interpretar a las personas no solo por lo que dicen sino por cómo lo dicen, porque esto será un

indicador adecuado de cómo debemos responder apropiadamente para una buena comunicación y de conseguir evitar conflictos innecesarios, ya que podremos interpretar las señales de insatisfacción o inseguridad o irritación en los demás.

2 Objetivos

- Identificar los componentes de la comunicación no verbal que están influyendo en nuestra comunicación con los demás.

3 Metodología

Como método de trabajo empleamos una amplia revisión teórica de distintas fuentes entorno al tema de la comunicación no verbal y sus repercusiones en una buena comunicación. Se emplean como motores de búsqueda diversos artículos, libros y páginas web de organismo oficiales e igualmente se hace una exhaustiva revisión bibliográfica en las bases de datos: Dialnet, Cuidagte, Enfispo, Pubmed y Lilacs.

Hemos empleado palabras clave y tesauros relativos al tema a estudio y con este método conseguimos acceder a unos 9 documentos de los que hemos escogido unos 4 para plasmar la información que nos ha parecido más útil para elaborar el presente capítulo.

4 Resultados

El lenguaje corporal incluye los mensajes que emitimos con nuestras acciones, posturas y actitud física. Si la actitud corporal es la adecuada conseguiremos que los demás se sientan agusto y deseen conversar con nosotros, ello redundará en una mayor confianza y en una mejora en las relaciones interpersonales.

Existen por tanto, ciertos elementos no verbales, que debemos tener en cuenta cuando queremos establecer una comunicación adecuada:

- En cuanto a las expresiones faciales, muestran qué tipo de emociones sentimos y donde estamos centrando nuestra atención en la comunicación: es importante el contacto visual durante toda la conversación, no se trata tanto de clavar la mirada como de mirar de manera atenta, lo cual da la sensación de interés por lo que nos cuentan. La expresión del rostro debe ser amigable y tranquila, no

hacer muecas al interlocutor. La sonrisa, si se muestra verdadera da a entender confianza y que la persona participa de nuestros sentimientos.

- Los gestos deben ser serenos y sin brusquedades. Suelen tener un importante componente cultural. Nos ayudan a transmitir nuestros sentimientos.

- La postura, indica el grado de interés y de apertura hacia los demás, indica cuál es nuestro estado a nivel emocional y puede influir en mejorar nuestro estado de ánimo y el de los demás. La cabeza debe estar expectante, mirando hacia el interlocutor y debemos mantener la espalda y los hombros rectos.

- También nuestra apariencia nos da mucha información y es uno de los factores que más influyen en la comunicación no verbal. Puede darnos indicaciones sobre el origen o la cultura de las personas o su nivel social o económico.

Por último, debemos tener en cuenta que los seres vivos somos territoriales, por lo que es muy importante conocer las distancias en las que los seres humanos nos desenvolvemos y que varían según diversos factores como la cultura o como la propia idiosincrasia del individuo.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que tengamos muy en cuenta la importancia del comportamiento corporal a la hora de comunicarnos con los demás y en las relaciones que tenemos habitualmente con las personas. Para que la comunicación sea eficaz debemos complementar tanto la interacción verbal como la no verbal, ya que cuando la no verbal apoya a la verbal hace que los mensajes sean entendidos mucho mejor y más claramente por los receptores y por tanto, se generen menos conflictos y malos entendidos.

Debemos por ello conocer el lenguaje no verbal y saber aplicarlo al interlocutor con sus características especiales para promover por ejemplo entre los trabajadores de una empresa, sobre todo cuando se trata de una empresa que debe tratar con el público, un mayor nivel de entendimiento y la mejora de las relaciones interpersonales, así como un servicio de calidad.

6 Bibliografía

1. Ribbens G. y Thompson R. (2002). Aprender las claves del lenguaje corporal. Ed. Gestión 2000.
2. Ferrari L. Cómo conocer a las personas por su lenguaje corporal. Más allá de las palabras el cuerpo no miente. Interlibros.

3. Pease A. (2009). Comunicación no verbal. El lenguaje del cuerpo. Paidós.
4. Ekman P. (2005). Cómo detectar mentiras / Teeling lies. Paidós Ibérica Ediciones.

Capítulo 796

LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MENORES DE EDAD

MARIA ROSA MORAN MONTEIRO

1 Introducción

Todo ser humano, y en especial las personas menores, que a efectos prácticos y jurídicos entenderemos por las personas menores de diez y ocho años, tienen una serie de necesidades. Cuando hablamos de necesidades, queremos decir que el niño o la niña está preprogramado para desarrollarse de una determinada forma, que es un proyecto que para cumplirse necesita de determinadas condiciones, que, en definitiva, necesita unas cosas y no otras. Estas necesidades son de naturaleza biológica y social y deben ser consideradas como características de la especie humana, aunque algunas de ellas son compartidas con otras especies.

Son los adultos quienes deben responder a estas necesidades de los menores, porque, ellos no tienen la misma capacidad de autoprotección que los adultos: son más vulnerables, no pueden decidir sobre su vida de la misma forma, no se saben defender bien de los peligros y pueden sufrir efectos más irreversibles. Estos hechos, entre otros hacen necesaria la función protectora de los adultos.

Tampoco debe entenderse al menor como un receptor pasivo en la satisfacción de sus necesidades. El es un agente activo en las decisiones que le afectan y en todas las actividades de interacción con los demás. Desde la infancia, en la medida de sus posibilidades, deben tenerse en cuenta sus peticiones, hacerle partícipe de las decisiones que le afectan y conseguir que sea agente activo que contribuya eficazmente a satisfacer sus propias necesidades y las de los demás.

Existiendo necesidades, también existen riesgos, siendo uno de los más significativos en la infancia, y que pone en cuestión el rol protector de la familia, los malos tratos o diferentes formas de abusos y abandono infantil. Por malos tratos, o maltrato infantil se entiende toda situación de desprotección infantil cuando la insatisfacción de las necesidades básicas del menor genera un daño o riesgo que dificulta o impide su desarrollo integral. Visto en perspectiva, si no se satisfacen las necesidades de los menores, estos serán más sensibles a sufrir riesgos, riesgos que pueden desencadenar situaciones de desprotección.

El maltrato infantil es mejor entendido desde una teoría de las necesidades del niño y desde lo que significa ser una adecuada figura de apego. Los menores tienen derecho a una infancia libre de malos tratos y a que sus necesidades básicas sean cubiertas. Los padres son la mejor fuente de protección para sus hijos y el recurso normal para cubrir dichas necesidades básicas, siempre que estos sean buenas figuras de apego y permitan el desarrollo integral de sus hijos, con respeto a sus derechos y atención a sus necesidades.

Desde el carácter práctico y con un enfoque psicológico, por necesidades de la infancia entendemos toda aquella que pueda englobarse en alguno de los siguientes taxones:

- Necesidades de carácter biológico:

Alimentación/Nutrición.

Temperatura.

Higiene.

Sueño.

Actividad física: ejercicio y juego.

Integridad física y protección de riesgos reales.

- Necesidades cognitivas:

Estimulación sensorial.

Exploración física y social.

Comprensión de la realidad física y social.

Adquisición de un sistema de valores y normas.

- Necesidades emocionales y sociales:

De tipo social:

Seguridad emocional, identidad personal y autoestima.

Red de relaciones sociales.

Participación y autonomía progresiva, a la vez que necesidad de establecer unos límites al comportamiento

Sexuales:

Contacto sexual

Con el entorno físico y social:

Protección de riesgos imaginarios.

Interacción lúdica.

En atención a la atención a las necesidades físico-biológicas, la alimentación debe ser suficiente, variada, estar bien secuenciada en el tiempo y adaptada a la edad. En los primeros meses es especialmente importante la lactancia materna por razones biológicas y socio-emocionales. El riesgo en este caso es la desnutrición o los déficit específicos en la alimentación.

La temperatura adecuada debe ser garantizada con apropiadas condiciones de la vivienda y el vestido. El riesgo en este caso son los problemas de salud relacionados con condiciones de temperatura inadecuadas: congelación, resfriados crónicos, quemaduras, etc.

La higiene corporal, de la alimentación, del vestido, de la vivienda y del entorno ambiental es también necesaria para el desarrollo saludable de los niños. El riesgo en este caso son las infecciones y problemas de salud diversos, el rechazo social, etc...

La necesidad de dormir suficiente tiempo y en condiciones ambientales adecuadas es también fundamental para el desarrollo. Los lugares demasiado ruidosos, fríos, no higiénicos no ofrecen condiciones adecuadas a la salud. Los horarios de sueño deben ser regulares y amplios. El riesgo en este caso es la irritabilidad, la falta de capacidad de concentración, el bajo rendimiento escolar.

La necesidad de actividad corporal, es necesaria para que tengan lugar los procesos madurativos y el adecuado desarrollo motor. Los niños deben estar suficientemente libres y disponer de hábitat apropiado, a ser posible con amplios espacios de tiempo al aire libre y en contacto con los elementos naturales (agua, tierra, vegetación, animales, etc.) para llevar a cabo una variada actividad corporal. El riesgo en este caso es reducir las posibilidades de actividad del niño, dejándole continuamente en la cuna, el parque infantil doméstico, el hogar, etc.; o no ofrecerle objetos y otras condiciones que favorezcan su actividad. Lesiones producidas por estar en una única postura o inmóviles están entre las formas de

maltrato en relación con esta necesidad.

Los menores necesitan estar protegidos de numerosos peligros reales. No puede olvidarse que los accidentes domésticos son una de las principales causas de mortalidad infantil en los países occidentales. Los niños deben vivir en un ambiente ecológico seguro, sin tener a su alcance sustancias, medicamentos, enchufes o aparatos que puedan convertirse en un peligro para ellos. El riesgo en este caso son los maltratos físicos y psíquicos, las condiciones que favorecen la accidentalidad dentro del hogar, el colegio y la vía pública.

Estas necesidades requieren condiciones adecuadas de la casa y el entorno en el que viven los niños, casa y entorno que debería diseñarse pensando en ellos, vigilancia estrecha por parte de los adultos a lo largo de toda la primera infancia -los adultos tienen que estar sensorialmente cerca de los niños que cuidan- y revisiones sanitarias periódicas.

Las diferentes formas de maltrato físico, tanto activo como pasivo, suponen daño a la satisfacción de estas necesidades: el maltrato físico, el abandono físico o la negligencia, el maltrato prenatal (ingestión de sustancias que dañan al feto), y el síndrome de Munchausen por poderes (provocación de síntomas o problemas que dan lugar a continuas consultas).

En lo respectivo a las necesidades cognitivas, la necesidad de estimulación es hoy ampliamente reconocida por todos los especialistas. Los niños nacen con capacidades sensoriales bastante desarrolladas y estructuradas desde el punto de vista auditivo, visual y táctil. Nacen también con gran capacidad de aprendizaje físico y social, estableciendo asociaciones desde los primeros días de vida y haciendo muy pronto aprendizajes complejos. Para que los sentidos y las capacidades motoras se desarrollen es necesario que los niños sean estimulados de forma amplia y que ellos, por sí mismos, puedan interactuar con un entorno físico y social rico en cantidad de estímulos, variable, en cuanto a las características de éstos, y contingentes con su propia actividad, para que establezcan relaciones entre sus acciones y lo que sucede en el entorno. Esto es lo que de forma espontánea hacen las madres cuando interactúan adaptándose a los ritmos biológicos de los niños y llenan de espacios de interacción lúdica algunos de los tiempos que los niños permanecen despiertos. Esto es lo que deben hacer también los padres y otros familiares, y, de forma más sistemática, los educadores, especialmente durante el periodo infantil.

El riesgo en este caso es de privación sensorial que le impida un desarrollo ade-

cuado de los sentidos y todos los procesos madurativos que necesitan ser estimulados. La carencia de estímulos, objetos, juguetes y personas con las que interactuar son también una amenaza para el desarrollo del niño.

La necesidad de exploración del medio físico y social completa la anterior dándole un sentido más global. Los niños son activos y curiosos; necesitan conocer el entorno físico y social. Para explorarlo deben disponer de posibilidades ambientales de contacto con múltiples objetos, lugares, plantas, animales y personas. Deben poder satisfacer su curiosidad en los ambientes más ricos y variados posibles.

El riesgo es la reducción de la vida del niño a un ámbito espacial y social demasiado empobrecido y limitado. O la ausencia de apoyo afectivo y social que le permita abrirse confiadamente a los demás.

Los niños necesitan también comprender el significado de las cosas, necesidad de comprender la realidad. Por ello exploran una y otra vez lo que parecen conocer y por ello, cuando adquieren esta capacidad, preguntan continuamente. Escuchar estas preguntas, responderlas de forma sincera, veraz, contingente a la demanda, sencilla y adaptada a las propias capacidades de los niños, es fundamental. Los adultos no pueden olvidar que son unos mediadores en la comprensión de la realidad y que el significado que los niños dan a ésta, depende en buena medida de ellos.

Explicarles con actitud de sinceridad el significado de las cosas, transmitirles las creencias humanas, políticas y religiosas, sin dogmatismo e intolerancia, decirles con sencillez lo que sabemos sobre la sexualidad y el resto de relaciones humanas y, sobre todo, inculcarles una actitud de búsqueda de conocimientos y de tolerancia con las diferentes formas de entender las cosas, es fundamental. Los adultos hemos de transmitirles un concepto del ser humano y de la sociedad realista y positivo, de forma que aprendan que el ser humano tiene recursos afectivos y cognitivos que puede orientar de forma solidaria, que los vínculos afectivos y sociales son una posibilidad y un valor, que la vida de las personas y los grupos sociales, aun con sus conflictos, pueden valer la pena.

Este concepto positivo de las posibilidades del hombre y de la sociedad requiere el desarrollo del juicio moral y la capacidad de asimilación crítica de valores y normas sociales que permitan a los niños autocontrolar su conducta y llevar a cabo comportamientos prosociales, teniendo referencia la universalización de los derechos humanos.

El riesgo en este caso es la falta de diálogo y comunicación con el niño, la transmisión de Ideas y creencias fundamentalistas, que generen radicalismos, racismo o intolerancia, y la transmisión de un sentido pesimista

Desde el punto de vista de la teoría del maltrato infantil, el abandono físico o negligencia que afecta al área educativa, tanto dentro del ámbito familiar como escolar, debe considerarse como una respuesta inadecuada a estas necesidades. El retraso no orgánico en el desarrollo es también una forma del maltrato que debería ubicarse en relación con estas necesidades.

Las necesidades emocionales y sociales sólo pueden ser satisfechas por quienes ejercen la función de padres, otros familiares y adultos, los Iguales o compañeros, las asociaciones y la comunidad donde se vive, los educadores o educadoras, etc.

De éstas, la necesidad más primaria es la de seguridad emocional. Es sentida subjetivamente como necesidad de sentirse querido, aceptado, apoyado, acompañado, protegido, etc. Su insatisfacción es vivida como abandono, soledad, marginación, rechazo, aislamiento, inseguridad, miedo, ansiedad, etc. El vínculo que satisface esta necesidad es fundamentalmente el del apego, que es el único que, en su propia naturaleza, conlleva la incondicionalidad de la aceptación.

Tener, al menos, una figura de apego, es una condición imprescindible para el apropiado desarrollo de la infancia. Esta seguridad emocional es la base adecuada para que construya un sentimiento de identidad personal y para que se autoestime. Una persona sólo puede autoestimarse si se sabe querida, digna de ser querida tal y como es. Por ello, la incondicionalidad de las figuras de apego, el ofrecimiento de un espejo incondicional es la base de la autoestima y la mejor forma de ser aceptado en su diversidad o identidad personal.

El riesgo en este caso es la ausencia de figuras de apego y las diferentes deficiencias de éstas que condenan al niño a la carencia de vínculos incondicionales o a la formación de patrones de apego ansioso. Entre éstos están la separación de los padres por hospitalización u otros motivos, la ausencia de figuras de apego capaces de cumplir esta función (padres alcohólicos, psicóticos, drogadictos o encarcelados, por ejemplo), figuras de apego que no están accesibles o disponibles por razones laborales u otras, padres adolescentes, etc.

Pero al individuo no le es suficiente con disponer de una o varias figuras de apego, sino que tiene también la necesidad de ampliar su mundo de relaciones con los iguales y con la comunidad en que vive en general. El individuo y la familia nu-

clear no pueden vivir aislados, incluso les sería casi imposible sobrevivir en esas condiciones. Se necesita una amplia red de relaciones sociales para no sentirse marginado, aislado socialmente y aburrido. Estas relaciones satisfacen la necesidad de sentirse perteneciendo a un grupo y una comunidad, compartir proyectos, divertirse en común, etc... Favorecer las relaciones de amistad, la formación de grupos y el asociacionismo es fundamental, desde este punto de vista.

El riesgo más importante en este caso es el aislamiento social del niño, la falta de contacto con su grupo de iguales y la carencia de grupos, asociaciones o comunidades que favorezcan el establecimiento de una amplia red de relaciones sociales. Los niños que tienen que emigrar o son refugiados sufren también este tipo de riesgos.

La necesidad de participación y autonomía progresiva. Los niños son actores dentro del sistema familiar, educativo y social, en general. Tienen el derecho y la necesidad de participar en las decisiones y situaciones en las que estén implicados en la medida de sus posibilidades. No deben entenderse como receptores pasivos de beneficios y ayudas, sino como participantes activos en las decisiones y gestiones relacionadas con su vida.

De esta forma se fomenta la participación y la autonomía. El proceso de adquisición de la autonomía debe ir acompañado del establecimiento de límites en el comportamiento. Límites coherentes y definidos a través de formas de disciplina inductiva. "Los padres maltratadores" físicos tienen procedimientos específicos de carácter errático para establecer límites. Estos suelen ser inconscientes, no contingentes y de tipo aversivo.

La necesidad de contacto sexual no sólo es evidente desde el punto de vista de la necesidad de supervivencia de la especie, sino también desde el punto de vista de la necesidad de intimidad corporal y comunicación que siente cada persona. La sexualidad humana ha dado un salto cualitativo al dejar de depender el deseo y la atracción de los ciclos hormonales de la hembra.

La sexualidad se puede manifestar en la infancia de múltiples formas (autoexploraciones, exploración del cuerpo de otras personas, imitación de conductas observadas en los adultos, descubrimiento del autoerotismo y conducta masturbatoria, preguntas a los adultos sobre diferencias anatómicas, el origen de los niños, la forma en que se engendran, o el significado de numerosas conductas sexuales). Estas manifestaciones deben ser respetadas y sus preguntas contestadas con ve-

racidad y sencillez.

Los riesgos en este caso son la educación represiva sexofóbica y los abusos sexuales de menores. Respetar la sexualidad infantil, por un lado, y no interferiría instrumentalizando a los niños por parte de los adultos es fundamental en este caso.

La necesidad de protección de los riesgos imaginarios tiene especial significado en la infancia porque los niños, a medida que aumenta su capacidad de pensamiento y fantasía son conscientes de las amenazas que pueden sufrir su seguridad emocional, sus vínculos afectivos y su salud. El gusto de los niños por los cuentos clásicos refleja este interés por los conflictos en que se pueden ver involucrados: miedo al abandono o pérdida de los padres, rivalidad fraterna, enfermedad, muerte, etc. Es importante que los niños sean protegidos, escuchándoles y comprendiendo sus temores, a la vez que se les den mensajes y se le ofrezcan conductas tranquilizadoras por parte de los padres y el entorno.

En realidad, la mejor manera de proteger al niño de los riesgos imaginarios es ofreciéndole la posibilidad de tener figuras de apego adecuadas. Por ello esta necesidad está estrechamente ligada a la necesidad de seguridad emocional.

El riesgo en este caso es que los niños no puedan expresar sus miedos, no sean escuchados, no reciban mensajes tranquilizadores y, sobre todo, estén sometidos a condiciones de vida que fomenten estos temores: amenazas de ser abandonados, conflictos con violencia verbal o física entre los padres, inseguridad en la relación con las figuras de apego, preferencias entre los hijos, malos tratos físicos o psíquicos, abandono, uso del chantaje emocional como forma de disciplina, etc.

La necesidad de jugar está presente en todas las especies cercanas a la nuestra, pero es en el caso de los seres humanos especialmente clara y significativa. El juego proporciona a las personas, en todas las edades, pero especialmente en la infancia, la oportunidad de gozar, divertirse, disfrutar de determinados momentos de la vida. El juego neutraliza otros momentos de sufrimiento, trabajo, estrés, etc., contribuyendo a que el balance vital sea positivo.

Pero además el juego, especialmente en la infancia, ofrece las mejores oportunidades para hacer todo tipo de aprendizajes sociales, recibir estimulación rica y significativa, realizar actividades corporales de todo tipo, formar una red de relaciones sociales, etc. El riesgo en este caso es carecer de juguetes, compañeros con quien jugar, espacios donde jugar, padres que dispongan de tiempo y se in-

volucen en juegos con sus hijos, etc.

Los diversos tipos de maltrato y abandono que ponen en riesgo a los menores y que suponen un desafío a la cobertura de necesidades infantiles serían:

- Maltrato emocional: hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar: rechazar, aterrorizar o aislar.
- Abandono emocional: la falta persistente de respuesta por parte de los padres/tutores o figura adulta estable, a ciertas señales o expresiones emocionales del niño/a (llanto, sonrisa) o a los intentos de aproximación, interacción o contacto hacia los adultos: indiferencia o falta de disponibilidad.
- Abandono: rechazo total y deliberado de las obligaciones familiares, dejando al niño/a en algún lugar o en casa, sin la intención de volver.
- Abuso sexual: actividad sexual con menores realizada por mayores de edad, o llevada a cabo por otros menores con diferencia de edad importante en relación con la víctima, u otros menores que emplean la fuerza o la amenaza.
- Explotación laboral: asignación de trabajos que no son considerados apropiados para niños en esa sociedad, deberían ser realizados por los adultos e interfieren su desarrollo o aprendizaje escolar.
- Corrupción: implicación de niños, hecha por adultos, en conductas antisociales. Incapacidad de los adultos, padres o tutores, para controlar la conducta del niño.

Las diferentes formas de maltrato infantil pueden ser ubicadas en relación a la teoría de las necesidades que acabamos de proponer. Esta teoría no sólo permite comprender mejor las diferentes formas de maltrato infantil, indicando la necesidad que amenazan o impiden satisfacer, sino que permite hacer una evaluación global teniendo en cuenta no sólo los riesgos que vive el niño, sino también el grado en que sus necesidades están cubiertas. Esta visión, al remitirnos a las necesidades, permite también interpretar mejor los diferentes tipos de maltrato y la interacción entre ellos ya que, en realidad, todo maltrato suele ser a la vez físico y emocional.

Cuando se toman decisiones sobre los menores, teniendo en cuenta una u otra

forma de maltrato, hay que evaluar si el destino que le vamos a dar al niño garantiza mejor la satisfacción de las necesidades que la familia de origen supuestamente deficitaria. La teoría de las necesidades, si se tiene en cuenta en la toma de decisiones, facilita una visión global de la situación del niño y de las necesidades que deben satisfacerse en cualquiera de los contextos en que le ubiquemos. Hay que preguntarse qué es globalmente mejor para él.

Uno de los riesgos más significativos en la infancia, que pone en cuestión el rol protector de la familia, son los malos tratos o diferentes formas de abusos y abandono infantil. Pueden encontrarse varios tipos de modelos explicativos y numerosos análisis descriptivos de las características de los padres maltratantes. El modelo explicativo más tradicional ha sido el modelo psiquiátrico, su explicación está en las características individuales del padre o madre que maltrata, es decir, padres insatisfechos que pierden el control con facilidad, tienen frecuentes ataques de cólera, son muy irritables y han sido con frecuencia ellos mismos víctimas de privaciones o maltrato en su infancia. Y también existe una incapacidad para controlar sus impulsos y aprendizajes infantiles erróneos sobre las relaciones entre padres e hijos.

Otro modelo explicativo pone el énfasis en factores socioculturales. Así el maltrato es mejor explicado si analizamos el contexto familiar general y las situaciones concretas en que se produce. Estudiar los factores estresantes que afectan a la familia, sus habilidades educativas y la naturaleza de la vida familiar tendrá, mayor poder explicativo que las características personales de los padres.

Por último, también se puede explicar el maltrato desde una perspectiva interaccionista, en la que se tienen en cuenta las características de los padres, las características de los hijos y las características del macro y micro contexto de la interacción. El énfasis del análisis se pone finalmente en la propia interacción padres-hijos. Las características del padre o madre que maltratan, las características del niño maltratado y las características socioeconómicas juegan un importante rol, pero ninguna de estas características provocaría por sí misma y necesariamente el maltrato.

Las características socioeconómicas de mayor riesgo son: ingresos inferiores al criterio de pobreza (especialmente en los casos de abandono), paro, bajo nivel académico, familias monoparentales, alcoholismo, padres psicóticos, padres con problemas de salud, violencia física entre otros miembros de la familia, experiencia de sucesos estresantes, padres muy jóvenes, padres que tienen los hijos antes de los veinte años.

Las características del maltratador más destacables serían: personas aisladas de otros familiares y amigos que tienden a evitar contactos sociales y a carecer de redes sociales de apoyo, con baja capacidad de autocontrol, con frecuentes ataques de cólera, que puntúan bajo en autoestima considerándose a sí mismos como desgraciados, muy estresados, con poca tolerancia a la frustración y con frecuentes quejas sobre su propia salud.

En relación con la diferencia de sexo, los varones suelen cometer más maltratos físicos que las mujeres, mientras que en éstas es más frecuente el abandono.

Enfocando los factores de riesgo desde las diversas formas de maltrato infantil, de manera mucho más precisa, se establecen tres grandes tipologías de factores de riesgo:

- Maltrato físico: El que los padres hayan sufrido maltrato físico cuando eran niños. La tasa de transmisión intergeneracional puede estar entre el 18 y el 30 %. Es decir, la mayor parte de los que son maltratados no se convierten en maltratantes, aunque esta experiencia es un factor de riesgo. Este factor de riesgo es menor si el maltratado dispone de una figura de apego adecuada en la infancia y disfruta en la vida adulta de una relación de pareja satisfactoria. También padres que disponen de una red de apoyo deficitaria, especialmente de amigos y familiares cercanos; Familias monoparentales, particularmente de madres que se encuentran solas, especialmente después de separaciones o divorcios; Familias en las que la madre tiene de compañero a un hombre que no es el padre de sus hijos.

O cuando existe toxicomanía y alcoholismo de los padres, y/o baja autoestima de los padres, especialmente en cuanto a sus capacidades para resolver los conflictos que les plantean los niños.

En otros casos se manifiesta en padres más irritados, con hiperreactividad emocional ante las situaciones estresantes, y también en padres que tienden a tener distorsiones cognitivas en relación con las situaciones estresantes, sobrevalorando su significado.

- Abandono físico: En padres con poca interacción social, con respuestas pobres ante la interacción de los demás, y por supuesto en padres con menos conductas prosociales.

Pero también se produce en casos como:

Progenitores que ignoran más las demandas del niño, no satisfacen sus necesi-

dades básicas o lo hacen peor.

Padres que reaccionan muy poco ante situaciones estresantes, como si sufrieran una especie de apatía. Por ello reaccionan con evitación en lugar de con agresividad ante los problemas del niño.

Padres inmaduros o con retraso mental que no se dan cuenta de las necesidades del niño.

Padres con problemas psiquiátricos, especialmente psicóticos.

Madres que viven muy solas y aisladas que no saben servirse del apoyo social de las demás personas o instituciones.

Padres que perciben, interpretan y responden peor a las demandas del niño.

- Abuso sexual: En padre u otro familiar con poca capacidad de autocontrol, con desinhibición comporta-mental general o en situaciones concretas, como durante estados de embriaguez. Y padres u otro familiar aislado socialmente con pocas habilidades sociales. Además suelen ser arquetípicos en estas tipologías la confusión familiar de los roles entre la madre y la hija. Los conflictos familiares y situación de insatisfacción relacional y sexual entre los padres; La existencia de un padre no biológico de los hijos, y/o padre pederasta; Y las situaciones familiares de hacinamiento, violencia física, de ausencia frecuente de la madre, etc.

Las necesidades de las personas menores están intrínsecamente con los principios generales de intervención, que a modo de pautas vienen a regir la intervención pública en la materia. Estos principios tienen una especial sensibilidad con lo que en nuestro marco jurídico común se denomina interés superior del menor, último fin y principio de la protección de menores desde el enfoque del desarrollo integral, por ello:

- Los menores tienen derechos recogidos en su propio marco, y la cobertura básica de sus necesidades es un derecho incuestionable e irrenunciable.

- Los menores no siempre son capaces de protegerse a sí mismos y no pueden permanecer sin protección.

- Cuando los padres son incapaces o no desean proteger a sus hijos de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes del maltrato, la comunidad tiene que intervenir para proteger a los menores.

- Las Instituciones y Servicios Sociales con competencia en materia de protección infantil suelen ser el contexto al que recurre la comunidad para proteger a los niños en estas situaciones.

- Aunque el objetivo básico sea siempre garantizar el bienestar del menor, las intervenciones dirigidas a la protección infantil deben ser sensibles a la diversidad cultural que en relación a la composición familiar y prácticas de crianza y educación de los hijos caracterizan a una misma comunidad.
- Todas las decisiones de los Servicios de Protección Infantil tienen que estar basadas en el principio de la primacía del interés del menor, esto es, desde la perspectiva de las necesidades del niño. Por tanto no se ha de tener sólo en cuenta las deficiencias de la familia, sino las condiciones que debería cumplir para satisfacer las necesidades del menor.
- De una actuación fundamentada en las necesidades infantiles se deriva que los criterios, requisitos y demás condiciones que se plantean para garantizar la satisfacción de dichas necesidades han de establecer los mismos niveles de exigencia a los responsables del bienestar del menor, sean éstos su propia familia, los padres acogedores, los responsables de un centro o los propios profesionales de los Servicios de Protección Infantil.
- La mejor forma de proteger a los niños del maltrato es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado de los hijos.
- Lo idóneo es mantener a los niños con sus padres naturales, cuando es evidente que, incluso con intervención, la seguridad y desarrollo saludable de los mismos no puede ser garantizada, los profesionales han de adoptar las medidas necesarias para asegurar estas condiciones, separándolos de forma temporal o permanente de su hogar.
- Todas las actuaciones de los Servicios de Protección Infantil deben compaginar la intervención para garantizar la satisfacción de las necesidades de los menores con la no conculcación de derechos básicos de todos los usuarios del Servicio, no sólo del menor sino también de su familia y, más concretamente, sus padres o tutores.

2 Objetivos

- Conocer las necesidades de los menores y factores de riesgo.
- Intervenir ante situaciones de desprotección infantil.
- Informar sobre los derechos de los/as menores.

3 Metodología

- Observación y análisis documental.
- Obtención de información a través de la legislación vigente.
- Revisión bibliográfica de autores expertos en la materia.

4 Bibliografía

1. “Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo”. Coordinadores;González Menéndez, A.Fernández Hermida, J.R, Secades Villa, R. Ed. Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. 2004.
2. “ Guía de la Buena Práctica en la intervención social con la Infancia, Familias y Adolescencia”. De Paúl Ochotorena; Arruabarrena, M.I. Val. Técnica. Promueve; Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familias y Adolescencia. Ed. Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias. 2008.
3. Bowlby,J. “Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida”.Ed. Morata. Madrid.1976.

Capítulo 797

EL CELADOR: MOVILIDAD Y TRASLADO DE PACIENTES

JOSE ARMANDO BENITEZ VILELA

1 Introducción

Como personal no sanitario, el celador desempeña diversas funciones como movilidad y traslado de pacientes incluyendo actividades múltiples como aseo, higiene, etc.

El traslado de los mismos se puede realizar en cama, camilla, silla de ruedas u otros dispositivos mientras que la movilización incluye no sólo AVD sino también intervenciones en servicios especiales como Quirófano, UCI, Radiología, etc.

Sin embargo, para poder realizar dichas actividades se debe conocer el grado de validez de la persona a tratar siendo imprescindible determinar si él paciente está o no capacitado.

Se distinguen 3 categorías:

- Autónomos: no precisan ayuda.
- Colaboradores: necesitan algo de ayuda.
- No colaboradores o dependientes: incapacitados para realizar AVD.

En las páginas desarrolladas, el celador desempeña un papel importante ya que tiene que ayudar y colaborar con el resto de personal sanitario en la movilización, traslado y realización de cambios posturales.

El tema a tratar es muy amplio ya que abarca un abanico muy extenso de posibilidades. Por ejemplo, el traslado de pacientes independientemente del grado de

autonomía, puede ser en el propio centro para realización de pruebas o asistencia a una consulta médica o por el contrario se puede tratar de una derivación a un centro externo o desplazamiento en ambulancia.

En lo que se refiere a la movilidad, el terreno es también extenso con actividades que incluyen aseo e higiene en plantas o en unidades especiales citadas con anterioridad y donde el mecanismo de actuación y disposición de los mismos requiere de un comportamiento serio y profesional.

En este último caso, los celadores tienen que atender a pacientes especiales como aislados, intubados, infecciosos, quirúrgicos portadores de dispositivos como redones, sondas, catéteres, etc.

Se requiere también de su colaboración y ayuda en quirófano para trasladar al paciente de la cama a la mesa quirúrgica y colocación del mismo en la posición correcta para ser intervenido.

Por todo lo dicho, el celador tiene que actuar de forma profesional siendo correcto y adecuado en todo momento ya que una inmovilización inadecuada supondría un deterioro importante en la recuperación del paciente además de una mala praxis.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Enumerar aspectos generales a tener en cuenta en la movilización de un paciente.

Objetivos secundarios:

- Identificar y conocer las principales técnicas de movilización usada por los celadores en su trabajo diario.
- Participar y colaborar con el personal sanitario (auxiliares de enfermería) en la realización de AVD como aseo e higiene.
- Identificar diferentes tipos de baño según el grado de dependencia de la persona y precauciones a tener en cuenta.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos publicados en las revistas científicas indexadas en las diferentes bases

de datos como Scielo y Cochrane.

4 Resultados

El celador, antes de proceder a realizar una inmovilización a un paciente tiene que considerar una serie de aspectos generales:

- Movilización no contraindicada.
- Preparación del material.
- Lavado de manos y uso de guantes.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración si fuese posible.
- Inmovilizar la cama o dispositivo a utilizar.
- Vigilar dispositivos de los que el paciente sea portador (redones, sondas, bombas, etc).
- Eliminar y evitar posibles obstáculos durante el traslado.
- Mantener medidas de seguridad como barandillas elevadas, evitar movimientos bruscos . Colocarse al lado del paciente para que el movimiento sea de tracción.
- Observar medidas de higiene postural.
- Coordinar y dirigir el movimiento a realizar conservando la estructura coordinada.
- Asegurarse antes de realizar la maniobra de que el estado del paciente lo permita.

Todas estas consideraciones serían a nivel general. Ahora bien, se debe indicar también medidas a adoptar en la movilidad del paciente colaborador, no colaborador y el empleo de medidas auxiliares de ayuda como sábanas y entremetidas: Paciente No Colaborador: se precisan varios colaboradores. El celador se coloca al lado derecho y otro al izquierdo de la cama frente al paciente. Los pies del celador tienen que estar separados y las rodillas ligeramente flexionadas. Se retira la almohada de la cama. Un celador introduce un brazo por debajo del hombro del paciente al igual que el compañero y al unísono levantan al paciente hasta colocarlo en la posición adecuada.

Paciente Colaborador: el celador se coloca al lado de la cama frente al enfermo y a la misma altura que la cadera del mismo. Se indica al paciente que se agarre a la cabecera de la cama y flexione sus rodillas colocando ambas plantas de los pies sobre la cama. El celador coloca sus brazos por debajo de las caderas del paciente. Indicamos al paciente que haga fuerza con sus brazos y pies intentando elevarse hacia arriba al tiempo que los brazos del celador lo ayudan a desplazarse.

Entremetida o Sábana: doblar la sábana o similar por su ancho y a la mitad. Hacer un segundo doblez en su largo a la mitad. Ponerla debajo del paciente desde el hombro hasta el muslo. Se enrolla la sábana por los laterales sujetándola cada persona y así el paciente puede ser movido hacia cualquier lado de la cama.

- Como técnicas de inmovilización se distinguen 2 tipos: quirúrgicas y no quirúrgicas.

No Quirúrgicas: se usan con pacientes que precisan cambios posturales debido a su larga convalecencia en cama. Se exponen a continuación de forma individual. De Cúbito Supino: el paciente se encuentra apoyado sobre su espalda con ambas extremidades superiores e inferiores extendidas a ambos lados del cuerpo.

De Cúbito Lateral Derecho/Izdo: el paciente se encuentra apoyado sobre un lateral con las piernas extendidas, un brazo debajo de la cabeza y el contrario apoyado sobre su abdomen y cintura.

De Cubito Prono: el paciente se encuentra tumbado boca abajo apoyado sobre su pecho y abdomen con la cabeza girada hacia un lateral.

Sims: posición intermedia entre la cubito prono y la lateral.

Fowler: posición semisentada en el que el paciente se encuentra boca arriba con los brazos sobre el abdomen o a ambos laterales de sus cuerpo.

Quirúrgicas: se emplean para el acceso quirúrgico en diferentes intervenciones. Ginecológica: cubito supino con ambas extremidades inferiores flexionadas y la espalda apoyada. También llamada posición de litotomía o potro.

- Trendelenburg: cubito supino con las extremidades inferiores elevadas por encima de la cabeza.

- Antitrendelenburg: la cabeza se encuentra elevada por encima de las extremidades inferiores.

- Genupectoral: paciente inclinado sobre sus rodillas con el pecho apoyado y la cabeza girada hacia un lateral.

- Roser: de cubito supino con la cabeza colgando del borde superior de la cama.

- Punción Lumbar: paciente colocado en el borde de la camilla y en posición de cubito lateral con la espalda flexionada y la cabeza colocada cerca de las rodillas. También llamada posición fetal.

- Los diferentes tipos de baño son:

Baño completo en Cama: en este caso la auxiliar de enfermería es la encargada de realizar todo el procedimiento ya que el paciente está encamado y carece de movilidad. El celador como tal ayudaría en la movilización del mismo según necesidad.

Baño en la Cama: a diferencia del anterior, el paciente puede moverse pero por su patología no le está permitido levantarse. La higiene la realiza él mismo ayudado por el auxiliar y celador.

Baño parcial: la higiene se realiza sólo en zonas susceptibles de desprender malos olores como axilas y zona genital. Si el paciente está capacitado, la realiza él mismo en el baño o cama siendo ayudado por el auxiliar de enfermería.

Baño en Ducha o Bañera: si el paciente es autónomo e independiente y puede levantarse de la cama, lo hace él mismo en el baño. En caso contrario, sería ayudado por el auxiliar.

Se deben tener en cuenta una serie de principios generales:

- Pudor e intimidad de la persona, a nadie le gusta estar expuesto y sobre todo ante gente desconocida que no conoce y que son extraños para ella.
- Cubrir de forma parcial para realizar las actividades de aseo e higiene.
- Mover al paciente con suavidad y cuidado de forma ordenada y en sincronización con el compañero de trabajo.
- Vigilar y tener cuidado con dispositivos como redones, sondas, etc.
- Actuar de forma rápida disminuyendo así el nivel de cansancio del paciente.
- Acomodar al paciente según necesidades y demanda.

Identificar los diferentes ejes existentes:

- Longitudinal: recorre el cuerpo en toda su longitud.
- Transversal: de derecha a izquierda y perpendicular al anterior.
- Sagital: orientación de adelante hacia atrás.

Identificar dirección de los movimientos:

- Flexión: plegar o doblar una extremidad sobre una articulación.
- Extensión: extender o estirar una extremidad sobre una articulación. Abducción: alejamiento del plano medio.
- Adducción: acercamiento del plano medio.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona con la que se tiene contacto cuando se acude a un Centro Hospitalario demandando atención sanitaria o bien como visitante ocasional. Por eso en las instituciones sanitarias de carácter público o privado, surgen a diario situaciones y vivencias en las que la figura ya citada se ve obligado a intervenir como parte fundamental de su trabajo.

Tienen que disponer además de una serie de conocimientos básicos, incluyendo formación en primeros auxilios, para poder trabajar con conocimiento de causa. Esto último resulta imprescindible, ya que se pueden ver ante una situación de urgencia y actuar hasta la llegada del personal sanitario o bien trabajar en servicios de urgencias. Por sobre todo lo dichos actuar de forma correcta y adecuada ya que una actuación incorrecta puede suponer un deterioro importante en la recuperación del paciente.

6 Bibliografía

- Editorial MAD, convocatoria 2018-2019.

Capítulo 798

FUNCIONES BÁSICAS DE EXCEL PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES

ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Excel es un programa de calculo, que permite manejar datos de diferentes características tales como, realizar cálculos, hacer gráficos y tablas; herramientas para analizar, compartir y administrar información etc .

Ayuda a tomar mejor las decisiones. Pudiéndose realizar desde cosas muy sencillas como una lista de alumnos y sus notas hasta acciones mas complejas como una tabla dinámica y un gráfico para la representación de las ventas de una empresa.

2 Objetivos

- Aprender a identificar y usar las herramientas básicas de una hoja de cálculo.
- Reconocer los elementos y objetos de una hoja de cálculo.
- Aprender los diferentes tipos de fórmulas que se pueden usar en una hoja de cálculo.
- Conocer la sintaxis necesaria para el uso de funciones en cálculo matemáticos.

3 Metodología

Revisión exhaustiva y sistemática del programa Excel. Este programa presenta la información organizada como una plantilla cuadrículada cada una de las casillas, llamados celdas, se denominan con un número para las filas y con una letra para las columnas. De esta forma, los datos se encuentran organizados en filas y en columnas. Todas estas celdas se encontrarán dentro de hojas, y un grupo de hojas conformarán un determinado archivo, denominado libro. A través de este capítulo ,conoceremos los distintos elementos de excel con el objetivo de conocer sus funciones principales. Como veremos, toda la plantilla se basa en filas y columnas, y la intersección de estos dos elementos forma las celdas.

Excel nos presenta una interfaz de usuario distinta, bajo el entorno Windows. La tradicional barra de menús e iconos se ha convertido en una interfaz orientada a resultados. Esto significa que, según el trabajo que se deba realizar, Excel muestra los comandos necesarios. Además, nos posibilita construir plantillas de más de 15.000 columnas (indicadas con letras desde la A hasta la XFD) y con una cantidad de filas superiores a un millón; exactamente, 1.048.576. De esta forma, Excel nos da la posibilidad de manejar una enorme cantidad de datos.

Los comandos y funciones son fáciles de encontrar dentro de las fichas orientadas a tareas que contienen grupos lógicos de comandos y características.

Podemos obtener información descriptiva sobre las herramientas con sólo situarnos sobre el icono correspondiente. Así, Excel posee una interfaz de usuario muy ágil, independientemente de la tarea que se esté llevando a cabo. La barra de herramientas de acceso rápido.

Dentro de la interfaz, se presenta una pequeña barra de herramientas personalizable. El objetivo de esta pequeña barra es tener, al alcance de un clic, las opciones que nos resulten más útiles o que necesitemos con mayor frecuencia. Por defecto, la barra de herramientas de acceso rápido sólo incluye los comandos de Guardar, Deshacer y Rehacer. Con un simple clic del raton en el botón que aparece a la derecha de la barra, podremos incluir otras opciones.

De manera muy sencilla podremos incluir comandos, tales como:

- Nuevo: para iniciar un libro en blanco.
- Abrir: se utiliza para abrir algún libro guardado previamente.
- Guardar: opción para salvar los datos del libro que estamos utilizando.
- Correo electrónico: para enviar la planilla actual por correo electrónico.

- Impresión rápida: envía la planilla directamente a la impresora sin realizar cambios.
- Vista preliminar: nos permite visualizar cómo quedaría impresa nuestra planilla.
- Ortografía: realiza una revisión ortográfica.
- Deshacer y Rehacer: estas opciones nos permiten volver atrás las acciones que hayamos efectuado o hacerlas de nuevo.
- Orden ascendente y Orden descendente: son utilidades para ordenar un grupo de datos en distintos sentidos. Además de estas opciones, podremos acceder a personalizar la barra de herramientas de acceso rápido, para que incluya otros comandos.

En el cuadro de la izquierda, encontraremos los comandos disponibles para incluir dentro de la barra y, en el cuadro de la derecha, observaremos los comandos incluidos. A través de los botones Agregar y Quitar que se encuentran entre los dos cuadros, podremos desplazar los comandos, incluyéndolos en nuestra barra de herramientas. También podremos incluir algunos comandos para algún libro determinado si, en el menú Personalizar barra de herramientas de acceso rápido, seleccionamos el nombre de un libro.

En la parte superior izquierda de la ventana, podremos elegir, de una lista desplegable, las distintas agrupaciones por categoría de los comandos. El botón Restablecer que aparece debajo del cuadro de la derecha nos permite hacer que la barra vuelva a tener su configuración predeterminada. Por último, podremos ubicar la barra de acceso rápido por encima o por debajo de la cinta de opciones, si seleccionamos la opción que corresponda dentro de la lista desplegable de esa barra.

El Botón de Office Entre sus novedades, Microsoft Excel 2007 presenta, en la parte superior izquierda de la pantalla, un botón especial con el logo de Microsoft Office. Este botón, denominado Botón de Office, incluye las opciones básicas para el manejo de los archivos. Al presionar este botón, en la parte izquierda veremos una serie de opciones que nos permite trabajar con los archivos. En la parte derecha y bajo el título Documentos recientes, encontraremos accesos directos a los últimos libros que hayamos utilizado.

También podremos acceder a este botón, utilizando el teclado. Para ello, si presionamos la tecla /, veremos que las partes principales de la barra de acceso rápido, los menús y la cinta de opciones muestran letras y números que indican las teclas que permiten acceder desde el teclado. Por ejemplo, para poder

utilizar el Botón de Office debemos, luego de presionar la /, utilizar la tecla A. De la misma forma podremos continuar presionando teclas para utilizar las distintas funciones incluidas en este menú.

Los comandos del Botón de Office Los primeros comandos que incluye este botón son los que habitualmente se encuentran dentro del menú Archivo de cualquier programa de oficina o de diseño. Las opciones Nuevo, Abrir y Guardar hacen referencia al manejo de archivos o de libros. Debemos elegir la primera opción para crear un libro nuevo y la siguiente, para volver a ver un libro existente que hayamos guardado utilizando la tercera opción. Guardar con opciones Si creamos nuestro primer archivo para registrar ingresos y egresos, primero deberemos volcar, para cada día de la semana, los montos respectivos y, luego, realizar la diferencia en una columna. Para guardar este archivo, podemos usar un formato diferente, si utilizamos la opción incluida en el Botón de Office: Guardar como.

Al posicionar el puntero del mouse sobre la opción, nos aparecen las principales opciones que tiene este comando:

- Libro de Excel: guarda el libro en el formato predeterminado de archivo, que tiene extensión .xlsx. Estos archivos no pueden contener macros de Visual Basic para Aplicaciones (VBA) ni controles ActiveX.
- Libro de Excel habilitado para macros: esta es la opción que debemos elegir para guardar los archivos que posean macros. Su extensión será .xlsm.
- Libro binario de Excel: guarda los archivos en el formato binario de Microsoft Excel 2007 (BIFF12), cuya extensión es .xlsb.
- Libro de Excel 97-2003: nos permite guardar un archivo creado con Excel 2007 para que sea compatible con las versiones anteriores del programa. La extensión será .xls.

PDF o XPS: desde aquí se genera un archivo de diseño fijo que garantiza que, cuando se vea o se imprima, se conserve el formato deseado y que los datos no puedan ser cambiados fácilmente.

- Otros formatos: también podremos guardar nuestro libro como un archivo de texto, una plantilla de Excel o una página web, por ejemplo. Otra forma de acceder al comando Guardar como, será presionando la tecla de funciones F12 de nuestro teclado. El formato de archivos Excel 2007 presenta un formato de archivo denominado XML abierto de Microsoft Office. Este formato facilita la integración con orígenes de datos externos y, a la vez, reduce el tamaño de los archivos y mejora la recuperación de datos. Las características mejoradas de este nuevo formato son:
- Archivos compactos: los archivos se comprimen de forma automática y, en algunos casos, pueden llegar a reducirse hasta un 75%. Esto sucede porque el formato XML de Office utiliza tecnología de compresión zip para almacenar los archivos. Al momento de abrir un archivo,

éste se descomprime de manera automática y, al guardarlo, se vuelve a comprimir. • **Macros:** este formato también nos presenta mayor seguridad ya que podremos identificar de forma sencilla los archivos que contengan macros de los que no lo tengan. Los archivos cuya extensión sea `.xlsx` no podrán contener ni macros ni controles ActiveX, por lo que son archivos totalmente seguros. Sólo los libros cuya extensión sea `.xlsm` pueden contener macros de VBA. De esta forma, es más sencillo identificar los archivos que pueden llegar a ser más riesgosos. • **Recuperación de datos:** la manera en la que se estructuran los archivos (forma modular) facilita la recuperación de los datos y permite abrir un archivo, aunque alguno de sus componentes, ya sea un gráfico o una tabla, se encuentren dañados. **Impresiones** Al situarnos con el puntero del mouse sobre el comando Imprimir del Botón de Office, se extienden las diferentes opciones relacionadas con esta tarea. También podremos acceder a las opciones de impresión a través del teclado, si utilizamos la combinación de teclas CTRL+P.

Imprimir: mediante esta opción podremos establecer las opciones relacionadas con las impresoras, la orientación del papel, su tamaño, la cantidad de copias, etcétera. • **Impresión rápida:** no podremos realizar ninguna modificación sobre las opciones de impresión y, además, el documento se enviará automáticamente a la impresora. • **Vista preliminar:** desde aquí podremos ver cómo quedará nuestra impresión y realizar modificaciones, como seleccionar el tipo de papel y su orientación, modificar el ancho y alto de los márgenes, entre otras cosas.

Preparar un documento para su publicación Excel 2007 está orientado a la publicación de los contenidos que se generan, por lo que otro de los comandos del Botón de Office se llama Preparar. Con las opciones incluidas dentro de este comando, podremos mejorar aspectos relacionados con la publicación y distribución de nuestras planillas. Por ejemplo, si seleccionamos la opción Propiedades, accederemos a la edición de las opciones relacionadas con el autor, el título y las palabras clave del archivo, entre otras cosas.

La segunda opción de este comando, Inspeccionar documento, sirve para comprobar la información privada, que puede estar contenida y oculta dentro de un libro. La siguiente opción es Cifrar documento, que se utiliza para darles mayor seguridad a nuestros documentos, incluyéndoles contraseñas. Dentro de Restringir acceso podremos decidir si concedemos acceso a las personas y si queremos restringir su capacidad para imprimir, editar o copiar los contenidos del archivo. Cabe aclarar que, para utilizar esta opción, debemos tener instalado el cliente Windows Rights Management. También podremos agregar una firma digital a

nuestro archivo para asegurar la integridad del libro. Además, podremos marcar el libro como versión final y definitiva para que sea guardado como sólo lectura si seleccionamos la opción Marcar como final dentro del comando Preparar. Por último, la opción Ejecutar el Comprobador de compatibilidad nos resultará muy útil porque, al utilizarla, podremos ver todas aquellas cuestiones que están incluidas en nuestro libro y que no son compatibles con versiones anteriores de Excel.

La publicación El comando Publicar nos servirá para distribuir nuestra planilla a otras personas. Entre sus opciones, Servicios de Excel permite publicar un libro en un servidor para que otros usuarios puedan tener acceso a todos los datos a través de un explorador, utilizando Microsoft Office Excel Web Access. Con esta opción se podrán definir las partes del libro que se desean mostrar. Servidor de administración documental permite compartir el libro en un servidor de documentación y Crear área de trabajo de documento comparte el archivo con varias personas, manteniendo una copia local de éste, sincronizada con la copia que se encuentre en el servidor para que se puedan visualizar los cambios.

Otras opciones Por último, dentro del Botón de Office encontraremos las opciones necesarias para cerrar el archivo que estemos utilizando y, además, para salir de Excel 2007. También encontraremos un botón denominado Opciones de Excel, que nos permitirá configurar múltiples cuestiones relacionadas con la personalización del programa para hacer más sencillo nuestro trabajo o para adecuarlo a nuestras necesidades.

Cinta de opciones.

La cinta de opciones es una novedad de Microsoft Office 2007; ha sido diseñada para ayudarnos a encontrar con mayor facilidad aquellos comandos necesarios para realizar una determinada tarea. Para eso, los comandos se agrupan en grupos lógicos, que son reunidos en fichas. Esas fichas se encuentran relacionadas con algún tipo de actividad y algunas sólo aparecen al realizar una determinada tarea, como la ficha de gráficos, que aparece al trabajar con ellos. Podemos minimizar la cinta de opciones con el comando Minimizar la cinta de opciones, incluido en el botón que permite personalizar la barra de herramientas de acceso rápido. Otra forma de minimizar y restaurar la cinta de opciones es haciendo doble clic con el mouse sobre la ficha activa de la cinta. También podremos realizar esta tarea con el teclado, si utilizamos la combinación de teclas CTRL+F1. Las fichas Como ya mencionamos, las fichas de la cinta de opciones están agrupadas por actividades que se encuentran relacionadas. Así, la ficha Inicio posee grupos de iconos

relacionadas con los formatos de las celdas y con su alineación; las opciones para copiar, cortar y pegar porciones de la planilla; y algunas cuestiones asociadas con la búsqueda y con el ordenamiento de datos.

Desde la siguiente ficha, Insertar, podremos incluir tablas dinámicas, gráficos e imágenes. También podremos introducir algunas cuestiones relacionadas con la inclusión de cuadros de texto y de símbolos, entre otras cosas. Desde Diseño de página, podremos seleccionar temas. Los temas son conjuntos de opciones relacionadas con el aspecto de nuestra planilla, que ya se encuentran prediseñadas y que podremos elegir para trabajar. Dentro de esta ficha también encontraremos las opciones relacionadas con la configuración de páginas y los ajustes de impresión

La ficha Fórmulas se encuentra orientada al manejo de las funciones propias de Excel. En un primer grupo, encontraremos una Biblioteca de funciones que agrupa las distintas fórmulas, de acuerdo a su utilización. También encontraremos un grupo con comandos para la administración de los grupos de celdas y todo lo relacionado con la inspección de las fórmulas.

Dentro de la ficha Datos, encontraremos todo lo referido al ordenamiento de datos y a su filtrado, así como también las herramientas relacionadas con el manejo de datos, como las validaciones y los esquemas. Por un lado, la ficha Revisar incluye las herramientas destinadas al control de la ortografía y de la traducción y, por el otro, las cuestiones relacionadas con la inclusión de comentarios en las celdas y con la protección de la información

La siguiente ficha, Vista, incluye grupos relacionados con las distintas formas de visualizar datos que nos proporciona Excel 2007; la posibilidad de administrar las ventanas, cuando tenemos varios archivos abiertos; y la introducción de macros. Complementos es el nombre de la última ficha, desde la que podremos visualizar todos los complementos que se encuentren activos. Éstos son funcionalidades complementarias que agregan comandos personalizados y características especializadas a Microsoft Excel 2007 (se administran desde Botón de Office/Opciones de Excel/Complementos).

Además de las fichas predeterminadas que posee Excel 2007, podremos activar una nueva ficha con herramientas para programadores. Para hacerlo debemos dirigirnos al Botón de Office e ingresar a Opciones de Excel. Una vez allí, dentro de Más frecuentes y, debajo del título Opciones principales para trabajar con Excel, podremos tildar la casilla Mostrar ficha Programador en la cinta de opciones. Tal

como indica su denominación, se incluirá una nueva ficha en la cinta de opciones: la ficha Programador. Dentro de esta ficha, hay un grupo de opciones destinado al manejo de macros, otro para la incorporación de diferentes controles ActiveX en nuestras planillas y un grupo destinado a XML.

Como ya se dijo, podremos manejar la cinta de opciones a nuestro gusto, mostrándola u ocultándola cuando creamos conveniente. Además de esto, podremos incorporar cualquier grupo de iconos (que se encuentren dentro de las fichas) a la barra de herramientas de acceso rápido, con sólo hacer clic con el botón derecho del mouse sobre el grupo en cuestión y eligiendo la opción Agregar a la barra de herramientas de acceso rápido. LA BARRA DE ESTADO Esta barra es la pequeña línea con información que podemos observar en la ventana de Excel, debajo de las celdas y de los nombres de las hojas. Desde aquí podremos visualizar si tenemos activado el Bloq. Mayús. de nuestro teclado o el teclado numérico, entre otras cosas. Además, podremos activar las operaciones básicas de la barra de estado para que, al seleccionar un grupo de celdas en nuestra barra, aparezca el resultado de algunas cuentas, como el promedio de los datos (si la información es numérica), el recuento de la cantidad de datos seleccionados y el recuento numérico, que nos dará como resultado la cantidad de números que se encuentran seleccionados. También podremos saber cuál es valor máximo, el mínimo y la sumatoria total de los valores seleccionados.

Para modificar las opciones de nuestra barra, debemos hacer clic con el botón derecho del mouse sobre ella. De esta manera, accederemos a su personalización, desde donde podremos activar o desactivar el cálculo de las cuentas básicas mencionadas anteriormente. También nos da la posibilidad de mostrar el número de página en el que estamos situados cuando utilizamos el modo de visualización de Diseño de página.

El zoom Dentro de las opciones relacionadas con la barra de estado, debemos hacer un apartado especial para las cuestiones relacionadas con la visualización y con el zoom. Al personalizar esta barra, tendremos la posibilidad de incluir o remover aspectos de visualización, como el control de zoom o los accesos directos a las vistas. Entre las opciones de visualización, podemos optar por distintas vistas de nuestra planilla. La primera es Normal, que es la utilizada por defecto en Excel. La segunda es la visualización Diseño de página, en la que podremos visualizar nuestra planilla con el formato de las hojas en las que se imprimirá el libro. La última opción de visualización incluida en la barra de estado es la Vista previa de salto de página, que nos permite ver nuestra planilla con los saltos de página,

lugares donde se dividirá la planilla al momento de realizar una impresión.

Por último, debemos señalar que, al costado derecho de los botones de visualización, existe una barra de zoom, con la que podremos ajustar el tamaño de visualización de nuestro libro y que podrá ser de un 10% como mínimo y hasta un máximo de 400%.

4 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Microsoft_Excel
- Jacobson, R. (2002). Programación con Microsoft Excel 2000 Macros y Visual Basic para aplicaciones. Madrid: McGraw Hill.
- Berk, K. & Carey, P. (2001). Análisis de datos con Microsoft Excel. México D. F.: Thomson.
- <http://www.aulaclie.es/excel2010/index.htm>
- <http://www.aprender-informatica.com>
- <http://office.microsoft.com>
- Charre, F. (2010). Microsoft Excel 2010 (Guía práctica). Madrid: Anaya. Dodge, M. & Stinson, C. (2010). Excel 2010. Madrid: Anaya.
- McFedries, P. (2011). Excel 2010: Formulas y Funciones. Madrid: Anaya.

Capítulo 799

LA DEMENCIA PRAECOX Y OTRAS PSICOSIS CLÁSICAS.

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

1 Introducción

La terminología clásica sobre las psicosis, está liderada en Europa, por las dos grandes escuelas de psiquiatría, la Escuela Francesa por un lado y cuya máximo representante lo encontramos en Kraepelin, y la Escuela Alemana por otro, dirigida en este tema por Wernicke. Estos términos clásicos, son desplazados, con la aparición en 1980 del III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Sin embargo, la concepción parafreniaca clásica, sigue siendo una realidad nosológica aun vigente, que no consigue encajar de manera total en estos nuevos manuales, resultado por ello, de una gran pérdida clínica, por la gran riqueza y excepcionalidad que presentan este tipo de casos.

2 Objetivos

- Revisión de los términos clásicos acuñados en psiquiatría, que explican de manera más completa, concreta e íntegra, la singularidad de los mismos, a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

- Anamnesis

Antecedentes somáticos: No RAMs conocidas, rasgos talasémicos, esteatosis hepática

Antecedentes psiquiátricos: Mujer de 39 años con OD de esquizofrenia paranoide continúa con inicio de la enfermedad alrededor de los 20 años. En seguimiento por USMC de referencia por psicólogo y psiquiatra. Constan ingresos previos en UHVM, primero con fecha en 2003.

Datos sociodemográficos: Casada y con un hijo de 10 años en seguimiento en la actualidad por USMI-J. Estuvo trabajando en servicio doméstico hasta evolución de la enfermedad. Convive con marido e hijo con conflictiva de pareja y familiar.

Enfermedad actual: Paciente que acude a urgencias acompañada por su marido, y derivada por psicólogo de referencia debido a abandono de medicación hace semanas y descompensación psicopatológica. A su llegada a la unidad la paciente presenta sintomatología positiva muy productiva con gran contenido delirante de diversa temática y presencia de alucinaciones auditivas con alta repercusión afectiva y comportamental: “las pastillas son veneno, no son las mismas de siempre, ayer echábamos espuma por la boca...soy un poco biológica con cromosomas, estoy embarazada de 7 hijos por acoplamiento de unos con otros...cada vez tengo más desaparecimientos, me salgo de mi cuerpo, pero solo en un tanto por ciento, y se va por ahí mi melliza, el cuerpo se queda normal y la melliza invisible se va ...ayer salí con mi marido y estaba sudando, creo que suda para eliminar los rastros de otras mujeres, no es solo sudor, usted ya me entiende...” .

Exploración psicopatológica: Paciente consciente orientada, colaboradora y parcialmente abordable. Discurso enlentecido, caracterizado por la marcada disgregación del pensamiento con una llamativa pérdida de las asociaciones, paralogías. Presencia de interpretaciones e ideas delirantes de diversa temática: autorreferenciales, de perjuicio, de influencia, celotípicas, preñez, significación, fantásticas y expansivas, mostrando fenómenos de pensamientos extraños al yo.

Estos contenidos delirantes parecen dominar toda su vida psíquica y son resistentes a la confrontación. Alucinaciones auditivas con menor repercusión afectiva debido a su cronicidad. Presencia de alucinaciones en otras modalidades sensoriales, especialmente visuales y cenestésicas. Risas inmotivadas, labilidad afectiva. Comportamiento socialmente adaptado, con tendencia al aislamiento. Suspiciousidad frente al tratamiento y al personal sanitario, con mala adherencia y

poca conciencia de enfermedad.

- Exploración física:

Sin hallazgos de interés.

Pruebas complementarias

Hemograma y Bioquímica: dentro de la normalidad

EEG: normal

RMN cerebral: dentro de la normalidad.

- Diagnóstico

Esquizofrenia Paranoide Continua (F 20.00)

- Tratamiento

Aripiprazol 30mg/24h

Clorazepatodipotásico 10mg: 1-1-0

Clorazepatodipotásico 50mg:0-0-1.

4 Resultados

La parafrenia término surgido de Kraepelin en 1912, fue mencionado por la primera vez por Kalbhaum, en 1863 pero será Kraepelin quién realice una adecuada descripción y desarrollo del mismo. No obstante, en Francia, esta entidad será descrita bajo diversas acepciones como el delirio de imaginación de Dupré, la psicosis alucinatoria crónica de Ségla, y más tarde, como la psicosis fantástica de Ey, situándolas en un continuum entre la esquizofrenia y la paranoia.

La parafrenia, es un término actualmente en desuso, sin embargo abarca un número reducido de pacientes en la actualidad, que demuestran la vigencia de estas entidades nosológicas clásicas.

Los actuales sistemas de clasificación no incluyen esta categoría, no la desarrollan como tal, conceptualizándose normalmente dentro de las descripciones más cercanas a la esquizofrenia paranoide, no reflejando esta descripción de manera total las especialidades con las que concurren. Por todo ellos se considera, la idoneidad del resurgimiento de este concepto.

Kraepelin consideraba un grupo relativamente pequeño de pacientes que se diferenciaban de la “demencia precoz” ya que presentan un menor desorden de la voluntad y menor replegamiento autístico, con mantenimiento de la inteligencia de base. Destaca, por el contrario la productividad delirante exagerada, con

imaginación y fantasía desbordante. Así mismo se caracterizan por el desarrollo extremadamente insidioso de un delirio de persecución continuamente progresivo, al cual se agregan posteriormente ideas de exaltación, megalomaníacas y expansivas, con un cambio gradual de la personalidad.

En el curso de los años el delirio se vuelve cada vez más presente llegando a dominar su vida psíquica. Se presentan también alucinaciones en otras modalidades (no sólo auditivas) pero juegan un papel menos importante. El desenlace de la enfermedad parafrénica suele ser una declinación psíquica con delirios persistentes y alucinaciones, sin desordenes especialmente llamativos en la volición, que le permiten en cierta manera una funcionalidad.

En cuanto al tratamiento idóneo, el conjunto de autores acuerda, que en estos casos el tratamiento con neurolépticos es poco eficaz con respecto a la desaparición de la temática delirante, pero si ayuda a la estabilidad afectiva. El tratamiento a largo plazo es lo preferible, así como las necesidades de vinculación terapéutica con un otro.

Se señala, por todo ello la importancia de una buena descripción clínica, una adecuada adherencia al tratamiento, y por supuesto, una vinculación con diferentes profesionales, siendo una el referente, y un seguimiento individualizado por Salud Mental.

5 Discusión-Conclusión

En entrevistas clínicas sucesivas la paciente refiere el inicio de la enfermedad hace aproximadamente unos 20 años. Consta seguimiento regular en Unidad de Salud Mental Comunitaria desde hace unos 15 años. Durante este tiempo, podríamos distinguir varios periodos en lo referente a su evolución clínica.

Así, hablaríamos de “un primer periodo”, caracterizado por sus dos primeros ingresos hospitalarios (primer ingreso en 2003, y segundo en 2005), estando el segundo probablemente motivado por descompensación psicopatológica tras su primer embarazo. Le seguiría “un segundo episodio”, donde destaca una estabilidad clínica mantenida, durante unos 9-10 años (desde 2005- octubre 2014).

Ha precisado reajustes farmacológicos periódicos manteniendo tratamiento con diversos antipsicóticos (Aripiprazol 15mg/24h, Paliperidona 3mg/24h y Clozapina 400mg/24h). Posteriormente dada la estabilidad, se intenta reducir la politerapia, suspendiendo Paliperidona. En dicho periodo se realizaron controles hema-

tológicos reglados, sin presentar efectos secundarios sobre todo en relación a recuento leucocitario.

En los siguientes meses, la paciente comienza con la toma irregular de la medicación, llegando a abandonarla de forma voluntaria, lo que desencadena nuevas descompensaciones psicopatológicas, iniciando a partir de entonces “un tercer periodo” de mayor inestabilidad clínica con varios ingresos hospitalarios en breve periodo de tiempo (octubre 2014, enero 2015, marzo 2015). Estos ingresos se han caracterizado por la negativa inicial de la paciente a la toma de medicación, una marcada disgregación del pensamiento dificultando la conexión de los hechos, así como una amplia sintomatología delirante de diversa temática, muy abigarrada y con un alto grado de desorganización conceptual, con gran repercusión afectiva y conductual.

Se reinstauraron tratamientos que fueron ensayados previamente, tanto Aripiprazol como Clozapina, con respuesta parcial, por lo que se decide iniciar tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC), observándose tras varias sesiones una respuesta satisfactoria. Se dio mucha importancia al diagnóstico diferencial.

6 Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA),(2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Belloch, A; and cols. "Manual de psicopatología Volumen I". S.A. McGraw-Hill/ Interamericana de España 2008.
- Belloch, A; and cols. "Manual de psicopatología Volumen II". McGraw-Hill/ Interamericana de España 2008.
- Dementia Praecox and Paraphrenia (Foundations of Modern Psychiatry). Facsimile Ed edition (2002).
- Leonhard K. Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada. En: Clínica de las esquizofrenias asistemáticas, 1ª edición en castellano. Buenos Aires, 1999; p. 90-103.
- Parafrenia. Evolución histórica y conceptual. I. Espiño Díaz; P. Varela-Casal; R. Ramos Ríos; J. López Moríñigo; E. Fernández. Complejo Universitario Hospita-

lario de Santiago de Compostela.

- Widakowich, C; "Parafrenias: nosografía y presentación clínica" Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2014; 34 (124), 683-694.

Capítulo 800

RIESGOS PSICOSOCIALES DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS.

JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ

LAUDELINA ALONSO ALVAREZ

CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El personal que presta sus servicios en el sector sanitario aparece como uno de los más afectados por los riesgos psicosociales, y aunque todavía no existe una normativa específica a este respecto (ni nacional, ni europea), la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y los reglamentos que la desarrollan (Reglamento de los Servicios de Prevención) reconocen la obligatoriedad empresarial de intervenir frente a los factores de riesgos psicosociales.

2 Objetivos

-Describir los principales riesgos psicosociales que afectan a los trabajadores en la sanidad y sus causas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas

4 Resultados

Los riesgos psicosociales en el trabajo son definidos por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo como aquellos aspectos del diseño, organización y dirección del trabajo y de su entorno social que pueden causar daños psíquicos, sociales o físicos en la salud de los trabajadores. Por tanto, los riesgos psicosociales tienen lugar básicamente por aspectos relativos a una inadecuada organización del trabajo y por un entorno social negativo.

En sanidad, este tipo de riesgos constituyen una de las causas más habituales de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo. En España, existen pocos estudios acerca de estos riesgos en dicho ámbito. De un estudio realizado por el Observatorio Permanente de la UGT se desprende que, en la atención especializada, los profesionales más expuestos a sufrirlos son la enfermería y auxiliares de enfermería, seguidos de los médicos; sin embargo, en la atención primaria, los trabajadores que están más expuestos son los administrativos y celadores, seguidos de enfermería y médicos. Otra de las conclusiones derivadas de estos estudios es que los riesgos psicosociales afectan en mayor medida en las mujeres respecto a los hombres (especialmente el acoso laboral).

Los riesgos psicosociales más frecuentes en el ámbito sanitario son:

- El estrés laboral, entendido como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo.
- El síndrome de burnout o síndrome del quemado, que es un trastorno emocional, de creación reciente, que está vinculado con el ámbito laboral y supone un estado de agotamiento físico y mental, causado principalmente por el cansancio psíquico o el estrés que surge de la relación con otras personas en un dificultoso clima laboral.
- El acoso laboral o mobbing, definido como el conjunto de acciones continuadas de violencia psicológica injustificada (insultos, humillaciones, menosprecios, aislamiento, difusión de rumores...) y, a veces, incluso física o verbal, que superiores o compañeros de trabajo ejercen sobre la víctima. Todas estas conductas se realizan de forma consciente, abusiva y premeditada.

- La violencia verbal, a veces física, a la que están sometidos los trabajadores por los pacientes y sus familias, siendo en pocas ocasiones registradas y denunciadas este tipo de agresiones.

Las causas principales de los riesgos sanitarios son:

- Por la elevada carga mental de los trabajadores, en especial, en lo relativo al mantenimiento de un nivel de atención alto en el desempeño de las tareas al tratar con personas enfermas.
- Por la precariedad en las condiciones de trabajo (contratos eventuales de escasa duración, cambios continuos en el puesto de trabajo y de horarios...).
- Por los horarios con turnicidad y nocturnidad, que provocan desajustes entre el tiempo trabajado, el tiempo biológico y el tiempo social, con las repercusiones que implican en la salud.
- Por los elevados ritmos de trabajo, sobre todo en épocas estivales con escaso personal (en ocasiones no se cubren las vacaciones del personal) o de epidemias o mayores incidencias de enfermedades (gripes, bronquitis...).
- Por atenciones prestadas en servicios como los cuidados intensivos o urgencias, con enfermos graves, donde la cantidad de tiempo que se dispone para elaborar una respuesta adecuada a las necesidades del paciente es pequeña y el grado de atención es elevado.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores que realizan sus funciones en estas condiciones son proclives a padecer problemas de salud. Se habla de efectos a corto plazo y a largo plazo:

- A corto plazo: ansiedad, dolor de cabeza, problemas de sueño, falta de concentración, sedentarismo, problemas de alimentación, irritabilidad...
- A largo plazo: desarrollo de hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, trastornos respiratorios, de base inmunitaria (como la artritis reumatoide), gastrointestinales (síndrome del intestino irritable, enfermedad del Crohn, colitis ulcerosa...), endocrinos, dolor de espalda y otros trastornos músculo esqueléticos, depresión, hábito de fumar...

Por todo lo expuesto, y si tenemos en cuenta que las enfermedades descritas constituyen las principales causas de muerte en el mundo industrializado, resulta evidente el enorme impacto que sobre la salud de la población ocupada, en general, y, en el sector sanitario, en particular, tendría cualquier mejora en la prevención

de estos riesgos psicosociales. Así mismo, es imprescindible mejorar y fomentar la formación, comunicación y participación de los trabajadores sanitarios en la organización del trabajo y en temas de seguridad y salud laboral.

6 Bibliografía

- Guía de Prevención de Riesgos Psicosociales en el sector de Sanidad: Atención Primaria. CEM.
- Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Bernardo Moreno Jiménez. Carmen Báez León.
- Los riesgos psicosociales en el ámbito laboral: una visión global y práctica. José Sánchez Pérez. Comares

Capítulo 801

ACOSO LABORAL Y SALUD MENTAL

MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ

GEMMA ARIAS ALVAREZ

ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO

1 Introducción

El acoso laboral es un tema que pasa desapercibido, tanto para la justicia como para la sociedad. Es un delito con un trato psicológico degradante que día a día se reconoce por las estadísticas existentes de denuncias y por la gran cantidad de casos sin denuncia, pero reconocidos.

El acoso laboral perjudica, enferma gravemente e incapacita a una persona para realizar su trabajo y no solo eso, si no que además también se verá afectada su vida personal.

Ante la justicia es un tema complejo, ya que presenta dificultad para demostrar que este se encuentra presente y que no ha ocurrido un acontecimiento de manera aislada si no que es repetitiva. Este tipo de acoso puede llegar a producirse durante días, meses, incluso años, un hostigamiento que la persona perjudicada, al añadir a su susceptibilidad y falta de apoyo, hace que, o bien renuncie a la denuncia y deje su trabajo (el propósito del acosador) o en el peor de los casos, no se ponga en manos de un profesional que logre ayudar a entender que no es culpable, sino víctima.

El ámbito sanitario no está excluido de este grave problema. Los sanitarios están altamente cualificados para su trabajo, y si esto le añadimos el estrés al que es-

tán sometidos en su jornada laboral, hace que sea una mezcla perfecta para que el hostigador haga lo imposible para que este tipo de empleados en los que ve competencia, sean anulados para así lograr su propósito.

2 Objetivos

- Definir las características principales que puede presentar el acosado y el acosador.
- Enumerar las actuaciones que se deben llevar a cabo por parte de los profesionales de la salud.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en revistas indexadas en varias de las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane.

Para ello se han utilizando los descriptores: acoso laboral, acosado, acosador.

Se han encontrado un total de 45 artículos, de los cuales se seleccionaron 15 en base a los objetivos anteriormente descritos.

4 Resultados

- El acosado es, en la mayoría de los casos, una persona inteligente, trabajadora, dinámica, resolutiva, con don de gentes, preparada para ejercer su profesión con maestría. Un cóctel perfecto para el acosador, bien por competitividad o rivalidad, o bien por envidia de presentar un carácter alegre que es atraído por los demás.

El acosador comienza a hostigar con diversas actitudes de rechazo. Ningunea, aparta, chilla, insulta, humilla, carga de trabajo o por el contrario hace que no tenga nada que realizar, hace correr rumores y calumnias, se ríe de ella, la ridiculiza, la desvalora, la invisibiliza.

En estos casos sucede que puede haber testigos o no. Testigo es cualquier persona que haya estado presente en el momento de un insulto, una amenaza, un indicio que ayude a aportar pruebas a la hora de denunciar.

El continuado y deliberado maltrato al que está siendo sometida una persona, la convierte en insegura y realmente tiene la certeza de que es inútil. Se par-

aliza ante la situación, y todo esto suele desembocar en ataques de ansiedad y depresión. Estos ataques deben ser tratados por especialistas, ya que perjudican gravemente su salud mental.

No obstante, la víctima de acoso puede llegar a creer que esta actitud es normal y debe soportarla, busca la aprobación constante del acosador, la cual no llega nunca, se autoanaliza una y otra vez buscando respuesta a lo que cree que son sus fallos, los cuáles no tiene, está cansada, sin ganas de ir a trabajar. No suele comentar con nadie lo que le está pasando porque no lo entiende.

En consecuencia, se aísla, y esta es una de las razones por las que suele tardar en pedir ayuda judicial.

El equipo sanitario debe:

- Prevenir el acoso laboral.
- Acabar con su silencio.
- Darle voz.
- Denunciarlo.
- Hacerle ver a las víctimas que son víctimas y no culpables.
- Hacerles entender que tienen apoyo desde el momento mismo en que se den cuenta de que no están solas.
- Hacer saber, en general, que para este delito existen ayudas psicológicas y judiciales. Y también centros especializados donde se trabaja en equipo.

5 Discusión-Conclusión

Cómo hemos podido ver el acoso laboral es algo muy grave que sucede a diario y que se mantiene en silencio.

Básicamente el mayor problema del también llamado "mobbing", es la falta de pruebas que existen a la hora de todo el proceso judicial, ya que es difícil de demostrar.

Los sindicatos están provistos de personal que asesora en materia jurídica, siendo esta la primera opción que se debe barajar ante este grave delito. Es importante que el abogado conozca bien el tema que está tratando y entienda a la víctima, que está en una situación de riesgo laboral. Tras el conocimiento de que hay un acosado en el ámbito del trabajo, hay que adoptar las medidas oportunas y denunciar por la vía que corresponda.

Se debe hablar de acoso laboral, se debe denunciar y se debe prevenir. Cada vez

son más los conocimientos sobre el mobbing, y también los equipos de profesionales preparados para asesorar y que ayudar a prevenir esta situación.

6 Bibliografía

- "Las 100 claves del Mobbing" de Iñaki Piñuel.
- "Acoso laboral en el ámbito sanitario" Formación Continuada Logos.
- "Asociación Asturiana contra el Acoso Psicológico en el trabajo"
- "Infosalus.com"

Capítulo 802

RELACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTE Y FAMILIARES. EMPATÍA.

MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ

ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO

GEMMA ARIAS ALVAREZ

1 Introducción

Por medio de la comunicación verbal se transmite la comunicación no verbal ya que estas se presentan siempre a la vez. Esto quiere decir que, a través de gestos y dependiendo de cómo se hable, lo que se diga y la manera en que se realice la gesticulación, se transmiten mensajes de ánimo, demostración de interés, de importancia o de respeto.

Pero también se puede transmitir lo contrario, ya que sin darnos cuenta, podemos añadir un problema más a la vulnerabilidad de pacientes y familiares. Por eso es muy importante la forma en la que nos expresamos y nos dirigimos a pacientes y sus familiares. Además cabe decir, que sin empatía no puede haber una buena comunicación, por lo que es primordial que seamos capaces de llevarla a cabo.

El paciente, atraviesa por momentos en los que necesita comprensión, por lo que el celador, dotado de un carisma especial, reconforta con profesionalidad a los pacientes. Sin embargo, no podemos olvidar a los familiares, ya que estos sufren en igual medida las consecuencias de la enfermedad de sus allegados.

2 Objetivos

- Describir una comunicación efectiva que ayude al paciente y a sus familiares para mejorar su estado físico o anímico.
- Responder con profesionalidad las demandas de pacientes y familiares.
- Realizar lo mejor posible todo lo referente a su labor para que logren estar más tranquilos el tiempo que dure su estancia en el centro hospitalario.
- Empatizar con los pacientes y familiares .

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. De 38 artículos encontrados, se han seleccionado 14.

Las palabras clave utilizadas han sido: pacientes, celadores, comunicación, relación, empatía.

4 Resultados

- Al hablar con paciente y familiares el celador utilizará un lenguaje sencillo y comprensible, sin retóricas, sin cargar la conversación de expresiones rebuscadas que hacen incomprensible y difícil el mensaje que se desea dar. La comunicación debe ser coherente y no confundir, sin contradicciones, teniendo en cuenta que siempre será mejor el silencio que caer en artificios. No debemos restar importancia a la comunicación no verbal, ya que de los elementos de una comunicación, es la que más información aporta, ya que es capaz de modificar la transmisión del mensaje.

Durante la transmisión del mensaje, se observan gestos, expresiones, miradas, que llevan a una interpretación. Por eso, aunque no nos demos cuenta, la comunicación no verbal puede decir mucho más que las palabras. Y es importante saber comunicar con con el lenguaje no verbal.

Uno de los elementos de los que hablamos sería la expresión facial y la mirada, ya que son los principales comunicadores no verbales. Las miradas deben ser suaves y tranquilas (no fijas y en silencio), tampoco se debe desviar la conversación,

cuando nos interroguen sino que con sencillez y naturalidad se les orientará a que tengan la información requerida a través del facultativo.

Los gestos que se hacen con las manos y con la cabeza también pueden tener su significado (gesticular demasiado al hablar, o por el contrario no gesticular, asentir, negar...).

Se hablará en volumen bajo, no estridente, con entonación suave, sin exaltaciones que puedan confundir.

También se procurará evitar los silencios incómodos, así como el exceso de palabras repetitivas sin sentido que se originan por la falta de naturalidad mencionada anteriormente, producto de un nerviosismo que se transmite al paciente y/o familiares.

- Por encima de todo esto, recalcar la discreción y confidencialidad. El celador está obligado a guardar silencio sobre todo aquello que haga referencia a la enfermedad del paciente y por supuesto jamás contestará a preguntas de familiares sino que los dirigirá, haciendo gala de buena profesionalidad, hacia el único autorizado a hacerlo: el personal facultativo.
- Para que pacientes y familiares se sientan tranquilos debe producirse una relación de confianza, ésta se consigue con el modo en que el celador se dirige a ellos, con amabilidad y respeto, con actitud positiva, con ánimo y naturalidad, de manera que tanto el paciente como sus familiares perciban sinceridad y se sientan seguros, con buena impresión del personal y del centro, y con menos miedo a la situación de estrés que genera un ingreso hospitalario por enfermedad.
- La empatía es la capacidad que tiene una persona para comprender a otra y ponerse en su situación y para ello es fundamental entender y saber escuchar.

5 Discusión-Conclusión

El Celador es el primero en recibir al paciente y familiares, la imagen percibida por los usuarios sobre un centro depende en gran medida del trato, que tanto el celador desde un primer momento, como el resto de personal sanitario les dispensan. A la hora de comunicarnos con pacientes y familiares debemos tener en cuenta que en momentos de vulnerabilidad, cualquier detalle, gesto, respuesta, movimiento, va a ser importante para ellos y por eso es fundamental ser cauteloso

y actuar con buena profesionalidad, manteniendo siempre la calma y serenidad.

El celador les informará de los horarios de visitas, de las diversas ubicaciones del centro si necesitan hacer uso de ellas, del horario de consultas médicas, remitiéndoles siempre a estos cuando les pregunten por cuestiones médicas.

Además informará a los familiares, de todo lo relativo a la ubicación del paciente (planta), de transporte u hospedaje. La comunicación del celador con paciente y la familia se basará en: discreción, confidencialidad, empatía, naturalidad, sinceridad, amabilidad, serenidad y ánimo.

6 Bibliografía

- www.editorialcep.com El celador con los enfermos
- www.cgtsanidadlpa.org Celador con los familiares de los enfermos
- Editorial MAD Celadores

Capítulo 803

ATENCIÓN AL USUARIO POR EL PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES.

JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ

LAUDELINA ALONSO ALVAREZ

CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Los auxiliares administrativos y celadores , en el ámbito de la salud, realizan una importante labor de atención a los usuarios sanitarios.

Generalmente, la primera atención que recibe un enfermo en los servicios de urgencias, ante un ingreso hospitalario o si busca asistencia médica general, viene de la mano de los celadores (reciben y acompañan a los pacientes) y/o de los auxiliares administrativos (gestionan sus citas, ingresos hospitalarios).

También realizan una labor de orientación al usuario dentro del Centro Sanitario respecto a la ubicación y horario de los servicios y unidades del Centro, de información sobre las incidencias, tiempos de espera, horarios de visita y consulta para la información médica a los pacientes y familiares en caso de ingresos, medios de transporte y accesos al Centro sanitario u hospitalario.

También canalizan las quejas, reclamaciones y sugerencias de los usuarios remitiéndolos a la persona encargada de su tramitación.

Por otro lado, es importante señalar, que el personal no sanitario NUNCA podrá hacer comentarios sobre los diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se le estén realizando a un paciente, ni sobre los pronósticos de su enfermedad a familiares y visitantes, debiendo remitir las dudas y consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.

Igualmente están obligados a guardar silencio acerca de todo lo que conozcan en el ejercicio de su profesión ante compañeros y personas ajenas a su trabajo.

Por todo lo expuesto, tanto los celadores como los auxiliares administrativos, deberían ser capaces de relacionarse y comunicarse con los pacientes y familiares desarrollando habilidades sociales que permitan que las relaciones con los usuarios sanitarios sean lo más eficaces posibles.

2 Objetivos

- Conocer las necesidades de los usuarios sanitarios respecto a su atención e información por el personal no sanitario para que sean lo más satisfactorias posibles.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las necesidades más comunes que tienen los usuarios sanitarios en este ámbito son:

- Necesidad de ser atendido sin esperar demasiado. En la medida que sea posible, se deben interrumpir las tareas que se estén realizando y dar prioridad a su atención.

- Necesidad de ser acogido. Se debe atender a los usuarios con una sonrisa y unas palabras de bienvenida, por ejemplo: "Buenos días, ¿en qué puedo ayudarle?".
- Necesidad de ser orientado en buena dirección; esto es, guiarle correctamente, asegurándose que ha sido correcta la indicación o información y remitiéndole , si es necesario a un compañero.
- Necesidad de sentirse cómodo, para ello se le debe transmitir seguridad sobre el servicio que se le ofrece, eficacia (trabajando rápido y bien), amabilidad, cortesía (siendo respetuosos y educados), discreción en el manejo de la información y profesionalidad, conociendo al detalle el servicio.

5 Discusión-Conclusión

La Ley General de Sanidad explica que la información sobre los servicios sanitarios debe ser clara, sencilla, comprensible, completa, detallada, tanto en derechos como en deberes, que incluya los trámites administrativos a realizar, y debe ir acompañada de un trato agradable y tranquilizador.

Por ello el trabajador que presta dicho servicio de información deberá identificar las principales pautas de comportamiento, motivaciones y necesidades del usuario, adaptando su comportamiento a ellas para atenderle de la mejor manera posible.

Es fundamental tratar de detectar las necesidades del usuario en cuanto al servicio que está buscando y darle instrucciones claras, satisfaciendo así sus necesidades racionales, y tratarle con educación, amabilidad y cortesía dejando satisfechas sus necesidades emocionales.

Teniendo en cuenta estas necesidades se deberían de tener en cuenta unas pautas a la hora de relacionarnos con los usuarios para lograr que las relaciones sean satisfactorias y, por tanto, tengan una percepción de haber sido atendidos de la forma que esperaban.

Básicamente estas pautas consisten en:

- Actuar con naturalidad y favorecer la expresión y comunicación con el paciente.
- Sonreír, ser amable, educado y manifestar empatía. No se debe infravalorar al usuario. Tampoco ser negativo.

- Ser sincero y utilizar un lenguaje claro.
- El tono de voz debe adecuarse a cada paciente y sus circunstancias y las expresiones mímicas y corporales deben ser mínimas al tratarse de un lenguaje ambiguo.
- Mantener bien informado al ciudadano dando una información correcta. No se debe dudar de la información que transmitimos. No se deben emitir opiniones ni juicios de valor.
- Ser discreto y favorecer situaciones de comunicación con el paciente pero evitando que se sienta presionado a hablar.
- Estar atento, escuchar y demostrar interés por el paciente. No se le debe interrumpir cuando trate de expresar alguna preocupación, dolencia, sentimiento, etc. Mucho menos hablar a la vez con otros compañeros o personas en general.
- Identificarnos ante el paciente, y, si es posible, llamarlo por su nombre y apellidos.

Los celadores y auxiliares administrativos deben proporcionar una buena atención y servicio a los usuarios del sistema sanitario, procurando solucionar sus dudas, quejas, acompañándoles y escuchándoles, en la medida que sea posible dentro de los límites de sus funciones, con el fin de evitar su insatisfacción, pues un usuario satisfecho es el mejor indicador de calidad de nuestro sistema sanitario. Se debería aplicar siempre la máxima de la organización de calidad:

”Trate a los demás como usted quiera que ellos le traten”.

6 Bibliografía

- Claves para la gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud. SE AUS.
- Atención al paciente. Luis Carlos Martínez Aguado. www.ffis.es/ups/legislacion_sanitaria/INFORMACION_SANITARIA_Y_CONFIDENCIALIDAD_NOVIEMBRE_06.pdf

Capítulo 804

PROMOCIÓN A LA SALUD

MARTA MARIA PEDRON FERNANDEZ

1 Introducción

La promoción a la salud, se considera como uno de los pilares más importantes, en los servicios sanitarios. Según la OMS, la promoción a la salud, permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Se considera como una de las funciones y objetivos de los servicios sanitarios.

2 Objetivos

- Establecer la necesidad de una coordinación efectiva, entre primaria y salud pública trabajando en comunidad.
- Proyectos de elaboración de rutas saludables en los centros de salud y colegios, colaborando con ayuntamientos y ciudadanos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con la finalidad de dotar, mediar, promover, desarrollar las aptitudes personales, reorientar los servicios de salud.

4 Resultados

Se concluye con la necesidad imperativa de establecer una mejor coordinación entre las diferentes áreas de salud, tanto primaria como especializada.

Los proyectos encaminados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad más destacables son:

- Fomentar la actividad física.
- Alimentación saludable, desde la niñez.
- Control de las enfermedades crónicas y mentales.
- Seguridad y prevención de las lesiones.
- Envejecimiento saludable y activo

5 Discusión-Conclusión

La promoción de la salud, es algo fundamental, en los tiempos que corren, ya que la población es cada vez, más envejecida, y hay que fomentar, llegar a esta etapa, con la mayor calidad de vida posible.

6 Bibliografía

- Universidades de Navarra y Santander.
- Bases de datos pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 805

EL SINDROME DE KLINEFELTER

MARÍA LUISA GONZALEZ ARGUELLES

MARTA GONZALEZ IGLESIAS

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

1 Introducción

El síndrome de Klinefelter recibe su nombre del Dr. Henry Klinefelter, que fue quien identificó la enfermedad en los años 40. Este síndrome sólo se da en varones y se debe a la presencia de un cromosoma X de más. Las células del hombre cuentan con 46 cromosomas, siendo el cromosoma 45 y 46 los cromosomas sexuales X e Y.

Todas las células humanas poseen 46 cromosomas, excepto las sexuales –óvulos y espermatozoides – que tienen la mitad. De esta manera, al producirse la unión de un óvulo materno con un espermatozoide paterno se establece el número de cromosomas del organismo; los genes del futuro ser humano proceden por tanto del padre y de la madre a partes iguales. Los óvulos llevan todos el cromosoma X, en cambio los espermatozoides pueden llevar el X o el Y. Así, cuando se une un óvulo con un espermatozoide X, el individuo será una mujer; si lo hace con un espermatozoide Y, será un varón. Los hombres suelen tener un cromosoma X y un cromosoma Y (46,XY). Los hombres que tienen el síndrome de Klinefelter tienen dos cromosomas X y un cromosoma Y (47,XXY).

El síndrome no es hereditario. Los cromosomas adicionales surgen en el espermatozoide, el óvulo o después de la concepción. Las señales y síntomas pueden variar. Es

posible que muchos hombres con el síndrome nunca reciban un diagnóstico al respecto. Fenotípicamente son individuos altos y delgados con piernas largas. Físicamente no hay ningún dato anómalo hasta la pubertad en que puede observarse signos de hipogonadismo con tendencia a la obesidad.

Los signos más frecuentes en los preadolescentes con este síndrome son los genitales externos pequeños y las extremidades inferiores largas. En los adultos la característica más común es la esterilidad; pero pueden tener también ginecomastia y escaso desarrollo muscular. El coeficiente intelectual de estos individuos es inferior que el de los varones con cromosomas normales. Algunos tienen dislexia, la memoria auditiva es deficiente, lo cual conlleva una menor habilidad para leer y escribir. Existe un mayor riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes como el lupus eritomatoso y se puede producir debilidad ósea. Los varones con ginecomastia tienen mayor riesgo de padecer cáncer de mama. También tienden a tener exceso de grasa alrededor del abdomen.

2 Objetivos

- Diagnosticar de forma precoz la enfermedad (examen físico, un análisis hormonal y un cariotipo), para poder tratarla.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre el síndrome de Klinefelter. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Se ha realizado una revisión exhaustiva de la evidencia científica en las bases de datos: pubmed, scielo utilizando como descriptores: cromosomas, cariotipo, síndrome.

4 Resultados

- La prueba de mayor relevancia para el diagnóstico precoz e inequívoco es el cariotipo genético: síndrome de Klinefelter (47,XXY). El varón acudirá a la consulta

de la genetista donde se procederá a realizar el tratamiento correspondiente a su causa.

- Hay distintos tratamientos:

A. Tratamiento hormonal

B. Tratamiento sustitutivo con testosterona.

C. La esterilidad no se beneficia con ningún tratamiento pero se han descrito algún caso de varón 47,XXY que ha podido tener descendencia.

5 Discusión-Conclusión

El cariotipo es un análisis cromosómico de las células humanas que sirve para detectar distintas enfermedades. Un cariograma o mapa citogenético es la imagen o fotografía, ordenada según el número, tamaño y forma de los cromosomas de un individuo cuando se tiñe y se examina al microscopio.

Los signos y síntomas del síndrome varían con la edad. Muchos chicos con el síndrome de Klinefelter tienen menos signos evidentes y es posible que la afección no se diagnostique hasta que son adultos. Varones con este síndrome pueden llegar a adultos sin darse cuenta que lo tienen; y acuden a la consulta del médico porque no pueden dejar embarazada a su pareja, cuando le hacen las pruebas correspondiente es cuando se enteran que sufren este síndrome. Para otros chicos, la afección produce efectos evidentes en el crecimiento o el aspecto.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.mayoclinic.org>
- <https://es.m.wikipedia.org>
- Distintos libros de genética

Capítulo 806

EL SINDROME DE TURNER (45,X)

MARÍA LUISA GONZALEZ ARGUELLES

MARTA GONZALEZ IGLESIAS

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

1 Introducción

El síndrome de Turner es un trastorno genético causado por la ausencia total o parcial del cromosoma X. Esta enfermedad sólo afecta a mujeres. La mayoría de las personas tiene 46 cromosomas, entre ellos, dos cromosomas sexuales que determinan el sexo de la persona. Las mujeres tienen dos cromosomas X (XX) y los hombres tienen un cromosoma X y un cromosoma Y (XY). Una mujer con todos sus cromosomas sería 46,XX y un hombre sería 46,XY.

El síndrome de Turner ocurre cuando una mujer tiene un cromosoma X normal, pero el otro cromosoma X está ausente (45,X) . Otras puede tener dos cromosomas X, pero uno de ellos está incompleto. Algunas veces, una mujer tiene algunas células con los dos cromosomas X, pero otras células tienen solo un cromosoma. Se puede sospechar de síndrome de Turner cuando hay características físicas como: estatura baja, cuello ancho, tórax ancho con pezones muy espaciados, falta de reglas. Esto es posible que no se note en las niñas antes de los 11 años de edad. La pubertad puede estar ausente o incompleta. Suelen presentar infertilidad

2 Objetivos

- Determinar la mejor manera de un diagnóstico precoz del Síndrome de Turner.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistémica bibliográfica recogiendo información sobre este síndrome, en diferentes bases de datos como Medline, Pubmed y google académico

4 Resultados

- El diagnóstico precoz se puede realizar con:
 - . Durante el embarazo durante con una prueba de ultrasonido y se puede confirmar mediante un examen prenatal (amniocentesis, biopsia corial, test prenatal no invasivo).
 - . El diagnóstico confirmatorio con un análisis de sangre periférica (cariotipo) en que se analiza la composición cromosómica.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres infértiles pueden quedar embarazadas con óvulos donados y reproducción asistida. En cuanto a la estatura se puede hacer tratamiento con la hormona de crecimiento, aunque siempre van a ser más bajas que la población normal.

El pronóstico de las personas con síndrome de Turner es bueno. La esperanza de vida es un poco menor que la de una persona normal pero se puede mejorar con el tratamiento por enfermedades crónicas .

6 Bibliografía

- SMITH: Patrones reconocibles de malformaciones humanas
- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.mayoclinic.org>
- <https://es.m.wikipedia.org>

Capítulo 807

RELACIONES LABORALES EN EL ENTORNO DE TRABAJO DE UN CENTRO HOSPITALARIO

ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ

MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO

LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI

1 Introducción

Cada día a un centro hospitalario acuden gran cantidad de personas a realizar su trabajo. Entre ellas nos encontramos con personal de administración, médicos, enfermería, celadores y técnicos. A lo largo de la jornada laboral se relacionan unos con otros por lo que el entorno debe ser el más adecuado para poder llevar a cabo el trabajo de la mejor manera posible

2 Objetivos

- Analiza el tipo de personal que acude cada día al centro hospitalario.
- Fomentar las relaciones laborales para realizar el trabajo de la forma más cómoda.
- Solucionar problemas relacionados con estas relaciones laborales en la mayor brevedad posible y evitar que vuelvan a ocurrir en el futuro.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos y páginas webs sobre las relaciones sociales y laborales en el ámbito sanitario. Las palabras clave son: relaciones sociales, diálogo y respeto.

4 Resultados

- El diálogo y la información al personal del centro hospitalario se puede incentivar las buenas relaciones laborales que hacen que el trabajo en equipo sea lo más adecuado posible. El respeto mutuo es muy importante ya que todos forman parte de un equipo en el cual cada uno realiza su trabajo de la mejor manera.
- El fomento de las buenas relaciones laborales en el entorno de trabajo, los problemas ocasionados por éstas disminuyen notablemente. Además se debe concienciar al personal de un centro hospitalario que todos forman parte de un equipo se consiguen evitar numerosos problemas relacionados con la discriminación en las jerarquías profesionales. Todos forman parte del equipo.
- Cada categoría laboral está sometida a presión asistencial, así los auxiliares administrativos toman datos de los pacientes y gestionan sus citas, los celadores los trasladan, el personal de enfermería y los médicos son los encargados de reestablecer por completo su salud además de otros técnicos encargados de realizar las numerosas pruebas a las que son sometidas muchas personas que cada día acuden a los centros sanitarios.
- Los problemas se solucionan con el diálogo, pero, en casos muy extremos, nos encontramos ante faltas de todo tipo, leves, graves o muy graves que necesitarán una solución determinada.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante tener una buena relación laboral para que el trabajo que se realiza a diario en los centros sanitarios sea el más adecuado posible y que la satisfacción con que se lleva a cabo dicho trabajo se pueda exteriorizar a los usuarios de estos centros.

6 Bibliografía

- www.Superheroe.com

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- En los servicios de recursos humanos de los servicios de salud.
- Libros de texto de distintas editoriales como Macmillan, Macgraw Hill

Capítulo 808

LA ERGONOMÍA POSTURAL DE LOS TRABAJADORES EN LOS CENTROS SANITARIOS

ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ

MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO

LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI

1 Introducción

Los malos hábitos respecto a nuestra postura en el trabajo pueden afectar a nuestra salud con el paso del tiempo, sobretodo a nuestro sistema músculo-esquelético. Destacan las actividades realizadas por los trabajadores de los centros sanitarios que van desde un sobreesfuerzo al realizar las movilizaciones de los pacientes hasta la postura con la que se sientan delante de un ordenador.

2 Objetivos

- Determinar factores de riesgo ergonómicos de trabajador, dando además información sobre salud laboral a dichos trabajadores.
- Concienciar a los trabajadores de la importancia de realizar esta ergonomía postural de manera correcta, para prevenir posibles daños en su salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre ergonomía en el trabajo. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

A través de los servicios de salud laboral los trabajadores de los centros sanitarios tienen conocimiento de todos los riesgos que suponen una mala movilización ya sea de pacientes o de mobiliario.

4 Resultados

- Factores de riesgo: el propio tipo de trabajo puede ser un factor de riesgo, aquellos puestos sedentarios o de intenso ejercicio físico a la hora de desempeñar su trabajo pueden dificultar la ergonomía del mismo. Es importante identificar el tipo de trabajo y así dirigir los esfuerzos en la formación y concienciación de una buena ergonomía según el tipo de trabajo.
- Las cargas con peso elevado suponen un peligro para nuestra espalda si no se realiza bien. Incluso a la hora de utilizar un ordenador la postura debe ser la correcta, espalda recta y silla adecuada para evitar problemas lumbares. Gracias a la vigilancia de todas estas posturas y a la información sobre la mejor manera de realizarlas se evitan gran cantidad de problemas de salud que suponen el absentismo de los trabajadores por incapacidades temporales.

5 Discusión-Conclusión

Evitemos las malas posturas en el trabajo y los esfuerzos inadecuados para poder conseguir la mejor higiene postural y tener una salud laboral óptima. La concienciación de una buena postura laboral, hará que el trabajador desempeñe mejor su función disminuyendo las causas de bajas laborales por problemas osteomusculares

6 Bibliografía

- Protocolos de los distintos servicios de prevención laboral de los servicios de salud.
- Manual de ergonomía aplicada a la prevención de riesgos laborales.
- Página web: www.cec.es

Capítulo 809

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

PATRICIA BUENO MEANA

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

1 Introducción

La ley orgánica de protección de datos y garantía de los derechos digitales de 3/2018 5 de diciembre reconoce a los ciudadanos los denominados derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación y oposición).

2 Objetivos

- Determinar los derechos ARCO y el uso responsable tanto con los datos propios, como de los de terceros que puedan pasar por nuestras manos o en el ordenador de nuestro puesto de trabajo.

3 Metodología

Búsquedas a través del portal del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica empleando bases de datos como Cochrane, Pubmed, bibliotecas electrónicas como Scielo, el editorial Elsevier y en el buscador Google Académico.

4 Resultados

- Acceso: los titulares tienen derecho de acceso que les permite solicitar información al responsable del fichero sobre si sus datos personales están siendo tratados, si es así, determinarán la finalidad y el origen de las comunicaciones realizadas o previstas. Este derecho si no se ejerció en los últimos 12 meses no es necesario justificarlo. Plazo máximo de resolución por parte del responsable del fichero 30 días desde la recepción de ésta. Se dispondrá de 10 días hábiles para realizar el acceso.
- Rectificación permite a los afectados solicitar la modificación de datos que sean inexactos o incompletos. Imprescindible aportar documentación justificativa de la rectificación solicitada. Resolución por parte del responsable del fichero 10 días hábiles.
- Cancelación: los titulares pueden solicitar la supresión de los datos que resulten inadecuados o excesivos, sin perjuicio del deber de bloqueo (excepto para su puesta a disposición de administraciones públicas, jueces y tribunales). Debe indicarse el dato a cancelar y el motivo. El responsable del fichero dispone de 10 días hábiles para dictar resolución.
- Oposición: los titulares pueden oponerse al tratamiento de los datos personales o la cesión de éstos. Constará los motivos fundados y legítimos que justifiquen el ejercicio de este derecho.

5 Discusión-Conclusión

Los derechos ARCO son personales, únicamente transferible su ejercicio a otra persona a través de autorización acreditada. El derecho de ejercicio de los derechos ARCO está limitado a una vez cada doce meses, pudiéndose denegar el acceso a los datos si la solicitud se realizará antes de que se cumpliera ese período de tiempo, a excepción de que se acredite la necesidad de la misma

6 Bibliografía

- Internet, Google y la página web del Ministerio de Sanidad.

Capítulo 810

CELADOR: TRASLADO Y DEAMBULACIÓN EN GERIATRÍA.

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

Llamamos traslado a la movilización activa o pasiva de una persona de un lugar a otro. Partiendo de este concepto, no es difícil entender que en el medio sanitario se llevan a cabo infinidad de traslados a lo largo del día.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de traslado.
- Estudiar los recursos empleados para la realización del traslado de manera correcta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros.

4 Resultados

- El traslado y movilización del paciente se pueden hacer con los siguientes fines:
- Traslado desde el medio de transporte a la sala de urgencias.

- Traslado desde la sala de urgencias a diferentes pruebas exploratorias (rx, tac, etc) a la sala de observación, a la unidad de hospitalización, etc.
- Desde su habitación a otras unidades (quirófano, rx, tac, etc).
- Desde su habitación hacia el medio de transporte cuando es dado de alta.
- También mas traslados con diferentes objetivos.

Estos traslados se pueden hacer en silla de ruedas, camilla e incluso en la propia cama del paciente. La elección de uno u otro estará en función del estado físico del paciente, dimensiones del habitáculo al que hay que trasladarlo, etc. Independientemente del medio utilizado, hay que tener en cuenta una serie de directrices generales antes de realizar el traslado:

- Planificar lo que se va a realizar y la mejor forma de hacerlo.
- Preparar el equipo básico (cinturón de traslado, tablero para deslizamientos, silla de ruedas, camilla, etc). Comprobando que funciona y que es seguro.
- Eliminar todos los obstáculos presentes en la zona de traslado.
- Informar al paciente acerca del traslado y explicarle como puede colaborar paso a paso.
- Aclarar entre los posibles ayudantes el papel de cada uno.

Traslado de la cama a la silla de ruedas, como existen numerosas variedades de esta técnica, la elección de una u otra técnica estará en función de las características del paciente (tamaño, capacidad para recibir instrucciones, fuerza muscular, movilidad articular, etc).

En cualquier caso, veremos las técnicas generales a utilizar en las dos circunstancias más habituales que se nos pueden presentar: cuando el paciente colabora y cuando no colabora.

Otros traslados del paciente son de la cama a una camilla o viceversa, traslado de un paciente en camilla, entrada o salida del ascensor, etc.

5 Discusión-Conclusión

Antes de proceder al traslado de un paciente debemos conocer su estado, siendo imprescindible seguir las instrucciones del personal cualificado para el transporte sobre todo de pacientes con lesiones graves. Cuando el paciente colabora es suficiente con la ayuda de un solo celador y cuando no colabora es necesario la participación de dos celadores.

6 Bibliografía

Conocimientos básicos y funciones del celador. Virginia Cano Íñiguez. Logoss.

Capítulo 811

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA.

GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ

MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE

ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ

MANUEL OSACAR GONZÁLEZ

1 Introducción

El servicio de farmacia hospitalaria

La custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponde exclusivamente:

- A las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas.
- A los servicios de farmacia de los hospitales ,de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones o para los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de atención de la salud.

En la mayoría de los Hospitales existe un Servicio de Farmacia que dependerá de la Dirección Médica. En un hospital la farmacia es un servicio centralizado al que tienen acceso todas las unidades hospitalarias.

Prestan servicio los siguientes profesionales:

- Farmacéuticos.

- FIR (Farmacéutico Interno Residente)
- DUE.
- Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- Auxiliares administrativos.
- celadores.

El Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios establece que la administración sanitaria del Estado es el organismo competente para valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios y que hospitales deberán de disponer de servicio de farmacia hospitalaria con arreglo a las condiciones mínimas establecidas por la ley. Los hospitales de más alto nivel y aquellos otros que se determinen deberán disponer de servicios o unidades de Farmacología Clínica.

2 Objetivos

- Conseguir que cada paciente reciba la terapéutica medicamentosa adecuada a sus necesidades, para ello debe aconsejar en la elección de la dosis apropiada, frecuencia de administración, duración del tratamiento etc...
- Control mediante la Farmacovigilancia .Estos estudios permiten prevenir o disminuir las reacciones adversas que pueden ser producidas por una selección equivocada del medicamento prescrito, utilización de dosis inadecuadas, sobredosificación, etc...
- La coordinación con otros profesionales implicados en la asistencia sanitaria. El farmacéutico debe tener relación con otros profesionales como dietistas, personal de radiología, personal de los distintos laboratorios.
- Informar permanentemente sobre los avances farmacéuticos y sobre los medicamentos para mejorar la práctica profesional.
- Realizar investigación para mejorar la terapéutica medicamentosa y evaluar los resultados para corregir posibles deficiencias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las actividades que se realizan en el servicio de farmacia

- Control y dispensación de estupefacientes y psicótrpos.
- Preparación y dispensación de formulas magistrales, soluciones desinfectantes y antisépticas, nutriciones enterales, nutriciones parenterales, citostáticos, etc...
- Control y dispensación de medicamentos extranjeros.
- Control de los botiquines existentes en las Unidades de hospitalización y demás Servicios del Hospital.
- Propuesta de adquisición de determinados medicamentos, material de curas o productos.
- Envasados y reenvasados en dosis individuales de los medicamentos sólidos y líquidos orales.
- Establecimiento de sistemas de información para control de consumos, gastos y costos.
- En general, adquisición, clasificación conservación , control y dispensación de medicamentos y demás productos de uso farmacológico.

Áreas que forman el servicio de farmacia

- Área de almacenamiento y conservación de medicamentos. En ella se almacenan y conservan los medicamentos para cubrir las demandas del centro.
- Área de dispensación farmacológica. Es la zona donde se dispensan los medicamentos solicitados en los formularios.
- Área de farmacotecnia. En esta área se preparan dosis especiales de ciertos medicamentos según las pautas establecidas por la comisión de farmacia.
- Área de nutrición artificial. Es la zona destinada a la preparación de las soluciones de nutrición artificial enteral o parenteral, para cubrir el aporte de nutrientes en aquellos pacientes que por su patología lo requieren.
- Área de citostáticos. Los citostáticos son sustancias farmacológicas que impiden o retardan la división celular. Se utilizan en el tratamiento contra el cáncer.

Funciones del celador en el almacén de farmacia

- Recepción del material: el celador es el encargado de recepcionar los paquetes , bultos y embases que los proveedores suministran a la Farmacia. Para ello debe comprobar mediante cotejo que el material servido coincide con el que figura en

los albaranes de entrega, posteriormente en el caso de que sea correcto lo firma y le da una copia al transportista. En caso de error o no coincidencia no debe recepcionar el material o , en su caso, lo pondrá en conocimiento del responsable de la Farmacia.

-Acondicionamiento del material: una vez recepcionado el material lo entregará al personal sanitario , junto con la copia del albarán para que los servicios administrativos contabilicen la entrega del mismo ,al objeto de que lo clasifiquen, ordenen y coloquen en estantes.

-Determinados productos, distintos de los medicamentos ,son acondicionados directamente por el celador. Por ejemplo , las garrafas de alcohol ,los botes de suero fisiológico , etc...

-Transporte de material dentro de la farmacia: aparte de entregar los bultos , paquetes y envases de medicamentos y otros productos farmacológicos hasta la zona de clasificación del personal sanitario y de transportar el material que él mismo clasifica y acondiciona, el celador se encarga del movimiento de bultos y cajas de gran volumen o peso dentro de la Farmacia, cuando así se le requiera.

-Distribución de medicación y demás productos galénicos a las unidades del hospital: esta tarea de llevar los pedidos a las unidades destinatarias corresponde en unos hospitales al celador de la Farmacia y en otros a los celadores de las distintas unidades que solicitan medicamentos y otros productos a la Farmacia. En todo caso la tarea del celador consiste en transportar carros con medicamentos y otros productos o carritos de unidosis de medicación, desde la Farmacia hasta los puestos de Enfermería de las Plantas o de otras unidades, entregándolo y recogiendo del personal autorizado los documentos de comprobación de suministro y entrega de los pedidos. A la vuelta deberá entregar al servicio administrativo de la Farmacia dichos documentos debidamente firmados para su control y tramitación.

-Transporte de productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia: determinados productos que deben recepcionarse en el Almacén General del Hospital, deberán ser transportados hasta la Farmacia por el celador. Igualmente, en el caso de haber más de una Farmacia se desplazará y se encargará del traslado de material entre las mismas.

-Dispensación de determinado material: aunque la labor de dispensación corresponde a otro personal, el celador de Farmacia se encarga, normalmente, de dispensar determinado material que él mismo ha ordenado o acondicionado (botes de suero, alcohol).

-Preparación de alcohol: el alcohol que se utiliza en las unidades del Hospital está rebajado porque se mezcla con agua destilada, por ser más conveniente en el uso

terapéutico, suministrándose a 70 grados. La tarea de mezclar de mezclar el alcohol con el agua destilada se le suele encomendar al celador y consiste en verter en un depósito de gran contenido un recipiente de alcohol y otro de agua destilada, siempre del mismo contenido y volumen para que se mantenga la correcta proporción.

-Controles e inventarios: el celador de Farmacia debe realizar los recuentos periódicos del material del que sea responsable al objeto de comprobar las existencias reales de los productos almacenados en la Farmacia, prestará atención a los tipos de productos (sueros) y a su fecha de caducidad. Igualmente colaborará en el recuento que se lleve a cabo con ocasión del inventario general que anualmente o con otra periodicidad se realice en la Farmacia con el mismo objeto de conocer la existencia real del material almacenado.

5 Discusión-Conclusión

El área de farmacia tiene una serie de peculiaridades que requieren que cualquier profesional sanitario conozca para poder desarrollar de manera adecuada su función.

6 Bibliografía

- Temario de celador. Editorial MAD.
- <http://celadoresonline.blogspot.com>
- <https://www.daypo.com>
- <https://fisiostar.com/>

Capítulo 812

EL BURNOUT ENTRE EL PERSONAL QUE DESARROLLA SU LABOR EN EL ENTORNO SANITARIO

DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ

ARACELI ZAPICO DIAZ

1 Introducción

El origen de la expresión burnout se sitúa en la novela escrita por Graham Greene: *A burnout case* (Graham Green)(1), obra literaria publicada en el año 1961, que narra como un arquitecto que se siente atormentado se retira a la selva africana. En el año 1969 el psicólogo H.B. Bradley describe el síntoma en oficiales de libertad condicional llamándolo: “staff burnout” (2).

Pero la primera definición se la debemos al psiquiatra de origen alemán Herbert Freudenberger, a raíz de su voluntariado en una “free clinic” de desintoxicación en Estados Unidos. El psiquiatra constató como tras un periodo, de entre uno y tres años, la mayoría experimentaba una apatía por su trabajo; además de otros síntomas como: insensibilidad, agresividad, ansiedad o depresión (Freudenberger 1974). En el año 1980 publica el libro: “Burn out: The high cost of high achievement. What it is and how to survive it” (ISBN 10: 0385156642). Donde amplía su teoría y añade que se debe a cargas irracionales de trabajo (2,3).

También en este año de 1980, el psicólogo estadounidense Cary Cherniss, conceptualiza el burnout en el congreso de la Asociación Estadounidense de Psicología, definiéndola como: Un proceso por el cual la persona afectada, experimenta un

cambio de actitudes como respuesta a la presión excesiva del trabajo, con tres momentos (4):

- Desequilibrio entre la carga laboral y la capacidad de respuesta de la persona.
- Desarrollo de la fatiga y del agotamiento como respuesta emocional negativa.
- Cambio conductual y de actitud hacia los demás.

Este psicólogo también realizó estudios sobre la influencia de la inteligencia emocional en el entorno laboral, en como el grupo ayuda a mejorar al individuo y viceversa. Lo que reduce los estresores negativos dentro de los grupos profesionales (4).

También en el año 1980, Jerry Edewich y Archie Brodsky, hacen estudios sobre este tema, definiendo el síndrome 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”. Los autores justifican esta definición proponiendo cuatro fases (5):

- Etapa de idealismo y entusiasmo: La persona actúa bajo una hipervaloración de su capacidad profesional.
- Etapa de estancamiento. La persona descubre que ha sobrevalorado su capacidad, se inicia un periodo de desidealización y de cambios.
- Etapa de apatía: Es la fase central del síndrome, destacándose la apatía, problemas conductuales y físicos. Se evita el contacto con los compañeros.
- Etapa de distanciamiento: La persona está frustrada.

Pero una definición del año 1981 obtuvo un mayor alcance, tanto en los estudiosos posteriores como en la estandarización del concepto, nos la dieron la psicóloga Christina Maslach, que ya venía realizando estudios al respecto desde el año 1976, junto con la también psicóloga Susan Jackson, quienes identifican el burnout como un síndrome de: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (6).

2 Objetivos

- Analizar la relación existente entre la aparición del síndrome de desgaste profesional (burnout) y la actividad laboral en el entorno sanitario.
- Observar los diferentes factores de riesgo existente en su desarrollo y aparición, así como sus consecuencias en la calidad de vida del trabajador/a.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica manual, además de una búsqueda de textos utilizando las bases de datos: Science Direct, Redalyc, Scielo y Google Académico. Los descriptores de búsqueda fueron: Síndrome de Burnout y Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Se escogieron aquellos textos que aportaban datos claros y concisos sobre el origen, evolución del burnout y sus consecuencias. El criterio de eliminación se estableció en aceptar sólo textos monográficos, sin interrelación del burnout con otras variables, como por ejemplo la inteligencia emocional. Lo que se pretende es realizar una revisión bibliográfica del burnout, excluyendo las múltiples interrelaciones que mantiene dentro del entorno laboral con otros riesgos laborales.

4 Resultados

Existen varias denominaciones en castellano para referirnos a este síndrome, como son: síndrome de estar quemado, síndrome de estar quemado por el trabajo, síndrome de desgaste profesional, etc. Parece ser que casi cada autor tiene el suyo (Gil Monte 2003). Tal vez por ello, por las varias denominaciones existentes en castellano, unido a la facilidad en la pronunciación y escritura en el inglés, hacen que se haya generalizado el uso del anglicismo. Lo ideal sería que existiese un término único en castellano que englobase lo que es el burnout. Por ello, en nuestra particular revisión bibliográfica nos ha parecido oportuno aceptar el término burnout, puesto que una parte importante de la literatura que toca el tema está escrita en inglés.⁽⁷⁾

Los estudios acerca del síndrome del burnout, se inician en un momento de transformación del mundo laboral, durante una nueva revolución industrial, que conlleva la aparición de nuevas tecnologías y la automatización de los procesos; lo que a su vez propicia el desempleo (estresor negativo). Todo esto deriva en un cambio organizacional y en la aparición de nuevos y variados tipos de trabajos, con unos niveles de exigencia desconocidos hasta ese momento: Disponibilidad, inmediatez, full-time, alta especialización en continuo cambio y adaptación, evolución continuada, temporalidad, etc. Todo ello repercute indudablemente en la salud psíquica de las personas, que en función de sus características y condicionantes personales, se llega a somatizar con diferente intensidad. Aunque el síndrome de burnout se manifiesta entre el personal de diferentes gremios, es en sanidad, educación y fuerzas de orden público, donde tiene una mayor incidencia. Estas

actividades profesionales tienen un denominador común: el servicio a los demás. En esta revisión bibliográfica nos vamos a circunscribir exclusivamente al entorno sanitario.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es: “La reacción que puede tener el individuo ante exigencias y pretensiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, está recogida dentro del apartado: (Z73) problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”, y dentro de este en el subapartado: (Z73.0) Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital). Sin embargo no se recoge en el DSM V, por lo que no está recogida como enfermedad mental.

Para que aparezca el burnout como síndrome, tiene que haber una interrelación continuada, intensa y desarrollada a lo largo del tiempo, entre el trabajador/a y su entorno dentro de unas circunstancias laborales críticas, que además afecten a la persona de forma integral en todas sus facetas. De ahí que se diferencien fases, para poder explicar el proceso, cada una de ellas con sus propias características (8-11):

- 1- Fase inicial o de entusiasmo: Aquí la persona se lanza con toda su energía e ilusión y se ve positivo realizar sobreesfuerzos si se lo piden.
- 2- Fase de estancamiento: Descubre que no se cumplen las expectativas que se tenían acerca de su propio trabajo.
- 3- Fase de frustración: En esta se manifiestan las tensiones, irritación e incluso agresividad, generando conflictos entre pares. El equipo pasa a ser grupo. Se manifiestan problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
- 4- Fase de apatía: Se impone una actitud distante y mecánica, como consecuencia de las fases anteriores, prima el estado anímico propio a la efectividad laboral. El trabajador/a se retrotrae como medida de protección.
- 5- Fase de quemado: El/la trabajador/a colapsan psíquica y emocionalmente, lo que deriva en una somatización que puede llevar al profesional a abandonar el trabajo o al suicidio; en el peor de los escenarios.

Las causas que provocan el burnout, tienen como origen tres fuentes interrelacionadas entre sí, que son: Organizacionales, Sociales y Personales.

- Organizacionales: Estas características son propias de cada institución, con la finalidad de facilitar el funcionamiento y cohesión del personal que trabaja en ella. Aunque los recortes presupuestarios y el aumento del nivel de exigencia

unido a la sobrecarga laboral, la turnicidad y más concretamente la nocturnidad, se convierten en estresores negativos. Existe un estudio realizado en Venezuela, donde la escasez generalizada de recursos hospitalarios son un importante estresor negativo para el personal asistencial, de la misma manera que en nuestra sociedad con recursos y estocaje suficiente, se convierte también en un estresor negativo el no poder realizar la labor asistencial en el entorno, el tiempo y con el personal adecuado cumpliendo los estándares de calidad que tenemos interiorizados. (12)

- Sociales: Este aspecto es fundamental para mitigar el burnout o aumentarlo. Son redes de apoyo todas las relaciones personales, que las podemos diferenciar en dos grupos: Formales (compañeros de trabajo y superiores jerárquicos) e Informales (familia y amigos). También incluimos en este apartado el estilo de vida de la persona.

- Personales: Estas características son inherentes a la propia persona. Se diferencian las siguientes:

Edad: Más que la edad, está referido a la acumulación de experiencia, lo que permite hacer frente con éxito a un amplio abanico de situaciones; aunque hay autores que lo consideran como un factor de riesgo.

Sexo: Esta variable no es significativa en sanidad, con un altísimo porcentaje de mujeres. En la actualidad los roles son idénticos independientemente del sexo, dentro de un equipo.

Estado Civil: Se refiere a tener pareja estable e incluso hijos. Aquí los autores tampoco se ponen de acuerdo, puesto que unos consideran a la familia como grupo de apoyo decisivo en la superación de los estresores que provocan el síndrome, otros sin embargo, al restar tiempo personal y de ocio consideran que es un factor de riesgo.

Nivel de resiliencia: Es determinante para el desarrollo de competencias laborales, lo que facilita afrontar positivamente todo tipo de situaciones.(12)

Expectativas personales reales, es decir, que nos marcamos metas reales.

Espiritualidad. La educación en una creencia proporciona un código de conducta que converge con las normas de convivencia y las leyes de cualquier nación.

Tipo de personalidad: Personalidad metódica, personal con lucus de control extremo y patrón de conducta Tipo A (con sus tres factores: Impaciencia, implicación laboral y competitividad).

Las consecuencias que se derivan del burnout son siempre sobre la persona, que se van a manifestar en la manera de la persona de relacionarse con su propio entorno personal, social y laboral. La persona afectada por el burnout, revelará actitudes interpretadas por los receptores, como negativas, hostiles y contrarias a

una convivencia ordinaria, lo que a su vez provoca un incremento de la intensidad y cantidad de agresiones sobre la persona que padece el síndrome, además de un rechazo casi irracional de esa persona, entrando esta en un bucle en donde su situación va a peor debido al aumento de la cantidad e intensidad de los estresores negativos. Bucle del que no se sale sin la ayuda profesional adecuada desarrollada terapéuticamente a lo largo del tiempo. Las consecuencias se pueden clasificar en personales y laborales (13,14):

Personales:

Trastornos mentales que producen consecuentemente, trastornos en la esfera cognitiva (percepción, memoria, imaginación y pensamiento). Alteraciones físicas al somatizarse las alteraciones del orden psíquico.

- Estrés laboral.
- Alteraciones del sueño.
- Alteraciones respiratorias.
- Cefaleas o migrañas.
- Alteraciones gastrointestinales.
- Aumento de niveles de triglicéridos y del colesterol.

Ansiedad crónica como respuesta al estrés inapropiado.

Depresión.

Abuso de sustancias nocivas y adictivas como: alcohol, tabaco, antidepresivos, ansiolíticos y drogas.

- Laborales:

Absentismo laboral con un doble impacto: económico y social.

Deseos de abandonar el puesto de trabajo y de aislarse.

Alteración en las relaciones laborales.

Para cuantificar el burnout existen varios instrumentos.

- Staff Bournout Scale.
- Gilliespi-Numerof Burnout Inventory (GNBI).
- Maslach Inventory (MBI). Este es el más usado y se caracteriza por valorar tres dimensiones: La realización personal, el agotamiento emocional y la despersonalización. Esta herramienta se ha ido adaptando a los diferentes sectores laborales. Desarrollado en concreto para el entorno sanitario, se publicó uno en el año 1986, denominado: MBI-HSS (Maslach burnout inventory human services survey).

5 Discusión-Conclusión

El burnout es una patología de origen multifactorial, que necesita de un diagnóstico precoz, porque las alteraciones psicosomáticas que ocasiona se incrementan exponencialmente con el paso del tiempo, anclándose en la psique de la persona que la padece de forma irreversible. Afectando por tanto a la salud mental y por ende a la salud física, siendo generador de múltiples enfermedades que pueden incluso llegar a implicar la propia muerte de la persona afectada.

A día de hoy, que no existe una legislación laboral que recoja y regule este síndrome como patología del trabajo, las únicas medidas que se pueden tomar son de carácter organizativo con el fin de evitar la sobrecarga laboral; todo lo contrario de lo que se viene propugnando desde las administraciones competentes con la contención y reducción del gasto público. Además se debe de intervenir a través de la permanente formación e información, que permita a todos/as los empleados/as que desarrollan su actividad laboral en el entorno sanitario, conocer la existencia de este riesgo laboral silencioso, lo que evitará que los propios compañeros/as sean también parte de problema, dejando paso a ser parte de la solución. Parte de la solución también estaría en el uso del “no”, por parte de los trabajadores/as, si se pretende alargar, por necesidades imprevistas de servicio, las jornadas laborales o la carga de trabajo, más allá del cuadrante laboral en uso. Algo difícil de asumir desde el área de gestión cuya máxima es cubrir turnos, a veces independientemente de los medios disponibles; traspasando la responsabilidad de la prestación asistencial a los trabajadores/as. Precisamente esta falta de recursos está entre las causas de origen del propio síndrome, independientemente que sea por falta de medios o por falta de personal.

Por todo ello debemos concluir que el burnout junto con la turnicidad, y dentro de esta más específicamente la nocturnidad, son factores de alto riesgo laboral, que se deben de estudiar desde los equipos de prevención de riesgos laborales para dar la respuesta adecuada. Además el reciente incremento de la edad de jubilación, hace necesario aplicar un factor reductor en las cotizaciones de las personas, que en su labor diaria, trabajan bajo riesgos laborales insalubres, de manera que los/as trabajadores/as que están durante parte de su vida laboral en este entorno de riesgo, puedan acceder a la jubilación plena con un menor número de años de trabajo y lo hagan en un estado de salud de acorde su edad biológica, en el peor de los casos.

6 Bibliografía

- 1 <https://books.google.es/>
- 2 Freudenberger HJ. Staff Burnout. *Journal of Social Issues* 1974. 30(159), 99-113.
- 3 Hernández García TJ, Terán Varela OE, Navarrete Zorrilla DM, León Olvera A. (2007). El síndrome de burnout: Una aproximación hacia su contextualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición.
- 4 Goleman D, Cherniss C. (2005). *Inteligencia Emocional en el trabajo*. ISBN-10 84-7254-583-1.
- 5 Universia. Burn out o síndrome del quemado. Fases del burn out. Consultado el 23/12/19.
- 6 Marlach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981; 2(2): 99-113.
- 7 Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista electrónica InterA Ação Psy* – 1 (1). 2003. 19-33.
- 8 Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance*.
- 9 C.I.E. Disponible en: <https://eciemaps.mscbs.gob.es>
- 10 DSM V. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf
- 11 Departamento de Asistencia Técnica para la Prevención de Riesgos Laborales UGT Andalucía. *Guía de prevención de riesgos psicosociales*. (2003).
- 12 Rodríguez A, Ortunio M S. Resiliencia en trabajadores de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos. (2019). *Rev. venezolana de salud pública*, V 7(1), 27-33.
- 13 Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *Anales Sis San Navarra [online]*. 2010, vol.33, suppl.1, pp.193-201. ISSN 1137-6627.
- 14 Martínez Domingo S. *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de atención primaria de La Rioja*. 2016. Trabajo fin de Grado. Universidad de La Rioja.

Capítulo 813

TRATAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA POR LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

AIDA VIEJO BARRIOS

1 Introducción

La historia clínica es el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca de la historia clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la historia clínica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los centros sanitarios tienen el deber de:

- Formar adecuadamente al personal administrativo y sanitario que tiene acceso a la historia de los pacientes en lo que respecta a la privacidad.
- Así como la conservación de la historia clínica, teniendo en cuenta el tratamiento de datos, el acceso, registro de acceso, información a terceros, las contraseñas, cifrado de datos, destrucción de los datos, y cierre de armario.

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. El tratamiento de datos de salud, se ve afectado por otras normas sectoriales, que pueden llegar a modificar los plazos de conservación de las mismas, ampliándolos en todo caso, tal es el caso de legislación en materia de prevención de riesgos laborales, en función de la naturaleza o sector de trabajo y los riesgos que determinados puestos de trabajo pueden conllevar.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que los centros sanitarios cumplan con la ley para garantizar la privacidad de los pacientes.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, guía para pacientes y usuarios de la aepd.

Capítulo 814

LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN PROFESIONALES DE CENTROS SANITARIOS

SONIA GARCÍA MUÑIZ

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

ALICIA JUARROS SEDANO

CLAUDIO GARCIA MURIAS

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

1 Introducción

Un trastorno musculoesquelético relacionado con el trabajo es una lesión de los músculos, tendones, ligamentos, nervios, articulaciones, cartílagos, huesos o vasos sanguíneos de los brazos, las piernas, la cabeza, el cuello o la espalda producido o agravado por tareas laborales como levantar, empujar o movilizar.

Los trastornos musculoesqueléticos (TME) son una de las enfermedades de origen laboral más comunes que afectan a millones de trabajadores en toda Europa. Comprenden cualquier daño o trastorno de las articulaciones y otros tejidos. Los problemas de salud abarcan desde pequeñas molestias y dolores a cuadros médicos más graves que obligan a solicitar la baja laboral e incluso a recibir

tratamiento médico. En los casos más crónicos, pueden dar como resultado una discapacidad y la necesidad de dejar de trabajar. Produciéndose elevadas tasas de absentismo por éstos motivos.

El personal del sector sanitario se encuentra entre los primeros colectivos a la cabeza con problemas graves de salud relacionados con su trabajo, derivados de manipulación de cargas o tareas repetitivas, también los elevados niveles de tensión física y psicológica, contribuyen a la aparición de éstos trastornos . Por todo ésto , se puede afirmar que representan un problema importante a nivel laboral.

2 Objetivos

Evaluar la magnitud del problema de patología músculo esquelética, recabar información sobre su repercusión en el absentismo laboral y proponer medidas de intervención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El esfuerzo físico es parte esencial de toda actividad laboral, siendo un elemento de fatiga importante, no solo en aquellos trabajos considerados “pesados”, sino también en trabajos que se desempeñan en nuestro sector, como enfermería, celadores, personal administrativo, cirugía, etc. El manejo de cargas, el mantenimiento de posturas inadecuadas, los movimientos repetitivos y el trabajo con pantallas de visualización de datos. De los daños músculo esqueléticos el dolor de espalda es la patología más frecuente entre el personal que trabaja en sanidad.

Según la ley 31/1995, de 8 de Noviembre , de Prevención de Riesgos Laborales:

El manejo manual de cargas superior a 3 kg puede conllevar a un riesgo dorsolumbar no tolerable si se realiza en condiciones ergonómicas desfavorables, como puede ser levantar una carga por encima de los hombros o depositarla por debajo de las rodillas. Las cargas superiores a 25 kg constituyen un riesgo en sí mismas, independientemente de las condiciones en las que se manipulen (ideales o desfavorables). No obstante, si se quiere proteger a la mayoría de la población expuesta a los riesgos asociados al manejo manual de cargas, el límite de la carga será 15 kg, es decir, en el caso de que la persona que manipula la carga sea una mujer, un trabajador o trabajadora joven (de 16 o 17 años) o tenga 55 años o más. También en circunstancias especiales, los trabajadores sanos (hombres) y entrenados físicamente podrían manipular cargas de hasta 40 kg, siempre que se trate de una tarea esporádica y en condiciones ideales de manipulación. La manipulación manual de objetos menores de 3 kg, también podría generar TME en los miembros superiores debidos a esfuerzos repetitivos, pero no tendrán la consideración de carga.

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) que forma parte del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, define carga como “cualquier objeto susceptible de ser movido, incluyendo por ejemplo la manipulación de personas, como los pacientes en un hospital”. Sin embargo, dicha carga no es un objeto inanimado, y se debe tener en cuenta la variable existente en cuanto a las reacciones o movimientos del usuario. Por lo que deberá evaluarse el riesgo de movilización de manera particular. Teniendo así una clara diferencia entre la manipulación de cargas y la movilización de pacientes.

Dependiendo del servicio en el que se trabaje y la profesión desempeñada, algunas de las acciones que producen lesiones son:

Celadores.

- Traslados de pacientes en camilla o silla de ruedas.
- Movilización de pacientes durante el aseo de pacientes encamados o en cambios posturales, flexionando cuello, brazos y espalda.
- Manejo de grúas para movilizar.
- Distribución de material, equipos o mobiliario.
- Movimientos repetitivos, que unidos al manejo de cargas en personas con movilidad reducida y la posturas inadecuadas en las movilizaciones, generan múltiples lesiones.
- Incorporar y rotar a un paciente en la cama.
- Transferir a un paciente desde la cama a la silla de ruedas.

- Transferencia desde la silla de ruedas al WC.
- Pasar a un paciente de cama a camilla y viceversa.
- Levantar a un paciente de posición sedente a bipedestación.

Personal de Cocina.

- Exposición reiterada al calor y al frío.
- Corrientes y humedades.
- Movimientos repetitivos.
- Mala adaptación de los puestos de trabajo, levantando muchas veces utensilios, a un nivel superior a los hombros.
- Manejo manual de cargas.
- Posturas inadecuadas.

Personal Administrativo.

- El diseño del mobiliario no siempre acompaña adecuadamente.
- Problemas de iluminación, sea natural o artificial que inciden en la vista de los trabajadores.
- Pantallas de visualización de datos, no siempre en estado óptimo.
- Posturas en sedestación la mayor parte de la jornada.
- Asientos poco ergonómicos.
- Movimientos repetitivos.

Personal sanitario (Auxiliares de enfermería).

- Malas posturas en la movilización de los enfermos.
- Flexión de tronco y brazos para cambiar sábanas y hacer camas.
- Manipulación inadecuada de cargas que engloba: empuje, tracción, levantamiento, colocación y desplazamiento del paciente cuando se le esta acomodando.

Los principales TME son en zona lumbar con dolor localizado en la parte baja de la espalda, posturas forzadas del tronco: a causa de giros e inclinaciones , trabajo físico intenso o vibraciones transmitidas a través de los pies. Dolencias más frecuentes:

- Lumbago agudo: Dolor en toda la zona lumbar, con contractura e impotencia funcional dolorosa.
- Lumbalgia: Dolor en región lumbar; aguda por sobreesfuerzo, afectando incluso a muslo y nalga, o crónica si es continuada en el tiempo.
- Lumbociática: Implicado el nervio ciático por una presión ejercida en el mismo a causa de una hernia en disco vertebral.

- En hombro y cuello: dolor y rigidez de hombros, esporádicos o por la noche, posturas forzadas en los brazos , movimientos repetitivos de los brazos, mantener la cabeza en la misma posición o aplicar fuerza con los brazos y las manos. En el cuello: dolor, rigidez, hormigueo o calor en la nuca, durante o al final de la jornada de trabajo, posturas forzadas de la cabeza (cabeza girada o inclinada), mantener la cabeza en la misma posición.
- Torticollis: Rigidez y dolor en cuello.
- Síndrome cervical por tensión: Causada por realización de trabajos repetitivos a nivel de la cabeza, manejo de cargas pesadas o si el cuello se mantiene doblado hacia adelante.
- Hombro congelado: Imposibilidad de articular el hombro, causada por una inflamación Tendinitis del manguito de rotadores: Como consecuencia de la realización de trabajos con posición elevada de los codos.
- En brazos y codos: dolor diario de codo, incluso sin moverlo. trabajos repetitivos de brazos que conjugan al mismo tiempo fuerza con las manos, tendinitis. Dolencias más frecuentes como epitrocleitis también conocido como “codo de golfista” , se inflaman los tendones que permiten flexionar la mano. Síndrome del túnel radial: Debida a movimientos repetitivos rotatorios del brazo. Epicondilitis: conocido como “codo de tenista”. Se inflaman los tendones y el periostio. Producida por movimientos de extensión forzados de la muñeca. Bursitis del codo es frecuente en trabajadores de oficina, causada por apoyar mucho los codos.
- En manos y muñecas: En las muñecas dolor frecuente, a veces se puede extender por el antebrazo, acompañado de hormigueo y adormecimiento de los dedos causadas por un trabajo manual y repetitivo , posturas forzadas de la muñeca, que implica el uso de dos o tres dedos para agarrar objetos, inflamación de las muñecas o de los dedos. Dolencias más frecuentes: Ganglión, síndrome del túnel carpiano, tendinitis, Dupuytren, síndrome del escribiente.

Se ha desarrollado un método de evaluación del riesgo en la movilización manual de pacientes conocida como MAPO (Movilización asistencial de pacientes hospitalizados). Esta metodología resulta muy útil, ya que es la única disponible actualmente para cuantificar, de forma fiable y válida, el nivel de riesgo por movilización de pacientes en una unidad o servicio hospitalario, teniendo en cuenta los aspectos organizativos que determinan la frecuencia de manipulación por cada trabajador.

El Método MAPO valora el riesgo de sobrecarga biomecánica de la zona lumbar durante el traslado de pacientes en los centros hospitalarios. Los elementos que caracterizan la exposición a esta tipología de riesgo son:

- La carga asistencial debida a la presencia de pacientes no autosuficientes.
- El tipo y grado de discapacidad motora del paciente.
- Las características estructurales del ambiente de trabajo y de estancia en el hospital.
- Los equipos de trabajo.
- La formación de los trabajadores.

Éstos elementos son los que determinan los factores necesarios para el cálculo del índice de riesgo MAPO, que se realiza de acuerdo a la siguiente expresión matemática: $(NC/OP \times FS + PC/OP \times FA) \times FC \times Famb \times FF = INDEX MAPO$.

NC/Op→ Relación de pacientes no colaboradores por trabajador.

PC/Op→ Proporción de pacientes parcialmente colaboradores por trabajador.

FS→ Factor elevación, relacionado con el uso de los equipos de ayuda.

FA→ Factor ayudas menores, relacionado con su uso.

FC→ Factor sillas de ruedas.

Famb→ Factor instalaciones y condiciones del lugar de trabajo.

Para cada uno de estos factores y en función de sus características se establecer un nivel de incompatibilidad ergonómica, que se clasifica según las puntuaciones obtenidas como:

- Alto.
- Medio.
- Irrelevante.

Los tres niveles del índice MAPO están asociados con el aumento de la probabilidad de sufrir lumbalgia. Esto permite establecer un nivel de exposición al riesgo de sufrir lesiones musculoesqueléticas, que está determinado fundamentalmente por el número de tareas que implican movilización de pacientes. La mayor parte de los TME son trastornos acumulativos resultantes de una exposición repetida, durante un período de tiempo prolongado, a factores de riesgo biomecánico y organizacionales, así como los factores psicosociales e individuales, son determinantes en la aparición de TME. La combinación de varios de ellos incrementa considerablemente el riesgo de padecer un TME. Algunos de ellos en general son:

- Atender varias tareas a la vez.
- Aplicar exigencias físicas importantes.
- Disponer de muy poco espacio para trabajar con comodidad.
- Iluminación inadecuada para el trabajo que realizan (escasa, excesiva, con reflejos)
- Trabajar sobre superficies inestables o irregulares.

- Incorrecta organización del trabajo (trabajo monótono y repetitivo,
- Falta de control sobre la propia tarea,
- Ritmo de trabajo elevado,
- Falta de períodos de descanso y recuperación,
- Malas condiciones ergonómicas (Tener que alcanzar herramientas, elementos u objetos de trabajo situados muy altos,muy bajos o que obliguen a estirar mucho el brazo).
- La edad, sexo, o los hábitos, como condición individual.

Algunas medidas preventivas que se podrían aplicar para la disminución de éste tipo de lesiones podrían ser:

- Medidas formativas e informativas, como también organizativas: pausas, rotación de puestos y tareas.
- Poner a disposición del personal dispositivos mecánicos para evitar el manejo manual de cargas e instruir en el uso adecuado de los mismos.
- Mantenimiento preventivo del aparataje, mobiliario y medios mecánicos, para que funcionen correctamente.
- Disponer de condiciones ambientales adecuadas; iluminación, temperatura, ruido.
- Mejorar la calidad del suelo para los desplazamientos ,además del uso de calzado adecuado para evitar las lesiones de pies y tobillos .
- Mantener los espacios de trabajo ordenados y libres de obstáculos.
- Registro adecuado de los casos de lesiones relacionadas con el riesgo postural, los movimientos repetitivos, la manipulación de cargas o el uso de pantallas de visualización.

5 Discusión-Conclusión

Muchos de los Trastornos musculoesqueléticos se deben a problemas ergonómicos, que no se manifiestan de inmediato, de ahí la importancia de la protección y prevención tempranas, para evitar no sólo el dolor, también su cronicidad. Pueden ser de tipo óseo, articular o periarticular, dependiendo de la parte afectada. Éstas lesiones merman la calidad de vida de la persona, debido al dolor, al sufrimiento que provovan, así como a la pérdida de ingresos económicos derivada de la necesidad del trabajador de acogerse en muchos casos de forma reiterada a una baja laboral. Sin embargo, los efectos negativos de los TME no sólo se reducen al trabajador, sino que también afectan a las empresas. Casi el 24% de los

trabajadores de la Unión Europea afirma sufrir dolor de espalda, y el 22% se queja de dolores musculares. Principalmente hay que trabajar en la prevención:

1. Identificando factores de riesgo
2. Identificando las causas de exposición.
3. Evaluando los riesgos específicos.
4. Elaborando propuestas de medidas preventivas .

Actualmente cabe reseñar que gracias a los servicios de prevención de los centros de trabajo, se ha avanzado mucho en ésta materia, pero aún queda un largo recorrido por realizar.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, Ley de prevención de Riesgos Laborales.
- Scielo.
- Istat.net.
- [https:// www.insst.es](https://www.insst.es).
- www.seguridadlaboral.es.
- <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org>.

Capítulo 815

RIESGOS ERGONÓMICOS: MANIPULACIÓN DE CARGAS EN CENTROS DE TRABAJO

ARANZAZU PRADA DIAZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

NAIARA MARTIN LOPEZ

VANESA PRADA DÍAZ

1 Introducción

En los centros sanitarios suele ser muy frecuente el levantamiento de cargas por parte de todo el personal, que va desde fisioterapeutas, enfermeros, personal de mantenimiento, lavandería, cocineros....

La manipulación manual de cargas es el responsable de la aparición de múltiples accidentes laborales, que en muchos casos pueden parecer leves pero que, acumuladas provocan enfermedades en la columna y articulaciones. Se pueden producir en cualquier zona del cuerpo, pero son más sensibles los miembros superiores, y la espalda, en especial en la zona dorso lumbar. El levantar, empujar o tirar de cargas, posturas inadecuadas y forzadas son las principales causas de las lumbalgias.

- Carga: cualquier objeto susceptible de ser movido, incluyendo el traslado de personas o el transporte de animales.
- Manutención o manipulación manual de cargas: cualquier operación de transporte o sujeción de una carga por parte de uno o varios trabajadores, entendiéndose por operación el conjunto de acciones de levantamiento, colocación, empuje, tracción, transporte o desplazamiento que, por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas, entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. También es manipulación manual transportar o mantener la carga alzada, la sujeción de ésta con las manos y con otras partes del cuerpo, como la espalda, y lanzar la carga de una persona a otra.
- Manutención o manipulación mecánica de cargas: conjunto de operaciones de manutención (levantamiento, transporte, descarga) o cambio de lugar de cualquier material por métodos mecánicos, es decir, mediante equipos de manutención, tales como carretillas automotoras, puentes-grúa, accesorios y transportadores.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Informar de los riesgos generados por manipulación incorrecta de cargas.

Objetivos secundarios.

- Conocer las condiciones ideales de la carga para que su manejo no sea perjudicial para la salud del trabajador.
- Conocer los métodos para el levantamiento y el traslado.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de los artículos más relevantes relacionados con el manejo de cargas publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Pubmed. Se utilizan palabras como manejo de cargas, riesgos, procedimiento, prevención de riesgos, riesgos ergonómicos.

4 Resultados

Después de una intensa búsqueda, se encuentra multitud de información acerca del manejo manual de cargas, siendo la información más importante a tener en cuenta la siguiente:

1. Factores de riesgo:

Características de la carga. La manipulación manual de una carga puede presentar un riesgo, en particular dorsolumbar, en los casos siguientes:

- Si la carga es demasiado pesada o demasiado grande. A modo de indicación general, el peso máximo que se recomienda no sobrepasar (en condiciones ideales de manipulación) es de 25 kg. No obstante, si la población expuesta son mujeres, trabajadores jóvenes o mayores, no se deberían manejar cargas superiores a 15 kg.
- Si es voluminosa o difícil de sujetar.
- Si está en equilibrio inestable o su contenido corre el riesgo de desplazarse.
- Si está colocada de tal modo que debe sostenerse o manipularse a distancia del tronco o con torsión o inclinación del mismo.
- Si la carga, debido a su aspecto exterior o a su consistencia, puede ocasionar lesiones al trabajador, en particular en caso de golpe.

Esfuerzo físico necesario para mover la carga. Un esfuerzo físico puede entrañar un riesgo, en particular dorsolumbar, en los casos siguientes:

- Si es demasiado intenso.
- Si no puede realizarse más que por un movimiento de torsión o de flexión del tronco.
- Si puede acarrear un movimiento brusco de la carga.
- Si se realiza mientras el cuerpo está en posición inestable.
- Si se trata de alzar o descender la carga con necesidad de modificar el agarre.

Exigencias de la actividad. La actividad puede entrañar riesgo, en particular dorsolumbar, cuando implique una o varias de las exigencias siguientes:

- Esfuerzos físicos demasiado frecuentes o prolongados en los que intervenga en particular la columna vertebral.
- Período insuficiente de reposo fisiológico o de recuperación.
- Distancias demasiado grandes de elevación, descenso o transporte.
- Ritmo impuesto por un proceso que el trabajador no pueda modular.

Factores individuales. Constituyen factores individuales de riesgo:

- La falta de aptitud física para realizar las tareas en cuestión.
- La inadecuación de las ropas, el calzado u otros efectos personales que lleve el trabajador.
- La insuficiencia o inadaptación de los conocimientos o de la formación.
- La existencia previa de patología dorsolumbar.

Características del medio de trabajo. Las características del medio de trabajo pueden aumentar el riesgo, en particular dorsolumbar, en los casos siguientes:

- Si el espacio libre, especialmente vertical, resulta insuficiente para el ejercicio de la actividad de que se trate.
- Si el suelo es irregular y, por tanto, pueda dar lugar a tropiezos o bien es resbaladizo para el calzado que lleve el trabajador.
- Si la situación o el medio de trabajo no permiten al trabajador la manipulación manual de cargas a una altura segura y en una postura correcta.
- Si el suelo o el plano de trabajo presentan desniveles que implican la manipulación de la carga en niveles diferentes.
- Si el suelo o el punto de apoyo son inestables.
- Si la temperatura, humedad o circulación del aire son inadecuadas.
- Si la iluminación no es adecuada.
- Si existe exposición a vibraciones.

2. Indicaciones para la manipulación manual de carga.

El peso de la carga. En condiciones ideales no se recomienda sobrepasar el peso de 25kg. Para mujeres, trabajadores jóvenes o de edad avanzada no se recomienda manejar cargas superiores a 15 kg. En circunstancias especiales para trabajadores sanos y bien entrenados físicamente podrían manipular cargas de hasta 40kg, siempre que la tarea se realice de forma esporádica y en condiciones seguras.

El tamaño de la carga. La carga no puede ser ni demasiado alta (ya que puede entorpecer la visibilidad), ni demasiado ancha (ya que obligará a mantener posturas forzadas de los brazos) y tampoco demasiado profunda (ya que aumentará la distancia horizontal ejerciendo una mayor fuerza compresiva sobre la columna vertical) La anchura de la carga se recomienda que no supere la anchura de los hombros, unos 60 cm, y la profundidad no debe ser superior a 50 cm.

La superficie de la carga. No debe tener elementos peligrosos (elementos cortantes, tener una superficie resbaladiza, estar demasiado fría o caliente) que puedan provocar lesiones .

Posición de la carga respecto al suelo. Un factor fundamental en la aparición de riesgo por la manipulación manual de cargas es el alejamiento de ésta, del centro de gravedad del cuerpo del trabajador. Cuanto más alejada esté la carga del cuerpo, mayores serán las fuerzas compresivas que se generarán en la columna vertebral. El mayor peso teórico recomendado es de 25 kg que corresponde a la posición más favorable de la carga, es decir, pegada al cuerpo a una altura

comprendida entre los codos y los nudillos.

Giros del tronco. Viene determinado por el ángulo que forman las líneas que unen los talones con la línea de los hombros. Cuanto más grande sea el ángulo más riesgos de lesiones existirán. Hay que intentar evitar los giros ya que estos aumentan las fuerzas compresivas en la zona lumbar.

Inclinación del tronco. La manipulación de carga con el cuerpo inclinado aumenta el riesgo de lesión en la zona lumbar, por lo tanto al manipular una carga intentaremos hacerlo con la espalda recta.

Agarre de la carga. Sujetar con firmeza la carga empleando ambas manos. Dedos y manos han de extenderse por el objeto para ser levantado con la palma de la mano. Empleando solo los dedos se logra poca potencia y proporciona un agarre menos seguro.

Desplazamiento vertical de la carga. Es la distancia que recorre esta desde que se inicia el levantamiento hasta que acaba la manipulación. Lo ideal es que no supere los 25 cm. Son aceptables los que se producen entre la altura de los hombros y la altura de media pierna. Se deben evitar los que se hagan fuera de estas alturas o por encima de 175 cm, que es el límite de alcance para muchas personas.

Frecuencia de la manipulación. Cuando la manipulación manual de cargas se hace frecuentemente el trabajador experimenta fatiga física que hace que aumente la probabilidad de sufrir un accidente.

Transporte de la carga. Lo ideal es que el traslado de la carga no implique más de 1 m. Los transportes de más de 10 m implican grandes demandas físicas para el trabajador, ya que implica un gasto metabólico alto.

Fuerzas de empuje y tracción. No se aplicará de manera adecuada cuando se hace por debajo de la altura de los nudillos o por encima del nivel de los hombros.

Pausas o períodos de recuperación. Es conveniente realizar pausas y también rotación de tareas para trabajar distintos grupos musculares.

Ritmos de trabajo. Lo ideal sería que el trabajador pudiera regular su ritmo de trabajo en la manipulación de cargas.

3. Procedimiento general del levantamiento de cargas.

Planificación del levantamiento. Seguir las indicaciones indicadas en el embalaje

sobre posibles riesgos. Observar la carga, su tamaño, peso, zonas de agarre, puntos peligrosos. Si el peso fuese excesivo pedir ayuda o utilizar medios mecánicos.

Colocación de los pies. Separar los pies colocando un pie más adelantado que el otro.

Postura de levantamiento. Doblar las piernas, la espalda recta y mentón metido, no girar el tronco ni adoptar posturas forzadas.

Agarre firme. Sujetar la carga empleando ambas manos y mantener la carga pegada al cuerpo.

Levantamientos suaves. Alzarse con suavidad, por extensión de las piernas, no dar tirones ni moverla bruscamente.

Carga pegada al suelo.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia que todos los trabajadores tengan la información suficiente y adecuada para el manejo manual de cargas ya que ayuda a una correcta ejecución y como consecuencia ayuda a eliminar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

6 Bibliografía

- <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org>
- <http://ergodep.ibv.org/>
- <https://www.who.int/>
- <https://www.uma.es/>
- Real Decreto m487/1997 de 14 de Abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Capítulo 816

LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO: VISIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

NAZARET CORDERO GARCÍA

1 Introducción

Innumerables son las definiciones del proceso de envejecimiento pero sin duda todas recaban la visión global de la definición de envejecimiento como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.

Obvio es que estos cambios no son producidos de una manera repentina por el hecho de cumplir una determinada edad, por ello es importante recalcar la importancia del componente individual de la persona.

2 Objetivos

- Conocer las teorías más relevantes del envejecimiento desde la visión del trabajo social sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática sobre la materia objeto de estudio en base de datos como "Dialnet".

Los descriptores utilizados han sido: "Teoría", "Envejecimiento", "Social".

4 Resultados

El envejecimiento pertenece a nuestro ciclo vital, con sus rasgos característicos. Nuestra sociedad debe estar preparada para dar respuesta a las nuevas situaciones que conlleva esta etapa de nuestro procedimiento vital, favoreciendo el proceso adaptativo al medio que nos rodea y a las circunstancias de nuestra propia existencia.

Entorno al envejecimiento existen innumerables teorías pero podrían encuadrarse en dos grandes grupos. Por un lado, en aquellos autores que defienden la predisposición genética mientras que para el otro grupo, el envejecimiento está interrelacionado con el concepto de deterioro.

Alguna de las teorías de mayor trascendencia son:

- Teoría del reloj biológico.
- Teoría del agotamiento del material genético.
- Teoría autoinmune.
- Teoría del colágeno.
- Teoría endocrina.
- Teoría de los radicales libres.

5 Discusión-Conclusión

En el envejecimiento existen cantidad de cambios tanto a nivel físico como a nivel psicológico, pero sin duda uno de los cambios más característicos del envejecimiento es el cambio en nuestro rol social. Para explicar estos cambios existen diferentes teorías como son:

- Teoría de la subcultura. Esta teoría afirma la generación de una subcultura cuando miembros de un mismo grupo de edad interactúan. Esta subcultura nace a raíz de la que se establece entre un número de personas mayores de 65 años que aún se mantienen saludables y activas como para interactuar entre sí.
- Teoría de la ancianidad como grupo minoritario. En nuestra sociedad, las personas mayores sienten la necesidad de formar una minoría basada en los estereotipos generados.
- Teoría de la estratificación social. Establece la base de la explicación de los niveles de desigualdad que existen entre ancianos y jóvenes en la sociedad.
- Teoría del medio social. Esta teoría establece que el comportamiento de la persona mayor está condicionado por factores biológicos y sociales imperantes en su medio ambiente.

6 Bibliografía

- Rose A. The subculture aging a framework for research in social gerontology. 1th. Ed. Philadelphia: Davis; 1965.
- Streib E. Are the aged a minority group?. N.York: Free Press; 1965.
- Riley M., Jhinson J. Aging and Society. Vol.3 . New york: Rusell Sage Foundation: 1972.
- Gubrium J. Toward a socio environmental theory of againg. 12 ed. The gerontologist. 1972.

Capítulo 817

MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: IMPLICACIONES Y APORTACIONES DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

EMMA CABEZA VALDÉS

INES GARCÍA LAMUÑO

1 Introducción

El estudio de este trabajo es conocer qué aportaciones e implicaciones hace la disciplina de terapia ocupacional con respecto al modelo de atención centrada en la persona. Para ello se realiza un estudio de investigación correlacional. Es necesario por tanto realizar una contextualización tanto del modelo de atención centrada en la persona como de la terapia ocupacional con el fin de poder establecer la correlación entre ambas.

1. Descripción y bases teóricas del modelo de atención centrada en la persona. Las enormes transformaciones que están aconteciendo en la sociedad contemporánea tienen y tendrán cada vez más en el futuro una clara incidencia en la evolución y rediseño de las políticas sociales, entre ellas las que tratan de ofrecer respuestas más acordes a la creciente necesidad de atención que, paradójicamente, avanza con el progreso social. Fenómenos como el incremento progresivo de la esperanza de vida, la incorporación masiva de la mujer a la vida sociolaboral, la globalización, la revolución tecnológica, los avances en materia de igualdad, el proceso de individualización, la emergencia del sujeto y la conquista de nuevos

derechos civiles y sociales, están entre los factores que, entremezclados, abocan a la necesidad de redefinir los modelos clásicos de atención a personas mayores y personas con discapacidad, especialmente cuando se encuentran en situaciones de fragilidad o de dependencia.

Los modelos clásicos de atención, en ocasiones denominados modelos de atención centrada en los servicios, vienen determinados por procedimientos uniformes derivados de necesidades asociadas a clasificaciones de enfermedades y grados de dependencia y por condicionantes. (Rodríguez, P.R. 2012)

Por todo ello, en los últimos años se aprecia un interés creciente, en el sector de servicios de atención a personas mayores y con discapacidad, por la Atención Centrada en la persona (en adelante ACP).

Aproximación conceptual y definiciones de la ACP.

El término ACP no es fácil ni uniforme, no viene siendo utilizado desde una única aceptación o significado (Morgan y Joder, 2011). Hay una fuerte tendencia a interpretarlo de maneras diferentes, según sean las personas y los contextos. Para algunos significa atención individualizada y de calidad, para otros es una base de valores. En cualquier caso, aplicar la atención centrada a la persona implica reconocer la singularidad y unicidad de la persona y fijar la mirada en sus capacidades frente a aquello que la hace dependiente, apoyando su autodeterminación.

Según Martínez (2011), se pueden distinguir, al menos, tres tipos de usos de la ACP: como enfoque, como modelos que lo conceptualizan y como metodologías de intervención acordes.

La ACP, como enfoque, comprende un conjunto de principios o enunciados que orientan la atención dispensada desde distintos niveles: organización, servicios o profesionales. Entre estos principios figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el necesario conocimiento de las biografías, la apuesta porque las personas mayores, aun precisando cuidados puedan tomar decisiones sobre su atención y controlar su vida cotidiana, o la importancia del entorno (espacio físico, cuidadores y organización) para empoderar a las personas proporcionando los apoyos que lo permitan (Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan, 2003; McCormack 2004). Enfoque que los países más avanzados en políticas sociosanitarias (Reino Unido, Países Nórdicos, Canadá, Francia, Australia o Estados Unidos, entre otros) han señalado como elemento clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores.

Martinez (2013) resume este enfoque de atención en un decálogo, conocido como Decálogo de la ACP.

- Todas las personas somos iguales en dignidad y derechos.
- Cada persona es única.
- Quienes presentan una grave afectación cognitiva, también tiene derecho a ejercer su autonomía (asistida o indirectamente).
- Todas las personas tienen fortalezas y capacidades y pueden desempeñar un rol valioso en función de su edad y circunstancias contextuales.
- El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de todos y de manera especial, en la personas en situación de dependencia.
- La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas que precisan cuidados de larga duración.
- Todos somos interdependientes y necesitamos relacionarnos y participar en todos los ámbitos.
- Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.
- La biografía es la concreción esencial de la singularidad y ayuda a proyectar los planes futuros.
- Todas las personas adultas tienen derecho a controlar y dirigir su propia vida.

La ACP también se puede interpretar como un modelo de atención para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, situando el centro de atención en la persona. (OMS)

Como metodología de intervención se define como una metodología facilitadora para que la propia persona con discapacidad, sobre la base de su historia, capacidades y deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida. Para ello puede ser necesario, si la persona presenta una grave afectación, el ejercicio de la autodeterminación de forma indirecta, es decir mediada por otros, ofreciendo un grupo social referencial así como los apoyos precisos. (Martínez, 2011)

A pesar de no haber un significado único, uno de los primeros en conceptualizar el término ACP fue Kitwood (Kitwood y Breiding, 1992; Kitwood, 1992, 1993, 1997) quien acuñó el concepto ACP en personas con demencia. Brooker (2013), discípula de Kitwood, conceptualiza la ACP en personas con demencia con la fórmula VIPS, haciendo referencia a los cuatro elementos constitutivos de la misma en personas con demencia, donde la V hace referencia al conjunto de valores que reivindica el valor absoluto de toda vida humana, independientemente de la edad y capacidad cognitiva; la I hace referencia a un enfoque individualizado

que reconoce la singularidad de la persona; la P se corresponde con la manera de interpretar el mundo desde la perspectiva de la persona; y la S hace referencia a proporcionar un entorno social que satisfaga las necesidades psicológicas. (Brooker, 2013).

Posteriormente, y siguiendo en el ámbito de la gerontología, Rodríguez, P. (2010) define la ACP como “la atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”.

Orígenes y Fundamentos de la ACP.

El origen de la ACP se pueden enmarcar en la corriente humanista del siglo XX, que considera que el ser humano es más que la suma de sus partes, lleva a cabo su existencia en un contexto humano, es consciente, tiene capacidad de elección y es intencional. (Martínez, 2015).

Esta corriente humanista fue desarrollada por Carl Rogers (1942), quien propuso un nuevo enfoque psicoterapéutico en el que se asientan las bases de la “terapia basada en el cliente”, caracterizada por la confianza radical en la persona y el rechazo al papel directivo del terapeuta. (Martínez, 2015). Es la persona la que dirige la intervención y el terapeuta es un mero acompañante en el proceso, dejando de lado el papel dirigente sobre la vida de la persona.

Por otro lado, es importante destacar la presencia de dos dimensiones cuya aplicación consigue mejorar la calidad de vida de las personas y la optimización del funcionamiento de los recursos. (Rodríguez, P., Vilá y Mancebo, A., 2014):

- La atención integral es aquella que se logra cuando se contemplan de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y las necesidades ajenas a los mismos: aspectos biomédicos, cognitivos, comportamentales y de personalidad, rol y entorno.
- La atención centrada en la persona, es la centralidad y preponderancia que adquiere la persona, que se configura como referente y motor del proceso de atención. Lo que se plantea desde este enfoque es que el plan de atención y apoyos se elabore con la participación activa de la persona, favoreciendo que, además de los tratamientos relacionados con su salud, se busquen la preservación y estimulación de la autonomía moral y mantener el control de su propia vida. (Rodríguez, P., et al. 2014).

Para alcanzar una adecuada atención integral y centrada en la persona, en la

transformación de un servicio de atención clásica hacia un modelo de ACP se enfatiza en el cumplimiento de un conjunto de principios (relativos a las personas, su dignidad y sus derechos) que definen la necesidad de intervención y colocan a la persona en el centro. (Rodríguez, P., Bermejo, L., Marín, J.M., Valdivieso, C., 2011; Rodríguez, P., et al., 2014).

El enfoque ACP se ha visto enriquecido desde aportaciones que proceden de tres fuentes: las declaraciones y consensos internacionales sobre cómo favorecer un envejecimiento positivo, la ética y el conocimiento científico.

La ACP se alinea con las normativas nacionales e internacionales que pretenden destacar el respeto a la dignidad y la protección de derechos como la intimidad, la autonomía moral o la inclusión social. En este sentido cabe recordar la Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas 1948), los Principios a favor de las personas de edad (OMS 1991), el modelo social de la discapacidad y Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF (2001), el modelo de Envejecimiento Activo (OMS 2002), la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas 2006) o la Carta europea de derechos y deberes de las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración y asistencia (AGE y EDE, 2010).

Cabe también destacar que la ACP toma como referente esencial la bioética (Beauchamp y Childress, 1979; Gracia, 1989, 1991) y sus principios (beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y justicia) cuya principal finalidad es asegurar el respeto a la igual dignidad evitando discriminaciones y situaciones de abuso y daño en cuidados de larga duración (en adelante CLD). (Goikoetxea M., 2014).

Un aspecto ético que toma especial relevancia dentro de la ACP es la dignidad, entendida como el valor interno que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo. Quien tiene dignidad exige ser tratado con consideración y respeto. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados, como están de razón y conciencia (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948). La igualdad en dignidad también es reconocida en la propia Constitución Española y en múltiples normas como son la Ley 14/1986, de 25 de Abril, general de Sanidad y Ley 4/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente de derechos y obligaciones en materia de información. (Goikoetxea M., 2014).

Además hay que subrayar que la ACP se fundamenta en aportaciones basadas en

la evidencia científica como las que proceden de los modelos de envejecimiento exitoso o competente (Rowe y Kahn, 1987; Baltes y Baltes, 1990), los modelos que incluyen variables psicosociales como antecedentes de la dependencia (Baltes y Wahl, 1991; Little, 1988), los modelos ecológicos (Bronfenbrenner, 1979; Kahana, 1975; Lawton 1975; Moos, 1974; Fernández-Ballesteros, 1987) o los modelos de calidad de vida (WHO, 1996; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996, 1997; Schalock y Verdugo, 2002, 2003).

Para hacer factibles los derechos ya promulgados, así como las propuestas de la comunidad científica y de los Organismos Internacionales, que se han descrito así como la atención integral centrada en la persona, a la que hemos hecho referencia, es necesario propiciar un cambio de paradigma en la atención desde el modelo clásico hasta un nuevo modelo de ACP que se útil para las personas que requieren apoyo para mejorar su autonomía personal (entendemos la misma como autonomía moral o decisoria) y mejorar la independencia funcional.

Para lograr este cambio de paradigma hacia el modelo ACP (en adelante MACP), se enfatiza un conjunto de principios, relativos a las personas, su dignidad y sus derechos, que definen la necesidad de intervención y colocan a la persona en el centro. (Rodríguez, P., Bermejo, L., Marín, J.M., Valdivieso, C., 2011; Rodríguez, P., Vilá y Mancebo, A., 2014).

Principios rectores de la atención centrada en la persona.

Los principios sientan la filosofía de la intervención y colocan a la persona en el centro de la atención. En consecuencia, la persona y sus derechos pasan a constituirse en el eje alrededor del cual deben girar tanto el sistema organizativo como el saber profesional y las intervenciones que se desarrollen. Los criterios, que han de estar impregnados de valores éticos en todo el proceso de intervención, constituyen la metodología que hace posible el cumplimiento de los principios.

Los principios y criterios se reclaman recíprocamente. Los criterios tienen que ver con una correcta praxis profesional basada en evidencia científica, con la calidad de los programas y con la idoneidad de los apoyos que se determinen para hacer posible el cumplimiento de los principios sustentadores, puesto que éstos son los que rigen, como hemos citado, la filosofía del modelo.

Tal y como podemos observar, los fundamentos de la ACP como modelo de atención proponen conseguir mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y sus derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. (Martínez, 2013).

Principios y criterios que fundamentan el modelo ACP. (Rodríguez, P., 2013). Principios - Criterios que lo sustentan:

- Autonomía - Diversidad
- Participación - Accesibilidad e interdisciplinariedad
- Integralidad - Globalidad
- Individualidad - Atención personalizada y flexibilizada
- Inclusión Social - Proximidad y enfoque comunitario
- Continuidad de la Atención - Coordinación y convergencia

Es por ello por lo que cabe hacer una reseña acerca de lo qué es la calidad de vida y sus dimensiones.

Modelo de Calidad de vida.

Originariamente la calidad de vida (en adelante CV) se entendía como un enfoque sociológico descriptivo de realidades observadas cuya finalidad consistía en comparar y valorar situaciones diferentes. Progresivamente, la psicología y otras disciplinas comenzaron a utilizar el concepto para aplicarlo al análisis de las condiciones de vida de las personas con discapacidad. (Verdugo M.A, 2014)

Como desarrolla Verdugo (2010), el constructo de CV, como se ha indicado, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo entendiendo CV como:

1. CV: Calidad de las condiciones de vida de una persona.
2. CV: Satisfacción de una persona con sus condiciones de vida.
3. CV: Combinación de componentes objetivos y subjetivos.
4. CV: Combinación de condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderada por los valores, aspiraciones y expectativas personales.

Derivado de las experiencias prácticas del uso del concepto de CV, comenzó a proyectarse un modelo de actuación general en el ámbito de los servicios sociales, la salud y la educación (Sharlock y Verdugo, 2003, 2013).

Existen grandes aportaciones teóricas sobre CV de diversos autores, que la consideran como un concepto multidimensional, resultando de la articulación de diversas áreas.

Según Sharlock y Verdugo (2013), la definición de CV individual se entiende hoy como “Un estado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y el valor que se les atribuye. La evaluación de

las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto al que se aplica.

Cuando las necesidades personales están satisfechas y existe la posibilidad de desarrollar una vida plena en múltiples facetas, con oportunidades diversas, es cuando podemos hablar de calidad de vida". (Verdugo, M.A., 2014).

Para estos autores la CV consta de 8 dimensiones que son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión Social y derecho.

Como cita Martínez (2010), es importante destacar los trabajos desarrollados por Fernández- Ballesteros y Zamarrón sobre CV en la vejez. El modelo desarrollado por estas autoras, incorpora elementos personales objetivos y subjetivos: salud (objetiva, subjetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, capacidad económica y servicios sociales y sanitarios.

En coherencia, para lograr la CV según los fundamentos del MACP, es necesaria una buena praxis donde los y las profesionales de atención directa, además de proteger a las personas y atender sus necesidades diversas, se convierten en "empoderadores" de las personas. Una buena praxis profesional donde el entorno y la provisión de apoyos ejercen un papel primordial. Los entornos hogareños y accesibles, las actividades significativas, las relaciones familiares y sociales, la cercanía a la comunidad y la flexibilidad organizativa se convierten en elementos imprescindibles para el desarrollo del MACP y en consecuencia para lograr la CV de las personas con las que se lleve a cabo la intervención. (Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P., & Sancho, M., 2015).

La importancia de las actividades significativas como elementos imprescindibles para el desarrollo y la calidad de vida de las personas.

Desempeñar actividades puede sugerir una importante estrategia para mejorar la CV de las personas que las desempeñan. Por lo que es importante diseñar actividades que, sin perder su carácter terapéutico, las personas las sientan como algo significativo. (Martínez T., et al., 2015).

Las actividades significativas se caracterizan porque la persona tiene un conocimiento sobre ellas, conocen su finalidad y aprecian su sentido, así cómo participan voluntariamente en su elección y diseño. Son actividades flexibles, que adaptan a las características, preferencias y ritmos personales, que tienen que ver

con lo que la persona le importa o le interesa, se sintonizan con su bibliografía, resultan cercanas a sus gustos y preferencias, incluyen elementos que refuerzan su identidad, se integran en su vida cotidiana y potencian la relación social. Estas actividades deben de permitir el visibilizar las capacidades del quien las realiza, haciéndoles sentir personas competentes, fomentando su creatividad y permitiendo su desarrollo personal. (Martínez T., et al., 2015).

Existen diversos estudios realizados por entidades como la Fundación Matía en los que a través de una visión cualitativa, además de contribuir a los objetivos con el modelo tradicional en relación a las actividades de la vida diaria, se constatan son los siguientes objetivos:

- La importancia de lo cotidiano y las rutinas: Con el envejecimiento y la pérdida de capacidades (ya sea real o percibida por la persona) el desempeño de tareas de nueva incorporación en la vida de la persona, pueden desencadenar estados de confusión y de pérdida de control, es en este momento cuando cobra relevancia la actividad cotidiana y los hábitos (lo regular, lo que se repite).
- El espacio y lo cotidiano: El espacio doméstico como lugar de relación, representa un espacio donde se construye la identidad de la persona.
- La lucha por la autonomía: Las personas refieren una lucha constante por mantener el control sobre el desempeño de tareas sin ayuda. Tener obligaciones sostiene al individuo en su conexión con su vida. Uno es lo que hace, de ahí que la actividad esté unida a la identidad y biografía.
- Reconocerse en la actividad: La continuidad de los proyectos es la continuidad con la vida. (Sancho M., y Yanguas J., 2014).

Teniendo en cuenta todos los aspectos que hasta ahora se han mencionado sobre la consideración terapéutica de la ocupación, es importante destacar que las intervenciones deben cubrir las necesidades asistenciales de la persona, pero también deben contemplar objetivos terapéuticos, recreativos y socializadores.

Lograr una adecuada combinación entre cuidado, actividades estimulativas y apoyos es clave para llegar a cubrir las necesidades de atención de las personas, así como favorecer el mayor grado de independencia y autonomía posible. Se debe conseguir que el centro sea un espacio estimulativo, evitando programaciones estáticas y miméticas, de manera que las propuestas de acomoden siempre a las necesidades y preferencias de las personas. (Martínez, 2010).

La ocupación se encuentra siempre en el ambiente, es influenciada por éste y toma significado a través de su contexto físico y sociocultural.

Las características físicas de un centro de atención diurna deben permitir y contribuir a espacios adaptados a las necesidades de las personas (funcionales, conductuales y relacionales), espacios estimuladores, proveedores de apoyos y propiciatorios de las relaciones interpersonales. Deben cumplir con las siguientes dimensiones: accesibilidad, orientación, seguridad, estimulación sensorial, y confortabilidad. (Martínez, 2010).

Por todo ello, hemos de resaltar la importancia del ambiente para el desempeño de una ocupación, ya que se considera el entorno como elemento clave para la promoción de la independencia y generador de bienestar para la persona.

Aportaciones de diferentes disciplinas sanitarias a la ACP.

Como asegura Martínez (2016), las principales disciplinas que han realizado grandes aportaciones a la ACP son la medicina, enfermería y terapia ocupacional. Martínez, asegura que en primer lugar, desde la medicina se han realizado aportaciones en la relación “médico-paciente”, la que posee su origen en la “medicina centrada en el paciente”, la cual era una clara contraposición a la medicina centrada en la enfermedad.

Entre los elementos clave de la Medicina Centrada en la Persona se encuentran: un amplio marco teórico biológico, psicológico, social, cultural, y espiritual; la atención tanto a la salud enferma como a la salud positiva; la investigación centrada en la persona sobre el proceso y resultados de la comunicación clínico-paciente-familia, el diagnóstico, el tratamiento, la prevención, y la promoción de la salud; el respeto por la autonomía, responsabilidad y dignidad de cada persona involucrada, y la promoción de alianzas. (García, J.A.; 2014).

En segundo lugar, Martínez, referencia que desde la enfermería también se ha enfatizado en la ACP con la finalidad de mejorar los cuidados.

Nolan (2001) desarrolló un marco teórico donde se integran los agentes que forman parte del proceso asistencial: la familia, la persona mayor y los profesionales. Además en este modelo, se enuncian una serie de necesidades que en el caso de no ser satisfechas se podría incurrir en complicaciones en los cuidados. Son: seguridad, sentido de pertenencia, percepción de continuidad, sentido de utilidad, sensación de logro o progreso y comprensión de lo que sucede.

McCormack (2004) propone distintos componentes de la ACP aplicados desde la enfermería a los cuidados de las personas mayores: un enfoque humanístico, la relación de cercanía y confianza entre la enfermera/o y el paciente; el acer-

camiento a la biografía del paciente; tener en cuenta los valores de la persona y los significados que ésta da a la salud y contemplar las habilidades y fortalezas de la persona.

Walker & Avant (2005) citan los principales atributos de lo que implica una enfermería centrada en el paciente: enfoque holístico, atención individualizada, respeto (reconociendo la competencia para que la persona tome sus decisiones) y empoderamiento (generando confianza en uno mismo y autonomía). (Martínez 2016).

Si bien, ambas disciplinas realizan aportes interesantes a la ACP, la terapia ocupacional, ocupa un lugar principal como disciplina a la hora de desarrollar e implementar el MACP, motivo por el cual se plantea como objeto de estudio de este TFM la complementariedad y aportaciones de la misma al MACP.

2. Terapia ocupacional y la atención centrada en la persona.

No existe una única definición de terapia ocupacional (en adelante, TO), cada sociedad profesional, cada escuela de formación e incluso los propios profesionales de manera independiente, ofrecen una definición propia de TO. Sin embargo, existen definiciones reconocidas por todos, entre ellas vamos a destacar tres, la de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (en adelante, AOTA) por ser la más conocida y difundida, la de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) y la de la Organización Mundial de la Salud, por la relación que guardan con el MACP.

La Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA) (1986) la define como “La Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.

Por otra parte la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) dice:

“La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación”.

En todas las definiciones podemos observar cómo la TO el uso de las actividades significativas u ocupación como herramienta principal de los terapeutas ocupacionales, los cuales utilizan las actividades significativas como medio terapéutico con el objetivo de lograr bienestar, independencia y CV en las personas.

Las bases del conocimiento de TO derivan de las aportaciones de ciencias como la biología, la psicología y las ciencias médicas, así como el propio análisis y estudio de las ocupaciones y su relación con los seres humanos. (Durante, P., Moruno, P., 1998).

Según Wilcock y Townsend, 2008, “Toda persona necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse con la ocupación que necesite y seleccione para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar”. Este es el objetivo de TO.

El terapeuta ocupacional colabora con la persona, no hace por la persona, el terapeuta analiza la interacción dinámica entre la persona, su medio ambiente y la ocupación. Por tanto podemos decir que la TO es un proceso de empoderamiento, de fortalecimiento, entendiendo como tal, aquellos procesos personales y sociales que transforman las relaciones visibles e invisibles para que el poder sea compartido de una forma más igualitaria. (Sánchez, A. I. C., 2010).

La ocupación como base de la existencia de la terapia ocupacional.

La Asociación Nacional de Promoción de la Terapia Ocupacional, aprobada en marzo de 1917 en Estados Unidos, establece como objetivo: “la promoción de la ocupación como medio terapéutico, el estudio de los efectos de la ocupación sobre el ser humano y el conocimiento científico”, constituyendo de esta manera la ocupación como una de las claves de la existencia de TO.

Según Durante (2001) el doctor Dunton Jr dijo: “..la ocupación es tan necesaria para la persona como el comer y beber. Todo ser humano debe tener ocupación física y mental. Todas las personas han de tener ocupaciones en las que participar o distraerse. Éstas son las más necesarias cuando la evocación está apagada o es poco grata. Las mentes, los cuerpos y las almas enfermas pueden sanar a través

de la ocupación.”. Esto nos dirige hacia la idea de que el sentido de la TO descansa tanto en la persona como en su necesidad de desempeñar actividades para él y para el mundo al que pertenece. (López, B. P., Molina, P. D., & Arnaiz, B. N., 2001).

Según Wilcock y Townsend, 2008, “La profesión de TO usa el término de ocupación para capturar la esencia y significado de actividad diaria. La TO está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar. El compromiso con la ocupación como el foco de la intervención de la TO incluye el aspecto tanto subjetivo (emocional y psicológica) y objetivo (físicamente observable) de los aspectos del desempeño. Los profesionales de la TO comprenden el compromiso de esta dual y holística perspectiva y dirigen o manejan todos los aspectos del desempeño cuando brindan la intervención.”

Según Kielhofner G. (2004), los valores y creencias de la TO acerca de la ocupación son:

- Da significado a la vida.
- Es un determinante de la salud y el bienestar.
- Organiza el comportamiento.
- Cambia a través de la vida.
- Da forma y es moldeada por el medio ambiente.
- Posee valor terapéutico.

La importancia de la ocupación en TO llevó a elaborar diversas teorías de la ocupación hasta que en 1981, Yerxa sugirió desarrollar un ciencia básica sobre la ocupación humana, que fue llevada a cabo por la Universidad de California en 1989. La ciencia de la ocupación se define como una ciencia social derivada de la TO cuyo objetivo es el estudio del hombre como ser ocupacional y de cómo los seres humanos llegan a comprender el sentido de su vida a través de la actividad encaminada al logro de objetivos.

El desempeño ocupacional de actividades empoderadoras, integradoras, con sentido, con significado implica que la persona tenga una conexión entre el pasado, presente y futuro, mantenga el control sobre su vida y se refuerce de manera positiva el bienestar físico, psico-emocional y social, favoreciendo la calidad de vida.

Desde TO, este proceso de crecimiento y conexión entre la actividades del presente, pasado y futuro, se denomina “génesis ocupacional”, quién describe el proceso adaptativo evolutivo en el cual los seres humanos se dedican a realizar ac-

tividades propositivas que son significativas para sus vidas, su mundo y sus experiencias. La génesis ocupacional destaca la productividad de los seres humanos en la que ellos se dedican/ocupan a/en una labor adaptativa significativa durante sus vidas. (López, B. P., et al. 2001).

Por todo ello, describiremos a continuación la ocupación como herramienta esencial de los TO, la persona como ser ocupacional y el entorno como elemento donde se llevan a cabo las ocupaciones y que tiene especial relevancia en el desarrollo de las mismas.

Ocupación

Desde TO se entiende por ocupación al grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural para las personas. La ocupación está determinada por la cultura y promueve la participación en la sociedad. (Rivero, M. B. 2008). Desde la antigüedad la ocupación ha sido considerada como medio terapéutico, desde que chinos y egipcios la consideraran un método para restablecer la salud, (Durante, P., Moruno, P., 1998) hasta el momento actual.

La ocupación supone la principal herramienta de la TO, y el uso de esta se encuentra bajo el paradigma de la ocupación, el cual considera que la ocupación genera bienestar y posee especial interés para la persona.

La ocupación es un término esencial en TO cuyo uso como herramienta terapéutica para modificar el estado de salud y alcanzar una mayor CV es el elemento que nos distingue claramente de otras disciplinas rehabilitadoras. Una creencia básica en TO es que cuando las personas se implican y comprometen con la ocupación su experiencia vital se enriquece. En la medida en que el desempeño ocupacional promueve la independencia funcional, la autonomía decisoria y el desarrollo personal, las relaciones sociales, los lazos afectivos y el sentimiento de pertenencia a una cultura, aumenta el bienestar, la CV y la salud. (Moruno, 2006).

En referencia a esta relación ocupación y salud, existen dos tipos de relaciones diferentes: (Miralles & Ayuso, 2004).

1. La ocupación puede constituirse en una forma de dar sentido, significado a la existencia, en un vehículo simbólico que incide, cómo no, en el bienestar psicológico y, quizá también, espiritual del ser humano.
2. La realización de una determinada ocupación "en la que estén implicadas determinadas capacidades, destrezas o aptitudes", puede utilizarse como medio para el mantenimiento, mejora y recuperación de las estructuras corporales y las funciones psicológicas.

El desempeño ocupacional como tal, se configura como un mecanismo de adaptación a través del cual la persona satisface sus necesidades vitales y los requerimientos sociales de su comunidad, favoreciendo de esta manera su integración y participación activa en el entorno social y el cultural al que pertenece. Por tanto podemos decir que el desempeño ocupacional es un elemento capital en el bienestar psicológico y el social de la persona.

Es importante reseñar que para la utilización de la ocupación como herramienta terapéutica, es imprescindible analizar las actividades. Este análisis constituye el razonamiento clínico de los terapeutas ocupacionales y es la base para adaptar y graduar las actividades utilizadas en el tratamiento. Se trata de un proceso en el que se calibran las propiedades intrínsecas de una determinada actividad, tarea u ocupación respecto a su utilidad para motivar al paciente y satisfacer sus necesidades ocupacionales (Llorens, 1993).

Según Molina, en (López, B. P., Molina, P. D., & Arnaiz, B. N. 2001), el análisis de la actividad es el proceso de separar cualquier tarea en sus partes constituyentes. Sea cual sea el método utilizado, para este análisis el terapeuta ocupacional debe de ser capaz de:

- Comprender las cualidades inherentes encontradas en las actividades intencionadas y el efecto sobre la salud de la persona al participar en las mismas.
- Expresar las actividades en términos descriptivos, separando las acciones utilizadas para ejecutarlas en la correspondiente secuencia de tareas.
- Analizar una actividad en función de las destrezas requeridas para ejecutarla y de las áreas de ejecución ocupacional relacionadas con su realización.
- Describir los requerimientos físicos, psicológicos y ambientales para la ejecución de una actividad, incluidas las precauciones y/o contraindicaciones y los criterios aceptables para determinar una realización satisfactoria de la misma.
- Formular medios alternativos de ejecutar una actividad de forma aceptable mediante la adaptación o modificación del equipo, del entorno o la actividad.
- Seleccionar las actividades que satisfagan las necesidades específicas de una persona concreta.

El terapeuta ocupacional se centra sobre una actividad desde dos direcciones específicas: cómo se ejecuta normalmente y cómo es ejecutada por la persona en concreto puesto que en muchas ocasiones la actividad requiere ser evaluada y reestructurada para colocarla al nivel de capacidad de la persona. La influencia del entorno y una comprensión holística de la persona determinará la elección final de la actividad y el grado de satisfacción de la persona.

Las principales características que deben cumplir las actividades u ocupaciones en la TO son:

- Cada actividad debe tener un propósito específico.
- La actividad debe ser significativa para el usuario.
- La actividad debe estar destinada a mejorar la calidad de vida de la persona.
- El individuo ha de determinar la actividad.
- La actividad debe reflejar las tareas que la persona desarrolla en su vida cotidiana.

Este tipo de actividades deben ofrecer placer a la vez que proporcionar bienestar físico, psicológico y social. Deben hacer sentir al individuo a gusto, capacitarle para expresarse, relacionarse con otros y permitirle ganarse la vida en la sociedad. (Durante, P., Moruno, P., 1998).

Persona.

Desde la TO se considera a las personas como seres ocupacionales, entendiendo que la naturaleza ocupacional es una de las características que nos hace humanos. La ocupación desempeña un papel central en la vida de las personas, es una necesidad vital. Necesitamos participar en actividades creativas, productivas y lúdicas y nos desarrollamos al hacerlo.

La TO tiene una visión holística del ser humano, al que concibe como una realidad física, emocional, cognitiva, social y cultural. Por lo tanto, a la hora de la planificación del tratamiento desde terapia TO, se analizan todas estas variables, puesto que influyen directamente sobre la realización de ocupaciones.

La persona es un sujeto activo en la intervención desde TO, por tanto necesitamos su participación activa en el tratamiento. La persona es por tanto el eje central de nuestra intervención.

Entorno.

La ocupación es entendida como interacción entre el ser humano y su medio. El comportamiento ocupacional es siempre un comportamiento medioambiental.

Según la CIF, el entorno se define como el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

Desde el marco de trabajo de la AOTA se entiende el entorno como la variedad de condicionantes interrelacionados dentro de la circunstancias de cada persona y que afectan al desempeño. El entorno puede ser externo a la persona (p. ej., el entorno físico, social o virtual) y/o interno (personal o espiritual).

Desde TO es importante llevar a cabo la adaptación y modificación del entorno (tras un análisis de todas las dimensiones de éste) donde la persona lleva a cabo su vida cotidiana, no sólo el entorno físico sino el social y el actitudinal. El control sobre el entorno es fundamental ya que juega un papel protagonista en el desempeño de ocupaciones.

Referentes de la terapia ocupacional afines a la atención centrada en la persona. Con la finalidad de contextualizar la visión de la terapia ocupacional afín a la ACP, es necesario realizar un recorrido a lo largo del desarrollo del conocimiento de esta disciplina. Su evolución tiene lugar a lo largo de 4 paradigmas: el pre-paradigma del tratamiento moral, el paradigma de la ocupación, el paradigma mecanicista y el paradigma contemporáneo.

- Pre-Paradigma del tratamiento moral: Durante los s. XVIII y XIX tuvo lugar el desarrollo del tratamiento moral cuya principal premisa era la participación en tareas y eventos diversos de la vida cotidiana para restituir a la persona un funcionamiento más saludable y satisfactorio.

Se centraba en el tratamiento de personas con enfermedad mental y consideraba que éstas conservaban cierto grado de autodeterminación.

Phillipe Pinel, considerado el padre del “tratamiento moral” y “liberador” de los locos, en 1700 reubica la locura dentro de la dimensión humana: si queda algo de razón en cada loco, es porque el loco sigue siendo un ser humano. (García, J., 2012) En el Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, fundado en 1425 por Alfonso V de Aragón, llamado ‘el Magnánimo’, es donde Pinel insta un régimen abierto para los pacientes y aparece por primera vez descrito el tratamiento por medio de ocupaciones o trabajos, (Heredia-Torres, M, P., Brea-Rivero, M., Martínez-Piédrola, R.M., 2007). Esto constituye el anticipo práctico de toda una corriente doctrinal especialmente respetuosa con la libertad y la dignidad de la persona, aspectos fundamentales y rectores de la ACP.

- Paradigma de la ocupación: Desarrollado a comienzos del s.XX. Este paradigma considera que las capacidades del cuerpo y la mente se mantienen por medio del desempeño de ocupaciones que proveen un sentimiento de interés, valor, logro y desafío, donde podemos diagnosticar rasgos comunes a las ocupaciones con significado, generadoras de bienestar según la ACP. Además considera que la inactividad (falta de ocupación) puede tener como resultado el daño del cuerpo y de la mente, y que la ocupación puede utilizarse para recuperar la función perdida.

Este paradigma incide en que la dignidad humana se percibe en el desempeño, en la visión holística de la persona y en la importancia que posee la ocupación en la salud.

Uno de los principales procursores del paradigma de la ocupación fue Adolf Meyer (1866- 1950), quien tomó las ideas fundamentales del tratamiento moral, su enfoque humanitario y su régimen ocupacional. Agregó la idea de que la enfermedad mental era principalmente un problema de adaptación, de deterioro de los hábitos, y de falta de equilibrio entre el trabajo y el ocio, por lo que propuso programas ideados para brindar oportunidades de participación en ocupaciones que fueran placenteras, creativas y educacionales. (Schell, B., Gillen, G. Scaffa, M., 2016)

Consideraba que el uso sistemático de intereses y el tiempo eran parte fundamental de la terapia. En 1892, escribía “el uso apropiado del tiempo en alguna actividad útil y gratificante para ser cuestión fundamental en el tratamiento de pacientes neuropsiquiátricos”, lo que originó que el tratamiento se convirtiera en una mezcla de placer y trabajo que incluía actividad productiva y recreación. (Durante, P., Moruno, P., 1998).

Posteriormente, junto con William Rush Dunton aseguraron que la ocupación consiste en la alternancia entre modos de existir, pensar y actuar.

Meyer, enfatizaba la relevancia de las relaciones interpersonales entre instructores y pacientes, considerando que así se hacía emerger un intercambio de recursos y experiencias. Era de vital importancia que los instructores fueran capaces de respetar los intereses y las capacidades naturales de sus pacientes.

Destacó la importancia que tiene el papel del entorno ambiental, y recalcó que los sentimientos de una persona pueden afectar al cuerpo, tanto como el cuerpo puede afectar a los sentimientos. En lugar de centrar su atención en la psicopatología, Meyer hizo hincapié en modificar el patrón de conducta de la persona a través de los programas anteriormente mencionados y señaló la relevancia de la descripción de la historia de vida de cada persona en forma de gráficos que resumieran su patrón vital a lo largo del tiempo. (Kielhofner G., 2004).

- Paradigma Mecanicista: Desarrollado en el siglo XX, la finalidad de este paradigma consistía en el reconocimiento de la TO como un servicio médico.

Considera que la capacidad de desempeño depende de la integridad del sistema nervioso, musculoesquelético o intrapsíquico. Que la discapacidad puede ser con-

secuencia del desarrollo anormal de los sistemas internos y que el desempeño ocupacional puede restablecerse a través de las compensaciones o mejoras de las limitaciones de los sistemas internos. (Kielhofner G., 2004).

- Paradigma Contemporáneo: En este paradigma, la TO proporciona a las personas oportunidades de reformar su desempeño y sus vidas en patrones nuevos que cubren las necesidades personales y sus deseos. La terapia proporciona oportunidades y recursos medioambientales que apoyan la emergencia de patrones nuevos de desempeño y la participación en la vida cotidiana.

El compromiso en la ocupación no sólo involucra lo que los individuos hacen sino también su experiencia subjetiva. Por consiguiente, la persona debe encontrar significado en las acciones que constituyen la terapia. Está guiado por muchos valores que son compartidos con muchas otras disciplinas mas tiene dos valores esenciales y exclusivos de la profesión estos son el respeto para el valor de la ocupación en la vida humana y la importancia concomitante del compromiso activo y el fortalecimiento de las personas. (Trinidad Bull, 2013).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar las implicaciones y aportaciones de la TO al MACP.

Objetivos específicos:

- Describir los fundamentos teóricos y filosóficos del MACP y de la TO.

- Analizar que comparten y como puede aportar la TO al MACP.

- Determinar el rol del terapeuta ocupacional en el MACP.

3 Metodología

1. Método.

Para la realización de este trabajo, en primer lugar se ha realizado una búsqueda en las bases de datos OTSeeker (base de datos específica de TO) y Pubmed, utilizando como palabras clave person-centred care and occupational therapy. En la base de datos OTSeeker no se ha encontrado ningún resultado y en Pubmed se han encontrado un total de 25 artículos, de los cuales se han seleccionado alguno para tratar aspectos teóricos de la disciplina pero no se han encontrado artículos concretos que se correspondan con el objeto de estudio dada la especificidad del mismo.

En segundo lugar se ha realizado una búsqueda en Google académico utilizando como palabras clave, terapia ocupacional y atención centrada en la persona, terapia ocupacional, modelo de atención centrada en la persona. Así mismo se han utilizado conceptos como fundamentos de la terapia ocupacional, definición de modelo de atención centrada en la persona, conceptos fundamentales de terapia ocupacional, fundamentos de la atención centrada en la persona, Modelo Canadiense del Proceso del Desempeño Ocupacional, Instrumento de Valoración Canadiense del Desempeño Ocupacional, práctica centrada en el cliente, capacitando para la ocupación, proceso de intervención, escalas de valoración, empoderamiento, Modelo de Ocupación Humana, Modelo AOTA.

Se han utilizado como criterios de selección los últimos 5 años pero posteriormente tras la lectura de los artículos y la selección de los mismos en función de su relación con el objeto de estudio, nos ha llevado a usar otros artículos que se han ido rescatando de la bibliografía y que no cumplieron los criterios de los últimos 5 años aumentando este período en algunos casos, principalmente en lo referente a fundamentos, a los últimos 15 años.

En tercer lugar se ha realizado una búsqueda en las página web www.acpgerontologia.com, www.fundacionpilares.org, www.matiainstituto.net/es/publicaciones, www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/guia_-acp.pdf y envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf, por guardar todas ellas relación con el modelo de atención centrada en la personas, uno de los concepto clave en el objeto de estudio. En ella se han encontrado guías, libros, artículos esenciales acerca de la ACP y del MACP.

En cuarto lugar se han utilizado los libros generales y específicos relacionados con TO, por ser la TO el otro concepto clave en el objeto de estudio.

En quinto lugar se ha establecido contactos con distintas personas y por diversas comunicaciones con personas relevantes tanto del MACP como de la TO. Por un lado se han establecido comunicaciones con la Dra. Lourdes Bermejo, como asesora y experta en el MACP, además de directora de este TFM y por otro lado con la Dra. Carmen Gloria de las Heras, discípula del Kielthoner y promotora actual del modelo de ocupación humana de Gary Kielthoner. Sus aportaciones en referencia a artículos y evidencias, han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

2. Material.

Se ha seleccionado como material los modelos propios de TO relacionados con la ACP pues en ellos podemos encontrar los fundamentos de la TO que nos llevarán a poder realizar posteriormente el objeto de estudio.

Aunque existen varios modelos propios de la Terapia Ocupacional, casi todos ellos relacionados con la ocupación como medio y como fin para alcanzar la CV en todas sus dimensiones y los objetivos propios de la TO, anteriormente descritos, se han seleccionado tres de ellos por ser los más utilizados y los que, por principios, tanto en su teoría como en su proceso guardan una relación más estrecha con los principios de la ACP.

Cabe reseñar que el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) es el modelo basado en ocupación más desarrollado, con más evidencia científica y más utilizado en el mundo.

El Modelo Canadiense del Proceso de Desempeño Ocupacional y Práctica Centrada en la Persona (C.O.P.P.M.) es compatible y se usa a la par con todos los modelos propios de la TO al tratarse de un modelo que guía en el desempeño ocupacional y la práctica centrada en la persona, premisas fundamentales desde los inicios y fundamentos de la TO.

Haremos también reseña del Modelo de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), por ser el modelo que define y dota a los terapeutas ocupacionales de una terminología uniforme, el dominio y un proceso de intervención que no requiere más formación que la propia de un terapeuta ocupacional. En este modelo se pueden utilizar herramientas de evaluación de otros modelos y su proceso recoge los principios de la ACP. Su última es de 2014 y en España es el más utilizado.

Modelo de Ocupación Humana.

El modelo de Ocupación Humana (MOHO) fue desarrollado desde 1975 y publicado por primera vez en 1980 por Kielhofner y Burke en base a una extensa investigación y evidencia empírica. Es el modelo basado en la ocupación más utilizado en todo el mundo.

La premisa central es: "Toda ocupación humana procede de una tendencia espontánea, innata del sistema humano: la urgencia de explicar y dominar el ambiente. El modelo se basa en la suposición de que la ocupación es un aspecto crucial de la experiencia humana" (Kielhofner y Burke,1980).

Considera a la persona como un sistema dinámico y abierto que debe ser continuamente reorganizado para responder a las demandas personales y del grupo social a lo largo del espectro de la vida. (Navarrón C.E.L., Ortega, V., A., 2000).

Según de las Heras (2010), los principales aspectos que sostienen el MOHO como modelo para promover la participación ocupacional y, por lo tanto, promover la salud son:

- Su visión de la persona como agente de cambio.
- Su enfoque en la participación activa de la persona o población en el proceso de cambio.
- Su enfoque en facilitar el desarrollo de un sentido de eficacia, satisfacción y significado.
- Su énfasis en considerar la interacción constante que existe entre la persona / población y sus entornos relevantes para fines de evaluación e intervención.
- Su énfasis en desarrollar y mantener los potenciales ocupacionales como la base de su intervención.
- Su compatibilidad con otros enfoques de TO y otras disciplinas.

De las Heras destaca que este modelo explica teóricamente y en la práctica la identidad, competencia y adaptación ocupacionales como etapas del cambio ocupacional (véase tabla 1), integrando la motivación por el hacer (Volición), la internalización de los patrones de desempeño (Habitación), las capacidades (Capacidad de Desempeño) y su constante interacción con las diferentes variables ambientales, interacción desde donde emerge el desempeño y la participación en las ocupaciones diarias.

Otorga un modo de razonamiento terapéutico integral y provee un proceso de evaluación e intervención centrado en la persona/colectivos y sus ambientes relevantes.

Etapas y definición:

Exploración

Primera etapa del cambio en la cual una persona intenta nuevas cosas, y consecuentemente aprende acerca de sus propias capacidades, preferencias y valores. Las personas exploran cuando aprenden a realizar nuevas avenidas de sentido y significado. La exploración otorga oportunidades de aprendizaje, de descubrimiento de nuevas maneras de expresar habilidades y de aprender la vida. Lleva al sentido de cuán bien uno se desempeña, cuán placentera puede ser una actividad y qué significado puede tener en sus vidas. Esta etapa requiere de un ambiente seguro y poco demandante. Debido a que la persona que se encuentra en estas

etapa todavía presenta inseguridad acerca de su capacidad o intereses, es que la oportunidades y recursos del ambiente son críticos.

Competencia.

Etapa de cambio en la cual las personas comienzan a consolidar nuevas formas de hacer que fueron descubiertas a través de la exploración. Durante esta etapa las personas buscan adecuarse a las demandas de una situación a través de mejorar o ajustarse a las demandas y expectativas. Las personas en esta etapa se concentran y enfocan sus esfuerzos en lograr un desempeño consistente y adecuado. Este proceso lleva al desarrollo de nuevas habilidades, el afinamiento de habilidades ya presentes y a la organización de estas habilidades en hábitos, lo que apoya el desempeño ocupacional. Esta etapa de competencia facilita a la persona un sentido mayor de control personal. Esta etapa de competencia facilita a la persona mayor control personal. A medida que las personas se motivan para organizar su desempeño en rutinas de participación ocupacional competente que es relevante a su ambiente, se involucran en un proceso de desarrollo, crecimiento y de lograr un nivel mejor de sentido de eficacia.

Logro.

Etapa de cambio en que las personas tienen suficientes habilidades y hábitos, lo que les permite participar totalmente en un nuevo trabajo, actividad de tiempo libre o actividades cotidianas. Durante esta etapa la persona integra un área de participación ocupacional en su vida completa. La identidad ocupacional es desarrollada para incorporar esta nueva área de participación ocupacional. Otros roles y rutinas deben cambiarse para acomodar un nuevo patrón general para poder mantener la competencia ocupacional. En los casos en que todas las áreas de participación estén cambiando, algunas de estas puedes obtener un nivel de logro antes que otras.

Cómo se puede observar las personas fluyen desde la exploración al logro en una realidad personal determinada y en su continuo a través de la vida expresándose de acuerdo a tipos de ocupación y contextos ambientales en que la persona participa. La atención a la interacción de estos aspectos nos permite comprender el proceso volitivo y la adaptación ocupacional. (De las Heras, 2010, 2011).

La participación en ocupaciones, al mismo tiempo, integra el sentir, el pensar y actuar del ser humano. En las personas estos tres aspectos se entrelazan de distintas formas, cada uno tomando mayor o menor protagonismo de acuerdo a las realidades únicas volitivas y de capacidad de desempeño de cada persona.

Tal y como hemos mencionado, para este modelo, el desempeño ocupacional aparece a partir de la interrelación de tres sistemas: la volición, la habituación y la ejecución (Kielhofner, 2006).

La volición, eje de este modelo, se refiere a la motivación para participar en ocupaciones siendo una necesidad innata de las personas para actuar en el mundo. Para comprender este componente es preciso entender cómo se constituye en cada persona, cómo se ve influenciado y cómo se manifiesta.

Hace referencia al autoconocimiento sobre lo que pensamos de nosotros y nuestros objetivos. Influirá en cómo anticipamos, interpretamos y elegimos nuestras ocupaciones.

La volición está formada por:

- Causas personales: percepción que la persona tiene de sí misma sobre su competencia o incompetencia en este mundo.
- Valores: lo que uno siente como correcto o importante. Son los que van a determinar si una persona quiere o no involucrarse en una ocupación.
- Intereses: lo que uno prefiere o disfruta haciendo.

El sistema de habituación hace referencia a los patrones de comportamiento ocupacional reiterados y que forman parte de la vida cotidiana de la persona. Éste se organiza en base a los hábitos y roles que desempeña cada persona en su día a día. Los hábitos favorecen que el desempeño se lleve a cabo de forma casi automática y los roles reflejan funciones sociales que se han interiorizado y son percibidos y valorados. Hábitos y roles permiten una mayor adaptación, al facilitar que las personas identifiquen una situación y se comporten “automáticamente” según las expectativas.

El sistema de ejecución lo constituyen las habilidades de procesamiento, perceptivo- motoras y de interacción social formados por el sistema músculo-esquelético, sistema neurológico, sistema cardiopulmonar e imágenes simbólicas, que permiten llevar a cabo las ocupaciones cotidianas. (Bermejo, 2014).

La capacidad de desempeño se encuentra altamente influenciada por el ambiente. Cuando se hace referencia al término ambiente, se incluye los espacios que los seres humanos ocupan, los objetos que ellos usan, las personas con las que interactúan y las posibilidades y significados de hacer que existen en el colectivo humano del cual forman parte. El entorno en el que se desenvuelva una persona ha de generar un impacto ambiental positivo, entendiendo éste como la oportunidad, el apoyo, la demanda y las restricciones que el entorno genera en una

persona en particular. Esta visión y conceptualización dinámica del proceso del hacer y del desarrollo de la identidad, competencia y adaptaciones ocupacionales es la que nutre el razonamiento terapéutico que acompaña los procesos de evaluación e intervención del MOHO.

Instrumentos del MOHO:

Los procedimientos utilizados para evaluar las necesidades ocupacionales varían según las necesidades particulares de cada persona, las condiciones y objetivos del contexto de intervención, las presiones de tiempo, las presiones sociales y la complejidad de la situación ocupacional. Por ello, el MOHO ofrece la posibilidad de utilizar métodos, tanto estructurados como no estructurados, para obtener la información.

Los métodos no estructurados se refieren a aquellos que se utilizan de manera natural en la práctica, sin un protocolo establecido. Se basan en conversaciones informales, la observación, la escucha casual y rutinaria, la observación participante y el intercambio social causal.

Suelen ser métodos muy útiles, y en ocasiones los únicos posibles de utilizar, aunque si se puede es preferible combinarlos con complemento de métodos estructurados. Los métodos no estructurados se deben de utilizar siempre cuando se reúne información sobre la experiencia del cuerpo vivido ya que este aspecto formal es muy delicado y requiere de una actitud abierta, empática y flexible a las condiciones físicas, mentales o psicosociales particulares de la persona. La combinación de observación participante, conversaciones informales y conversaciones mientras se hace algo en conjunto con la persona favorecen aprender desde ella lo que está experimentando en el desempeño. Estos métodos permiten al terapeuta ocupacional recabar información útil en relación a aspectos personales y ambientales de la participación ocupacional.

Es importante cumplir con parámetros muy rigurosos para poder asegurar su validez, tales como evaluar el contexto en el que se obtuvo la información (contextualizar los datos obtenidos), aplicar procedimientos de triangulación de la información (comparar información de fuentes diferentes) y realizar chequeos de validez, es decir, ver la consistencia de los datos.

Los métodos estructurados corresponden a la obtención de información a través de instrumentos de evaluación que ofrece el MOHO, que son relevantes para la evaluación inicial, la evaluación comprensiva y la reevaluación durante el proceso de intervención. Se tratan de instrumentos estandarizados que han sido in-

vestigados en su validez y confiabilidad (Kielhofner, 2011).

Estos instrumentos de evaluación del MOHO han sido diseñados para diferentes grupos de edad. Los instrumentos de observación de habilidades ocupacionales están diseñados para personas de aproximadamente 4 años en adelante. Hay otros instrumentos específicos para niños y sus edades. Los demás pueden ser utilizados desde la adolescencia en adelante. Los instrumentos de evaluación del MOHO comprenden los de entrevista, los de autoevaluación, los observacionales y los instrumentos mixtos, que son seleccionados de acuerdo a las necesidades ocupacionales y realidades únicas de las personas y sus contextos ocupacionales.

Están diseñados basándose en las necesidades ocupacionales de las personas, no en sus diagnósticos, pudiendo ser utilizados tanto en personas con discapacidad diversa, en personas sin discapacidad ni diagnóstico médico. La necesidad de su uso viene marcada por la necesidad de comprender los aspectos personales y ambientales de la ocupación para las que cada instrumento está diseñado. (De las Heras 2015)

Proceso de intervención según el MOHO. En base a este modelo las líneas de intervención se basan en dos premisas:

- Para que el hacer sea terapéutico, debe involucrar una forma ocupacional real, no una actividad artificial.
- Para que la persona logre el cambio a través del hacer, lo que se hace debe tener importancia y significado para ella.

Los principios de intervención para promover la participación ocupacional, se centra tanto en las personas como en sus entornos, destacando como los más importantes:

- El desarrollo de la causalidad personal es crucial para facilitar las habilidades de autodefensa y el empoderamiento durante el proceso de cambio.
- Participación activa de los clientes en la exploración de alternativas y soluciones dentro de contextos relevantes, y para facilitar la permeabilidad y obtener oportunidades / recursos de grupos sociales y organizaciones, es necesario lograr un cambio en ellos.
- Considerar y luego enfocar el razonamiento en el impacto ambiental único de acuerdo con la voluntad de la persona, la habituación y la capacidad de desempeño confirma una intervención exitosa.
- El proceso de cambio depende del trabajo colaborativo entre personas y terapias ocupacionales bajo los principios de sentir, pensar y hacer.
- La facilitación del cambio de grupos y organizaciones sociales se logra al con-

siderar el proceso volitivo, la cultura, las fortalezas y la vida en progreso de sus miembros.

- El cambio en los grupos y organizaciones sociales se basa en la ocupación, terapeutas y personas explorando alternativas y soluciones con ellos.
- Los cambios en el entorno físico deben respetar la cultura y la realidad económica de las personas y centrarse en garantizar que los espacios, recursos y objetos existentes y su organización tengan el mejor impacto en la participación ocupacional de las mismas.

Modelo Canadiense del proceso desempeño ocupacional y Práctica centrada en la persona.

El Modelo Canadiense del proceso desempeño ocupacional y Práctica centrada en la persona (C.O.P.P.M.), se basa en una perspectiva centrada en la persona, recobrando así las raíces humanistas de la profesión. (Simó,S., 2006).

Es un modelo de 1997 que se basa en el trabajo realizado por Reed y Sanderson y desarrollado por un grupo de trabajo compuesto por la Asociación Canadiense de TO y el Departamento de Salud y Bienestar Nacional.

Este modelo se basa en los valores y creencias de la TO, partiendo de los niveles ocupación para luego pasar a los componentes de la misma, y considerar la persona inmersa en el medio ambiente. Los conceptos centrales en que se basa el C.O.P.P.M. son coherentes con los desarrollados por Gary Kielhofner.

El desempeño ocupacional se refiere a la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas y culturalmente adaptadas, en búsqueda del cuidado personal, del disfrute de la vida y para contribuir a la sociedad.

Podemos destacar la complejidad del desempeño ocupacional va más allá de desarrollar una ocupación, implica poder elegir y organizar. Esta ocupación no puede ser cualquiera, debe ser significativa para la persona, pero al mismo tiempo culturalmente aceptada. El objetivo final va mucho más allá de la ausencia de enfermedad, es el disfrutar de una vida en plenitud y el que toda persona pueda contribuir a la sociedad.

El desempeño ocupacional no es un proceso dinámico, que viene reflejado en la relación entre persona-entorno-ocupación. La persona está conectada con el medio, de esta interacción nace la ocupación. La relación entre las personas, el medio y la ocupación es vista como una espiral de experiencias acumulativas. Se

desarrolla a lo largo de toda la vida.

Desde este modelo se entiende a la persona como un todo integral, teniendo en cuenta su:

- Espiritualidad, es el concepto fundamental de este modelo, hace referencia al reconocimiento de las personas como seres espirituales, con capacidad para determinar, elegir y participar en ocupaciones en su entorno habitual, y al respeto de sus creencias, valores y objetivos.
- Experiencias sociales y culturales, considerando que éstas son influyentes en la opinión que la persona tiene de sí misma, modeladoras del sentido que ésta experimenta en la vida y relacionadora de la persona con otros.
- Componentes de desempeño, que hacen referencia a los componentes físico (funciones sensoriales, motoras y sensoriomotoras), afectivo (funciones sociales y emocionales) y cognitivo (funciones mentales).

La ocupación se trata del conjunto de actividades de la vida cotidiana a las cuáles las personas y las diferentes culturas dan un nombre, una estructura, un valor y un significado. Sería la que determina cómo la persona organiza su día a día, qué actividades son prioritarias, el rol desempeña en su familia y cuáles son sus inquietudes personales y culturales.

El entorno según este modelo hace referencia a los contextos y situaciones que se manifiestan en el exterior de la persona y que suscitan respuestas de su parte. Las relaciones entre el entorno y la persona son bidireccionales. La persona y su desempeño ocupacional jamás se pueden considerar de forma aislada de su medio. Los ambientes institucionales, sociales, físicos, y culturales poseen una gran influencia en las personas.

La práctica centrada en la persona es un concepto central para los terapeutas ocupacionales canadienses desde 1983. Proviene de los trabajos de Carl Rogers, y recobra las raíces humanistas de la profesión. Es un enfoque de colaboración y alianza, desarrollado en la capacitación de la ocupación con las personas.

Los terapeutas ocupacionales centrados en las personas demuestran respeto por éstas, los involucran en la toma de decisiones, abogan con y por las necesidades de las mismas, y al mismo tiempo reconocen las experiencias y los conocimientos de las mismas.

Según Simó (2006) este modelo establece una guía para la práctica centrada en la persona que se basa en los siguientes puntos:

- Basar la práctica en los valores, significados y elección de la persona lo máximo posible.
- Escuchar las visiones de las personas.
- Facilitar el proceso de las personas de ver lo que puede ser posible.
- Apoyar a las personas para que tengan éxito, incluso tomar riesgos y equivocarse.
- Examinar con las personas los riesgos y sus consecuencias.
- Respetar el estilo de la persona para afrontar el cambio.
- Apoyar a las personas en la determinación de sus propias necesidades.
- Facilitar la elección de objetivos propositivos.
- Animar y facilitar el proceso de toma de decisiones de la persona.
- Dar información para que la persona pueda tomar decisiones.
- Establecer una comunicación clara y precisa.
- Facilitar e invitar a las personas a desarrollar sus personales y los recursos comunitarios.

Instrumento del modelo canadiense del proceso de de desempeño ocupacional y práctica centrada en la persona. (C.O.P.M).

El instrumento de valoración canadiense de desempeño ocupacional es un instrumento de valoración individual que nos permite detectar el cambio de que la persona tiene sobre la percepción de sí mismo sobre su desempeño ocupacional tanto a nivel de realización como a nivel de satisfacción.

Nos permite identificar las áreas problemáticas, evaluar la actuación y satisfacción referente a las mismas y medir los cambios de la percepción de la persona sobre su actuación.

La ocupación humana no es experimentada ni tiene el mismo significado para todas las personas, por ello este instrumento es único puesto que nos permite adentrarnos en los aspectos subjetivos de la persona y conocer la evolución de su percepción tanto en la satisfacción como en la realización de las ocupaciones, la cual no tiene porqué coincidir.

Es un instrumento que nos permite valorar el mundo subjetivo, mundo cualitativo, y transformar los resultados a nivel cuantitativo. Esto facilita el proceso de medir la evolución y presentar los resultados de la intervención.

Según Simó (2006) este instrumento presenta las siguientes características:

- Se basa en un modelo de TO.

- Se basa en las áreas de autocuidado, ocio y productividad.
- Reconoce los componentes de realización como fundamentales.
- Incorpora los roles de la persona.
- Considera la importancia de las áreas para la persona.
- Mide los problemas identificados por la persona.
- Incorpora una re-evaluación de los problemas identificados.
- Se centra en el medio de la persona.
- Considera la satisfacción de la persona.
- Implica a la persona en el proceso desde el principio.
- Incrementa su involucración en el proceso.
- Puede ser utilizada a través de los niveles de desarrollo.
- Permite que si la persona no puede suministrar la información lo hagan personas cercanas.
- Permite ver la evolución en el uso de actividades con significado.

Todos los estudios confirman la validez del instrumento, el cual consiste en una entrevista semiestructurada de unos 20 o 30 minutos de aplicación que consta de 4 pasos: identificar los problemas en la función ocupacional, valorar la importancia, registro, repetir la valoración.

Proceso de intervención según C.O.P.P.M. Según este modelo las líneas de intervención serían:

- Establecimiento de prioridades individuales de los problemas de desempeño ocupacional, susceptibles de intervención desde TO.
- Selección de abordajes terapéuticos.
- Identificación de los componentes del desempeño y las condiciones del entorno que contribuyan con estos problemas.
- Negociación de los objetivos y planes de intervención. Cabe reseñar en este punto que en este modelo el terapeuta se convierte en un ser facilitador que aporta información, técnicas y herramientas pero es la persona quien toma sus propias decisiones. Todas las decisiones se toman con la persona, no sobre ni para la misma.
- Implementación de los planes de intervención a través de la Ocupación.
- Evaluación de resultados.

Modelo de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA): Marco de trabajo para la práctica de la TO: dominio y proceso.

“El Marco de Trabajo fue desarrollado para articular la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud, y la participación de las personas,

organizaciones, y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación.

El Marco de Trabajo está dividido en dos secciones principales: el dominio, el cual resume el alcance de la profesión y las áreas en las cuales sus miembros tienen un cuerpo de conocimiento y peritaje, y el proceso dinámico centrado en la persona y la ocupación utilizado en la prestación de los servicios de TO.”

“El dominio, en su máximo sentido, es apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación”. (Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición)

“La TO está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria y contribuye a la salud y el bienestar. Los practicantes de la TO creen que las ocupaciones son multidimensionales y complejas. El compromiso con la ocupación como el foco incluye el aspecto tanto subjetivo (emocional y psicológica) y objetivo (físicamente observable) de los aspectos del desempeño”. (Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición)

“Los profesionales de la TO comprenden el compromiso de esta dual y holística perspectiva y dirigen o manejan todos los aspectos del desempeño cuando brindan la intervención y reconocen que la salud es obtenida y mantenida cuando las personas son capaces de comprometerse en ocupaciones y actividades que permiten la participación deseada o necesaria en el hogar, la escuela, el centro de trabajo y la vida de la comunidad. Por tanto, están comprometidos no sólo con la ocupación sino también con la complejidad de factores que fortalecen y hacen posible el compromiso de la persona y la participación en ocupaciones positivas que promueven la salud (Wilcock y Townsend, 2008). En el año 2003, Townsend aplicó el concepto de justicia social al foco de la terapia ocupacional e ideó el término de justicia ocupacional para describir el compromiso de la profesión con la ética, moral, y factores cívicos que pueden apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con las ocupaciones y la participación en la casa y en la vida de la comunidad. La justicia ocupacional asegura que a las personas se les brinde la oportunidad para una total participación en esas ocupaciones en las cuales ellos optan por comprometerse (Christiansen y Townsend, 2004, p. 278)”. (Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición).

“El foco de la TO con el compromiso con las ocupaciones y la justicia ocupacional, complementa la perspectiva de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS, en su esfuerzo para expandir el conocimiento de los efec-

tos, de la enfermedad y la discapacidad en la salud, ha reconocido que la salud puede ser afectada por la inhabilidad para llevar a cabo actividades y participar en situaciones de la vida, causadas por barreras ambientales, así como por problemas que existen con estructuras corporales y funciones corporales (OMS, 2001). Como miembros de una comunidad global, los profesionales de TO abogan por el bienestar de todas las personas, grupos, y poblaciones con el compromiso de inclusión y no discriminación (AOTA, 2004c).” (Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición).

Proceso de intervención según Marco de Trabajo para la práctica de la TO: dominio y proceso (AOTA).

Este modelo no se ha descrito anteriormente puesto que es un modelo que lo que hace es establecer el dominio y el proceso de TO, entendiendo como dominio las áreas de conocimiento propias del terapeuta ocupacional, y el proceso como método de intervención. Se expone en este apartado el proceso puesto que tiene una terminología más amplia y uniforme y consideramos que guarda mucha relación con los principios de del MACP.

El proceso de TO comenzaría con un proceso de evaluación que se divide en dos partes, perfil ocupacional y análisis del desempeño ocupacional. A través del perfil ocupacional podemos conocer a través de entrevistas e instrumentos de evaluación estandarizados y validados, cuál es la historia ocupacional de la persona, sus intereses, sus hábitos, sus roles, sus rutinas, su entorno y principalmente su percepción subjetiva de su situación y de su estado emocional. Es importante en este punto también, especialmente cuándo se trata de personas con discapacidad, conocer la percepción de las familias puesto que posteriormente deben de ser aliadas en el proceso de intervención con su apoyo a la persona.

Una vez que conocemos a la persona, pasaríamos al análisis del desempeño ocupacional. Este consta de a través de la observación y escalas estandarizadas basadas en la observación, conocer qué destrezas están interfiriendo en el desempeño ocupacional de sus actividades de la vida diaria, principalmente de aquellas que el perfil ocupacional la persona nos haya destacada como las más significativas o prioritarias para ella. Se debe de observar siempre en el contexto lo más natural posible, puesto que esto facilitaría la extrapolación de los aprendizajes, principalmente en las personas con deterioro cognitivo dónde a veces no les es posible llevar a cabo esta extrapolación. El observar en el contexto natural nos permite también conocer si el entorno está actuando cómo inhibidor o cómo facilitador en el desempeño de las actividades. En caso de que no se pueda observar en el

contexto natural, es importante hacer una evaluación del entorno dónde la persona vive y ha de desarrollar las actividades.

Otro aspecto a tener en cuenta en este apartado es ver si no es el entorno ni las destrezas de la persona, si no la propia actividad la que le limita su desempeño porque no se adecua a sus capacidades. Para ello debemos hacer un análisis de la actividad que conjugaremos con una evaluación de las funciones y estructuras corporales de la persona de manera que nos permita adaptar o graduar las actividades a sus características para que sea posible su desempeño o bien buscar actividades alternativas que le satisfagan sus intereses y que sean sí sean capaces de llevar a cabo.

Cabe destacar que para no alargar el proceso, se evaluarán sólo aquellas características que puedan influir directamente con sus destrezas afectadas, entendiendo como destrezas las capacidades observables, que son aprendidas y como características las funciones o estructuras corporales que son aquellas capacidades o habilidades innatas.

Una vez conozcamos tengamos la información, tanto objetiva cómo subjetiva de la situación de la persona y de su familia (éste paso no siempre es imprescindible), debemos de iniciar el proceso de intervención que dividimos en dos pasos, planificación de la intervención e implementación de la misma.

En el proceso de planificación lo que hacemos es consensuar con la persona los objetivos a alcanzar en base a todo la evaluación, explicando lo que hemos observado y lo que la persona quiera priorizar y/o alcanzar. En este punto se le explicará a la persona la metodología a llevar a cabo, explicando que ella es el agente que dirigirá el proceso y que nosotros nos convertimos en meros facilitadores para todo aquello que necesite en el camino de alcanzar sus logros.

Otro de los aspectos que se planificará serán las estrategias de intervención como puede ser modificar, crear, promover, prevenir y los marcos y modelos teóricos que nos van a marcar la intervención, pudiendo utilizar técnicas de varios marcos. Y por último lo que debemos de planificar serían los apoyos con lo que vamos a contar y ofrecerles las estrategias a seguir así como considerar qué va a necesitar esa persona en su futuro más próximo, por ejemplo en caso de que esté ingresada a la hora de volver a su domicilio.

Todo este proceso de planificación se llevará a cabo con la persona como eje central y su familia en caso de que la persona lo requiera o de que sean impre-

scindibles para la ejecución de los logros.

Una vez echa toda la planificación daremos paso a la intervención que estará siempre basada en las ocupaciones que la persona previamente haya seleccionado y las que sean necesarias para la ejecución de sus objetivos. Para ello podemos trabajar con métodos preparatorios y actividades con propósito que nos permitan mejorar destrezas y características con el fin de que pueda realizar actividades basadas propiamente en la ocupación, o se puede trabajar directamente sobre la ocupación ofreciendo siempre asesoramiento, prescribiendo productos de apoyo en caso necesario, adaptando la actividad a sus características y dando formación en caso necesario a otros profesionales o familiares que participen en el proceso.

Después de todo este proceso, se debe de llevar a cabo un análisis de resultados, que consiste en volver a reevaluar todos los aspectos previamente evaluados en el proceso de evaluación con el fin de conocer el grado de satisfacción de la persona y en qué medida se han logrado o se están logrando sus objetivos. Esto nos permitirá realizar los cambios necesarios en la planificación o en la intervención siempre con el fin de que la persona logre tener su máxima autonomía, independencia en caso posible y CV.

4 Resultados

El MACP hace referencia a un nuevo enfoque en la atención a las personas mayores y personas con discapacidad, donde es la persona la que dirige la intervención y el terapeuta es un mero acompañante en el proceso, cambiando la visión modelo clásico donde se centraba la atención en el servicio.

Según Rodríguez, P., et al. (2014) el MACP se dirige a una atención integral y centrada en la persona que se logra cuando se contemplan de manera holística todos los ámbitos que nos constituyen como personas y las necesidades ajenas a los mismos. La persona se configura como referente y motor del proceso de atención, participando de manera activa en el plan de atención y apoyos, promoviendo tratamiento que perseveren y estimulen la autonomía moral así cómo ayuden a la persona a mantener el control de su propia vida.

En relación con el objeto de estudio de este trabajo, resaltamos tres aspectos claves en el MACP, persona-entorno-profesionales/programas y servicios, que se deben de correlacionar a la hora de implementar el modelo y que están basados en los principios rectores del mismo (autonomía, participación, integralidad,

individualidad, inclusión social y continuidad de la atención).

Las actividades significativas u ocupación son una de las herramientas imprescindibles, junto con la adaptación y modificación del entorno, en la implementación del MACP. Destacando éstas la importancia que tienen en el objeto de estudio de este trabajo.

Desde este modelo se considera la ocupación o actividad con significado como motor generador de calidad de vida y bienestar de la persona, proponiendo actividades con sentido cuya principal finalidad se centra en la participación en actividades cotidianas del día a día y cuyo desempeño forme parte de la cotidianidad de la persona y posea significado para ella, donde pueda reconocerse, y ponerse de manifiesto su autonomía y se refuerce su identidad.

Según Bermejo (2014) la ocupación es aquella que requiere habilidades y destrezas físicas y mentales, persigue una meta establecida por la propia persona, se persigue en el tiempo, que tiene significado para la persona, permite a las personas puedan satisfacer sus deseos y necesidades (incluidas las de autoestima, auto-cuidado, disfrute, sentimiento de utilidad y participación social), favoreciendo la satisfacción vital. Estructura la cotidianidad y forma hábitos. Implica múltiples tareas o rutinas diarias, regula las relaciones afectivas con el resto de personas y con el entorno, ayuda a dar sentido a la vida de las personas, refleja los valores de una determinada cultura y contexto sociocultural y construye la personalidad: hacer ser de una determinada manera (configura su identidad personal) y con su estar en el mundo (identidad social).

Martínez T. et al. (2015) destacan que las actividades significativas se caracterizan porque la persona tiene un conocimiento sobre ellas, conocen su finalidad y aprecian su sentido, así cómo participan voluntariamente en su elección y diseño. Son actividades flexibles, que adaptan a las características, preferencias y ritmos personales, que tienen que ver con lo que la persona le importa o le interesa, se sintonizan con su bibliografía, resultan cercanas a sus gustos y preferencias, incluyen elementos que refuerzan su identidad, se integran en su vida cotidiana y potencian la relación social. Además permiten visibilizar las capacidades del quien las realiza, haciéndoles sentir personas competentes, fomentando su creatividad y permitiendo su desarrollo personal.

Estas actividades se llevan a cabo en un entorno que debe de ser un entorno agradable y cotidiano, dónde la persona se identifique, se sienta a gusto y además actúe como facilitador del desempeño de las actividades.

La TO, según De las Heras (2015), unificando los aspectos principales que dan forma a la disciplina y basada en el estudio de literatura, las diversas definiciones y su experiencia en la práctica, se conceptualiza: “Terapia Ocupacional es una disciplina que trabaja en conjunto con las personas y colectivos que presentan o no discapacidad y con sus ambientes social y físico, facilitando su autodeterminación y competencia en la participación y desempeño en diferentes roles y actividades significativas del día a día, con el fin de que logren reafirmar, incrementar, mantener, reorganizar o reconstruir sus vidas ocupacionales satisfactorias en forma digna, potenciando así su bienestar y calidad de vida”.

Podemos observar, por tanto, como la TO posee una visión holística de la persona, ya que considera al ser humano en todas sus dimensiones, y el producto final de la interacción de todos.

Desde sus paradigmas, se enfatiza en la consideración de la conservación de la capacidad de autodeterminación de la persona, para el diseño de intervenciones centradas en la persona cuya principal finalidad es la de satisfacer verdaderamente sus necesidades a partir de sus preferencias y deseos.

La ocupación o actividad con significado es la herramienta de los terapeutas ocupacionales y se considera como motor generador de CV y bienestar de la persona, proponiendo actividades con sentido cuya principal finalidad se centra en la participación en actividades cotidianas del día a día y cuyo desempeño forme parte de la cotidianidad de la persona y posea significado para ella, donde pueda reconocerse, y ponerse de manifiesto su autonomía y se refuerce su identidad.

De desde TO se promueve que en los programas de intervención se basen en actividades adaptadas a las necesidades, ritmos y deseos de cada persona. Para ello es importante conocer la historia ocupacional de cada persona, sus capacidades y fortalezas, sus necesidades y sus intereses, así como hacer un análisis de las actividades con el fin de poder realizar la adaptación entre la persona y su participación en actividades significativas y el entorno.

Tomando como referencia el análisis de los modelos propios de TO (MOHO, C.O.P.P.M. y AOTA) podemos ver cómo el terapeuta ocupacional posee una formación y conocimiento acerca de la interrelación persona-actividad/ocupación-entorno, lo que permite entretejer estos conceptos con el fin de que la persona pueda mejorar su autoestima, desarrollar su autodeterminación, lograr una mayor independencia funcional y en consecuencia mejorar su CV en todas sus dimensiones.

Para ello el terapeuta cuenta con las herramientas que permiten:

- Evaluar las habilidades de la persona, conociendo así tanto sus capacidades y fortalezas como los elementos discapacitantes que le dificultan el desempeño de sus actividades significativas
- Analizar las actividades con el fin de poder adaptarlas y graduarlas a las habilidades y capacidades de la persona favoreciendo así su desempeño. Siendo el análisis de la actividad una herramienta básica y exclusiva de los terapeutas ocupacionales.
- Evaluar el entorno y los diferentes contextos que rodean a la persona convirtiéndolos en elementos facilitadores del desempeño ocupacional y participación en la comunidad.

Analizando los distintos modelos podemos en relación con la intervención de TO se puede ver cómo en todos ellos se tiene en cuenta a la persona desde todas sus dimensiones, autoconocimiento, percepción de sí misma, hábitos, intereses, rutinas, roles que desempeña, grado de participación e implicación en las actividades de la vida (en adelante AVD), habilidades o destrezas así como características intrínsecas (funciones y estructuras corporales) que facilitan o inhiben su desempeño ocupacional. Así mismo se tiene en cuenta la ocupación y el análisis de la misma con el fin de poder adaptarla, modificarla o graduarla a las necesidades de la persona y al entorno cómo situación externa a la persona, como lugar dónde desempeña sus ocupaciones. Partiendo también de la teoría de los modelos podemos ver también cómo, tanto el MOHO como el C.O.P.P.M, cuentan con escalas de valoración propias, estandarizadas y validadas que nos aportan información importante acerca de los aspectos clave (intereses, roles, participación) de cara a la persona y su participación en el desempeño ocupacional.

Otro los aspectos importantes a destacar en el análisis de los modelos es que todos ellos cuentan con unos procesos estructurados que nos marcan las pautas de cómo llevar a cabo una intervención donde la persona es el centro de la misma y los profesionales apoyan para lograr el fin de la persona, su CV.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de los datos y los resultados obtenidos podemos ver que hay una diferencia clara en cuánto a que la TO es un disciplina sanitaria mientras que el MACP es un modelo que conceptualiza y guía hacia un enfoque de intervención basando en la atención centrada en la persona. Por tanto, no se puede hacer una comparación entre una disciplina y un modelo de intervención, sin embargo, sí

que podemos hacer una comparación entre el MACP y los modelos propios de TO, especialmente MOHO, C.O.P.P.M. y AOTA, es por ello por lo que hemos utilizado éstos modelos como material de estudio para poder establecer las implicaciones y aportaciones de la TO al MACP.

Partiendo de los orígenes podemos observar cómo tanto la TO como la ACP nacen de la corriente humanista, desarrollada por Carl Rogers, quien propuso un nuevo enfoque psicoterapéutico en 1942 en el que se asientan las bases de la “terapia basada en el cliente”. La TO además durante el desarrollo de su conocimiento posee referentes como Adolf Meyer y Philip Pinel que principalmente han contribuido a la conformación de la visión más humanista de esta disciplina que le guían en la búsqueda de sus objetivos terapéuticos y que posee aspectos afines a la ACP.

Tomando como referencia los tres paradigmas del desarrollo del conocimiento de la TO, vamos a reseñar cómo se pueden observar reflejos y coincidencias entre los principios de la ACP y la TO.

El pre-paradigma del tratamiento moral constituye el anticipo práctico de toda una corriente doctrinal especialmente respetuosa con la libertad y la dignidad de la persona, aspectos fundamentales y rectores de la ACP. En el desarrollo del mismo, se enfatiza en la consideración de la conservación de la capacidad de autodeterminación de la persona, elemento clave del que parte la ACP, para el diseño de intervenciones centradas en la persona cuya principal finalidad es la de satisfacer verdaderamente sus necesidades a partir de sus preferencias y deseos.

En cuanto al paradigma de la ocupación considera que las capacidades del cuerpo y la mente se mantienen por medio del desempeño de ocupaciones que proveen un sentimiento de interés, valor, logro y desafío. Este paradigma incide en que la dignidad humana se percibe en el desempeño, en la visión holística de la persona y en la importancia que posee la ocupación en la salud.

Meyer, como uno de sus principales precursores propuso programas ideados para brindar oportunidades de participación en ocupaciones que fueran placenteras, creativas y educacionales. (Schell, B., Gillen, G. Scaffa, M., 2016).

Posteriormente, junto con William Rush Dunton aseguraron que la ocupación consiste en la alternancia entre modos de existir, pensar y actuar. Meyer enfatizaba también la relevancia de las relaciones interpersonales considerando de vital importancia que los instructores fueran capaces de respetar los intereses y las capacidades naturales de sus pacientes. Destacó también la importancia que tiene

el papel del entorno ambiental e hizo hincapié en modificar el patrón de conducta de la persona a través de programas señalando la relevancia de la descripción de la historia de vida de cada persona (Kielhofner G., 2004).

En las aportaciones de Meyer se pueden observar por tanto aspectos afines y orientados hacia la ACP. En primer lugar, se observan rasgos de semejanza con el modelo enriquecido de demencia desarrollado por Tom Kitwood, el que lejos de centrarse en la propia demencia, considera proporcionar CV a través de otras áreas que proporcionen bienestar a la persona, siendo una de ellas la ocupación.

En segundo lugar, en las aportaciones de Meyer se pueden observar las primeras pinceladas de lo que se puede considerar una ocupación significativa, ya que para el desarrollo de sus intervenciones consideraba los intereses de las personas para el posterior desempeño, aspecto fundamental afín a la ACP.

En tercer lugar, otro aspecto relevante orientado al modelo que nos ocupa, es la relevancia que otorga Meyer a la relación entre los instructores y pacientes, en la que podemos atisbar lo que en la ACP, se refiere al profesional de referencia actualmente, cuya relación con la persona es de acompañamiento, cercana y respeto, fundamental de la relación instructor-paciente que recalca Meyer.

En cuarto lugar, ya en el paradigma de la ocupación, aparece la historia de vida, herramienta que utilizaba Meyer y también herramienta fundamental a la ACP, como indispensable para el conocimiento de la persona.

Desde este paradigma, al igual que en una de las dimensiones de la ACP, se enfatiza en la dignidad de la persona, parte fundamental de uno de los principales fundamentos del modelo que nos ocupa. El paradigma mecanicista señala que el desempeño ocupacional puede restablecerse a través de las compensaciones o mejoras de las limitaciones de los sistemas internos. (Kielhofner G., 2004).

El paradigma contemporáneo hace hincapié en que la TO proporciona a las personas oportunidades de reformar su desempeño y sus vidas en patrones nuevos que cubren las necesidades personales y sus deseos. Así como dice que el compromiso en la ocupación no sólo involucra lo que los individuos hacen sino también su experiencia subjetiva. Por consiguiente, la persona debe encontrar significado en las acciones que constituyen la terapia. Está guiado por muchos valores que son compartidos con muchas otras disciplinas mas tiene dos valores esenciales y exclusivos de la profesión estos son el respeto para el valor de la ocupación en la vida humana y la importancia concomitante del compromiso activo y el

fortalecimiento de las personas. (Trinidad Bull, 2013).

Otra de las coincidencias encontradas en los fundamentos tanto de la TO cómo de la ACP, es que ambas poseen una visión holística de la persona, ya que consideran al ser humano en todas sus dimensiones, y lo consideran el producto final de la interacción de todos.

Tanto la ACP como la TO, consideran la ocupación o actividad con significado como motor generador de calidad de vida y bienestar de la persona, proponiendo actividades con sentido cuya principal finalidad se centra en la participación en actividades cotidianas del día a día y cuyo desempeño forme parte de la cotidianidad de la persona y posea significado para ella, donde pueda reconocerse, y ponerse de manifiesto su autonomía y se refuerce su identidad.

Es importante destacar que actualmente el terapeuta ocupacional Algado, S. (2006), en su descripción del C.O.P.P.M. realiza grandes aportaciones que conectan directamente con los principios rectores del MACP, como son:

- Los valores y creencias de los terapeutas ocupacionales realizan sobre la persona: Ser ocupacional, única, posee dignidad intrínseca, puede tomar decisiones en la vida, posee capacidad de autodeterminación, posee habilidad para participar en las ocupaciones, posee potencial de cambio y son seres sociales y espirituales.
- Valores y creencias de la terapia ocupacional sobre la ocupación: Da significado a la vida, es una determinante de salud y bienestar organiza el comportamiento cambia a través de la vida, da forma y es moldeada por el ambiente, posee valor terapéutico.

Algado (2006) considera:

- La ocupación como una necesidad humana básica: Toda persona debería estar ocupada en las diversas facetas de su vida. Hay una relación fundamental entre ocupación y salud.
- La ocupación como fuente de significado: Las ocupaciones proporcionan significado a la vida.
- La ocupación como flujo: Las demandas de la ocupación han de ser acordes a las posibilidades de la persona.
- La ocupación como medio de crecimiento personal: La ocupación considera el crecimiento personal y la expresión del self.
- La ocupación como organizadora del comportamiento: Implica la expresión de la propia personalidad.
- La ocupación y su finalidad.
- La ocupación y la capacidad de control: La ocupación es más efectiva cuando

otorga un sentimiento de control a la persona.

- La ocupación como fuente de equilibrio y satisfacción: Influenciada por la cultura.
- La ocupación como fuente de organizar el tiempo: A través de las ocupaciones las personas se organizan el tiempo en hábitos, roles y patrones.
- La ocupación como medio terapéutico. (Algado S., 2006).

En las aportaciones de Algado (2006), sobre el C.O.P.P.M. se observa una clara relación entre la ocupación y la salud, acorde a la definición que la OMS realizó, considerándola como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Con esta definición podemos considerar que con la utilización de las técnicas de la TO, al igual que en el MACP, se contribuye a la mejora del bienestar de las personas desde una perspectiva holística, lo que favorece a su vez el estado de salud y su CV.

Hasta este momento, podemos comprobar cómo existe una correlación entre las conceptualizaciones de TO, su objetivo, sus valores y creencias acerca de la ocupación y los principios, criterios y conceptos centrales de la ACP. Además de lo señalado hasta el momento, esta correlación se puede observar en la medida en que el terapeuta ocupacional, tal y como hemos descrito:

- Capacita y habilita a las personas para el desempeño de sus ocupaciones potenciando las capacidades y fortalezas de la persona, adaptando las actividades y el entorno con el fin de la persona pueda lograr independencia, bienestar físico y emocional y en consecuencia CV.
- Considera a la personas como un ser único y multidimensional, interviniendo y apoyando en el proceso de restauración, mantenimiento y/o desarrollo de las habilidades necesarias para que la persona pueda integrarse y participar en su esfera biopsicosocial y en la comunidad, favoreciendo su desarrollo personal, su inclusión social y las relaciones interpersonales.
- Empodera y apoya en el proceso de elección favoreciendo la autodeterminación o autonomía decisoria de la persona analizando las actividades y el entorno y adaptándolo a los intereses y objetivos de la persona, ofertando así una abanico de posibilidades para la elección y participación en la vida cotidiana.
- Fundamenta la relación entre persona-ocupación y ambiente con el fin de lograr el bienestar de la persona y por tanto mejorar su autoestima y fomentar su CV.
- Asiste y apoya a la persona para que alcance un estilo de vida independiente, productivo y satisfactorio a través de la realización de actividades significativas

y productivas basadas en sus intereses, valores y roles.

- Capacita a las personas al compromiso con la ocupación incluyendo los aspectos tanto subjetivos (emocional y psicológica) como objetivos (físicamente observable) de los aspectos del desempeño.
- Proporciona a las personas oportunidades de reformar su desempeño y sus vidas en patrones nuevos que cubren las necesidades personales y sus deseos.

En base a todo lo expuesto, podemos decir que el terapeuta ocupacional existe una implicación directa del mismo en relación al MACP en cuanto que, basado en sus fundamentos teóricos, durante su proceso de intervención cumple todos los principios rectores que fundamentan el MACP.

Sin embargo no se evidencia, ni se han encontrado estudios dónde se pueda ver el rol que desempeña el TO en el MACP, objetivo específico de este estudio. Se puede considerar que esta puede ser una futura línea de investigación.

En referencia a las aportaciones que la TO puede hacer al MACP, segundo aspecto objeto de estudio se ha podido observar cómo el TO cuenta con una conocimiento y formación en la relación persona-entorno-actividad, lo que permite entretener estos conceptos con el fin de que la persona pueda mejorar su autoestima, desarrollar su autodeterminación, lograr una mayor independencia funcional y en consecuencia mejorar su CV en todas sus dimensiones.

Para ello el terapeuta cuenta con las herramientas para:

- Evaluar las habilidades de la persona, conociendo así tanto sus capacidades y fortalezas como los elementos discapacitantes que le dificultan el desempeño de sus actividades significativas
- Analizar las actividades con el fin de poder adaptarlas y graduarlas a las habilidades y capacidades de la persona favoreciendo así su desempeño. Siendo el análisis de la actividad una herramienta básica y exclusiva de los terapeutas ocupacionales.
- Evaluar el entorno y los diferentes contextos que rodean a la persona convirtiéndolos en elementos facilitadores del desempeño ocupacional y participación en la comunidad.

Desde el MACP se habla de la utilización de la ocupación o actividades significativas como medida terapéutica, recreativa y socializadora, sin embargo en no se dispone de las herramientas necesarias para lograr la adecuación entre los intereses de la persona para desempeñar actividades significativas y sus capacidades para poder desempeñarlas, por tanto puede que una persona no pueda realizar

ninguna de sus actividades significativas bien porque la actividad no es adecuada a sus características personales, en cuyo caso sería necesario adaptarla o graduarla, o bien porque la persona no posea las capacidades necesarias para poder realizarla en cuyo caso tendríamos que actuar, por un lado con un enfoque rehabilitador de manera directa sobre sus capacidades y por otro lado, con un enfoque compensatorio compensando sus déficit con adaptaciones, productos de apoyo o simplemente modificando la actividad mediante la adaptación a sus necesidades.

Otra de las aportaciones es que el terapeuta ocupacional cuenta con escalas de valoración propias, estandarizadas y validadas que nos aportan información importante acerca de los aspectos clave (intereses, roles, participación) tanto de la TO como del MACP:

- Instrumentos de valoración del MOHO.
- Instrumento de valoración del C.O.M.P.

Desde el MACP se cuenta con las herramienta Avanzar en AGCP (Martínez, 2013), que está diseñada para guiar la revisión participativa interna de los centros que quieren avanzar en el progreso hacia una atención centrada en las Personas, su propósito fundamental es facilitar la reflexión grupal por parte de los profesionales de centros gerontológicos analizando desde la óptica de la ACP los distintos procesos de atención del centro; The Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT) (Edvardsson et al. 2010) que se dirige a evaluar en qué grado las residencias para personas mayores ofrecen, según la opinión de sus profesionales, una atención centrada en las personas y The Staff Assessment Person-directed Care (PDC) (White et al. 2008) que se dirige a evaluar en qué grado las residencias para personas mayores ofrecen, según la opinión de sus profesionales, una atención centrada en las personas. Sin embargo no cuenta con instrumentos específicos para valorar aspectos importantes en la implementación del modelo como el impacto de la volición, habituación, habilidades de desempeño y factores ambientales en la participación ocupacional desplegada en diferentes contextos ambientales; la identificación, atracción y patrón de intereses en el pasado, presente y proyección futura; la autopercepción acerca de su competencia ocupacional en una variedad de ocupaciones diarias y el grado de importancia asignado a estas; registro de información acerca de las percepciones de competencia personal, valores y placer experimentados al participar en ocupaciones; registro de información acerca de la participación en roles en el pasado, presente y futuro y la percepción de la importancia de esos roles; evaluación de habilidades para participar en actividades significativas; la participación ocupacional en el presente; los aspectos subjetivos de la persona y conocer la evolución de su percepción

tanto en la satisfacción como en la realización de las ocupaciones.

Todos estos aspectos, tan importantes en los fundamentos y principios rectores de la ACP, se pueden valorar mediante los instrumentos de evaluación señalados, propios y específicos de TO.

Como limitaciones se puede señalar que muchos de esos instrumentos, principalmente los referidos al MOHO, no pueden ser utilizados si no se recibe una formación específica que te capacite para la aplicación de los mismos, formación a la que no es fácil de acceder, entre otros aspectos, por su escasa formación en España. Sin embargo otros instrumentos sí pueden ser utilizados sin necesidad de tener formación específica.

Por último reseñar que el MACP carece de un proceso que marque las líneas de intervención para poder llevar a cabo todos sus principios y enfoques teóricos, en contraposición, desde los modelos de TO se proponen diferentes tipos de procesos de intervención estructurados que facilitan llevar a cabo una intervención basada en la persona, teniendo en cuenta todas sus dimensiones, sus intereses, sus roles, su autopercepción, sus habilidades y capacidades con el fin de diseñar programas individualizados basados en actividades significativas, sin olvidar en el entorno, con el fin de que la persona logre sus objetivos y alcance mayor independencia funcional, autonomía moral, bienestar personal y CV.

Por tanto, también podemos afirmar que desde la TO se pueden hacer aportaciones significativas al MACP que facilitarían, favorecerían y enriquecerían su proceso de implementación. Tan sólo se ha encontrado un estudio, Bermejo (2014), donde se correlacione la TO en la aplicación del MACP utilizando procesos e instrumentos de evaluación propios de TO en la implementación del MACP. Pudiendo ser esta otra de las líneas futuras de investigación.

6 Bibliografía

- AGE, y EDE. (2010). Carta de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que necesitan atención y asistencia de larga duración. Europa: AGE y EDE.
- AGE, y EDE. (2012). Marco europeo de calidad de los servicios de atención a largo plazo. Europa: AGE y EDE.
- Algado, S. S., & Urbanowski, R. (2006). El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. Revista electrónica de terapia ocupacional. Galicia, TOG, (3), 6.

- Ávila Álvarez, A., Martínez Piédrola, R., Matilla Mora, R., Máximo Bocanegra, M., Méndez Méndez, B., & Talavera Valverde, M. A. (2008). Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. AOTA. Revisado el 7 de abril de 2019.
- Bermejo G.,L (2014). Estudio sobre la creación de una unidad de calidad de vida en personas con demencia en fases iniciales. Colección estudios serie dependencia. Ministerio de Asuntos Sociales e Igualdad. Madrid.
- Bermejo, R. V., Monreal-Bosch, P., García, L. B., Cueria, Y. C., Prado, S. F., Mendizábal, M. R. L., & Valcarce, A. R. (2016). El empoderamiento en el ámbito de la gerontología clínica y social. Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 51(4), 187-188. Consultado el 10 de mayo de 2019
- Braveman, B., Kiehofner, G., Bélanger, R., de las Heras, C.G. & Llerena, V. (2004). Desarrollo de Programas. En Gary Kielhofner (Ed.): Modelo de ocupación Humana: Teoría y Aplicación. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Brooker, D. (2013) Atención Centrada en la Persona con demencia, mejorando los recursos. Barcelona. Octaedro Psicoterapias
- De las Heras, C. G. (2015). Modelo de ocupación humana. Síntesis.
- De las Heras, C. G. (2015). Significado de la terapia ocupacional: Implicaciones para la mejor práctica. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, 2(7), 9. Consultado 18 de abril de 2019.
- Durante, P., Moruno, P.(1998) Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Editorial Masson. Barcelona.
- García, J., (2012) Pinel, El hospital de Zaragoza y Terapia Ocupacional. Revista Asociación Española de Neuropsicología 33 (118), 379-380. Consultado el 3 mayo de 2019.
- García, S., A., Díaz, V.,Pura.,Suárez, P. de E.,N., Mondragón, G., Sancho, M. (2017). Estudio de la implicación en un grupo de personas con demencia con atención tradicional y un grupo con atención centrada en la persona. Revista Española de Geriatría y Gerontología.Volumen 52, pp 65-70. Consultado el 3 mayo de 2019.
- Goikoetxea M., (2014) La ética como referente de la atención Integral y Centrada en la Persona. En P. R. Rodríguez y A. Vilá i Mancebo (Coords.), Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona teoría y práctica en ámbitos de envejecimiento y la discapacidad (pp 59-82). Madrid. (Rodríguez, P., Vilá y Mancebo, A., 2014).
- Heredia-Torres, M, P., Brea-Rivero, M., Martínez-Piédrola, R.M., (2007) Origen de la Terapia Ocupacional en España .Revista de Neurología 45 (11): 695-698. Revisado el 3 de mayo de 2019 y extraído de www.publicacions.ub.es

- Kielhofner G.(2004). Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. Editorial Médica panamericana. Philadelphia.
- Kielhofner, (2011). Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- López, B. P., Molina, P. D., & Arnaiz, B. N. (2001). Conceptos fundamentales de terapia ocupacional. Ed. Médica Panamericana.
- Martínez, T. (2013). La atención Centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato en personas mayores. Sociedad y Utopía, Revista de Ciencias sociales, 41 pp 209-231. Consultado el 2 de abril de 2019.
- Martínez, T. (2013). Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la persona. Consultado el 17 de abril de 2019.
- Martínez, T., & Viega, D. P.; Sancho, T.; y Rodríguez, P.(2014). Atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos.
- Martínez, T. (2015). El PCAT y el PDC, dos instrumentos de evaluación de la ACP en servicios gerontológicos validados en población española. Informes acpgerontologia, n°2. Consultado el 17 de abril de 2019.
- Martínez, T (2015). La Atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de Atención e Instrumentos de evaluación. Oviedo (tesis doctoral) Universidad de Oviedo.
- Martínez T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Martínez, T. (2017). La evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria, 31(3),83-89. Consultado 15 de abril de 2019.
- Martínez, T. (2018). Uso y utilidades de la herramienta para la revisión participativa AVANZAR-AGCP. Informes acpgerontologia, n°6. Consultado 13 abril de 2019.
- McCormack, B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. International Journal of Older People Nursing, 13, 31–38.
- Moruno, P., & Romero, D. (2006). Actividades de la vida diaria. Editorial Elsevier Masson. España.
- Navarrón C.E.L., Ortega, V., A.,(2000). Rehabilitación psicosocial: una perspectiva desde el modelo de ocupación humana. Consultado 3 de abril de 2019.
- Nolan, M. (2001). Successful ageing: keeping the ‘person’ in person-centred care. British Journal of Nursing, 10 (7), 450-454.
- Organización Mundial de la Salud. (1991). Principios a favor de las personas de

edad. Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud. (2000). Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Modelo social discapacidad y Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: Oportunidades de salud, seguridad y participación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Paradigmas de la terapia Ocupacional (2013). Consultado 30 marzo de 2019.
- Rivero, M. B. (2008). Terminología consensuada en terapia ocupacional: marco para el entendimiento. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, (7), 6. Revisado el 4 de abril de 2019.
- Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Informes Portal Mayores, nº 106.
- Rodríguez, P., Bermejo, L., Marín, J.M., Valdivieso, C., (2011). Servicios de Ayuda a Domicilio. Manual de planificación y formación. Editorial Panamericana. Madrid.
- Rodríguez P. (2013). La Atención Integral y Centrada en la Persona. Colección Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid
- Rodríguez, P. (Coord) (2014). Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y aplicaciones en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad. Madrid: Tecnos.
- Sancho M. Centros de día: Conceptualización en Centros de día para personas mayores dependientes. (1996) Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, INSERSO.
- Sánchez, A. I. C. (2010). Terapia Ocupacional en Geriatria y Gerontología: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Durante, P., Moruno, P. (1998) Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. Editorial Masson. Barcelona.
- Sancho M., y Yanguas J., (2014) Evidencia sobre el bienestar cuando se realizan actividades de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos. En P. R. Rodríguez y A. Vilá i Mancebo (Coords.), Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona teoría y práctica en ámbitos de envejecimiento y la discapacidad (pp 303-314). Madrid. (Rodríguez, P., Vilá y Mancebo, A., 2014)
- Schell, B., Gillen, G. Scaffa, M., (2016). Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Sharlock , R. L. y Verdugo, M. A. (2003): Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Alianza Editorial, Madrid.

[Original publicado en 2003 por la Americana Association on Mental Retardation, Washington, DC.]

- Simó , A. S.(2006). El modelo canadiense de desempeño ocupacional I.Revista TOG, 3,

Revidado el 4 de abril de 2019. Verdugo M.A, (2014) El modelo de calidad de vida en personas con discapacidad y personas mayores. En P. R. Rodríguez y A. Vilá i Mancebo (Coords.), Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona teoría y práctica en ámbitos de envejecimiento y la discapacidad (pp 122-136). Madrid. (Rodríguez, P., Vilá y Mancebo, A., 2014).

- Vila, J., Villar, F., Celdrán, M., y Fernández, E. (2012). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Aloma*, 30(1), 109-117.

- Vilá i Mancebo, A. (2014). El nuevo paradigma legislativo y su relación con el modelo AICP. En P. R. Rodríguez y A. Vilá i Mancebo (Coords.), Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona teoría y práctica en ámbitos de envejecimiento y la discapacidad (pp 122-136). Madrid. (Rodríguez, P., Vilá y Mancebo, A., 2014)

Word Federation of Occupational Therapists (2016). Recuperado 8 de junio de 2019.

- Yanguas Lezuan, J.J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Colección Estudio de Personas Mayores. Madrid

Capítulo 818

LA REEDUCACION POSTURAL GLOBAL (RPG)

MARIA ASUNKA PEREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La RPG es una terapia que se fundamenta en el estudio minucioso de la anatomía, fisiología y manera en que enferma el ser humano. Para conocer las técnicas de reeducación postural debemos saber los métodos por los que nuestro cuerpo siente.

2 Objetivos

Explicar una de las técnicas de fisioterapia existentes, apta para todos, y estudiando previamente el funcionamiento del cuerpo humano para llegar a conocer como nos influyen ciertos comportamientos a la hora de evitar lesiones

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Nuestro cuerpo analiza los estímulos recibidos por los receptores cuando estos mandan sus fibras nerviosas sensitivas aferentes a la médula espinal. Allí se unen con otra neurona que sube hasta las regiones cerebrales superiores, pasando por el tálamo o hipotálamo (donde se analiza si es una sensación conocida). Finalmente llega a la corteza cerebral donde se hacen conscientes y se interpretan. Una vez analizado por la corteza cerebral, mediante neuronas motoras o eferentes que bajan de la medula al órgano, articulación o músculo, se envía la respuesta. P.ej. : movimiento voluntario. Todo esto ocurre en cuestión de milisegundos.

Debemos distinguir entre movimientos voluntarios e involuntarios. Cuando aprendemos una acción (p.ej. conducir), estamos interiorizando movimientos, automatizándolos. Esto es un mecanismo que crea nuestro cuerpo, nuestro cerebro, para ahorrar trabajo a la corteza cerebral. Aunque este hecho la mayoría de veces es positivo puede resultar que estos automatismos no sean del todo correctos o si tenemos malos hábitos posturales al ser estos automatizados sea más difícil cambiarlos.

Para entender mejor la técnica de reeducación postural global debemos tener en cuenta dos conceptos:

- Centro de gravedad: punto de equilibrio o donde se concentra el peso de un objeto. Es el punto más estable de nuestro cuerpo.
- Base de sustentación: espacio que queda entre los pies. Cuanto más juntos tengamos los pies, menos equilibrio tendremos y seremos más vulnerables a caídas.

Estos conceptos tienen importancia porque:

- Si cargamos peso cerca del cuerpo nos cuesta menos porque esta más cerca del centro del gravedad.
- Si estamos sentados, tumbados, el centro de gravedad varía.

A principios de los años ´80, Philippe Enmanuel Souchart desarrolló un método de fisioterapia suave, progresivo y activo, válido para cualquier edad dependiendo de las posibilidades de cada persona. El tratamiento RPG consiste en la realización de una serie de ejercicios progresivos de estiramiento global. Se fundamenta en el análisis minucioso, estudio y observación de la anatomía, fisiología y manera en que enferma el ser humano. Los principios en los que se basa son:

- Los músculos se organizan en cadenas.- no existe acción muscular aislada, el cuerpo organiza sus gestos y movimientos a través de cadenas funcionales compuestas por una serie de músculos y las articulaciones que movilizan. Cuando un

componente de la cadena falla, toda ella se ve afectada. Hay que tratar toda la cadena funcional corrigiendo todos sus componentes a la vez.

- Existen músculos estáticos y dinámicos. Los dinámicos pierden eficacia cuando están atrofiados o tienen poco tono y los estáticos lo hacen cuando están rígidos, acortados o con tono excesivo. Debemos ejercitar los dinámicos y sobre todo estirar los estáticos para ganar elasticidad, recuperar el tono muscular y eliminar tensiones innecesarias.
- La gravedad y la acción muscular comprimen las articulaciones. Las articulaciones y discos intervertebrales soportan el peso del cuerpo pero además sirven de punto de apoyo para que los músculos puedan ejercer sus acciones (mantenernos erguidos o realizar movimientos). El fortalecimiento excesivo o inadecuado de la musculatura contribuye a la desalineación y compresión articular, base de muchas dolencias. Así, un objetivo principal de la RPG es recuperar el espacio articular por medio del estiramiento suave y progresivo.
- La respiración: cualquier alteración en el cuerpo o en la mente provoca una alteración en la respiración y a la inversa. La respiración repercute en la forma y funcionamiento del cuerpo. Es por ello importante respirar bien, sin bloqueos ni tensiones. Debemos flexibilizar el tórax y relajar la musculatura inspiratoria, que en ocasiones se encuentra muy tensa.

5 Discusión-Conclusión

Existen posturas básicas para redefinir el esquema corporal y que el individuo adopte posturas y realice movimientos menos lesivos. Con ellos se ganará flexibilidad, fuerza y resistencia muscular, reduciendo el riesgo de lesiones futuras. Algunas de estas posturas básicas que se trabajan en la terapia RPG son:

- Rana en el suelo.
- Rana en el aire con brazos juntos o separados.
- Inclineda 90° con los brazos pegados al tronco.
- De pie en el centro o contra la pared.
- Sentada.

6 Bibliografía

- Asociación Española de RPG.

Capítulo 819

LAS PULSERAS IDENTIFICATIVAS HOSPITALARIAS.

CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ

MARÍA LUZ ALONSO PEÑA

1 Introducción

La seguridad se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

La identificación adecuada del paciente es el gesto más importante en el ámbito asistencial para garantizar la ausencia de complicaciones, problemas y errores durante la atención sanitaria que pueden tener consecuencias muy graves.

La identificación, comprobación y confirmación de los datos del paciente son los pilares para una correcta asistencia sanitaria del paciente desde que entra por urgencias contribuyendo de esta manera a su seguridad. Los procedimientos tradicionales de identificación como número de cama o habitación, diagnóstico o identificación verbal, no nos garantizan una adecuada e inequívoca identificación segura y correcta. Por este motivo en todo el sistema sanitario español se están tomando medidas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

La identificación inadecuada del paciente es una causa importante de las complicaciones asociadas a errores en la asistencia sanitaria. Estos problemas afectan a todo el personal que trabaja en un hospital en atención directa con pacientes (tanto si es sanitario como no sanitarios).

2 Objetivos

- Dar importancia a las pulseras identificativas como una solución eficaz.
- La implantación siempre de ellas a los pacientes desde su primer paso por urgencias o en un ingreso programado.
- Que la identificación del paciente sea perfecta para prevenir cualquier posible error.
- Concienciar al paciente y a la familia de la importancia de su participación en el proceso de identificación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica teniendo en cuenta el estudio EVADUR (Estudio de eventos adversos en urgencias hospitalarias de España).

4 Resultados

Con las pulseras identificativas generalmente colocadas en el brazo, se evitarán incidentes adversos relacionados con la identificación del paciente. Siempre se comprobará antes de realizar cualquier procedimiento sobre el paciente (prueba diagnóstica o terapéutica, administración de tratamientos...) o traslado a otros servicios del hospital o a otros centros.

Se ha visto beneficio en su uso, tanto en el ámbito de urgencias como en las plantas de hospitalización. Existen datos identificativos inequívocos que son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos con otros: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y número único de historia del servicio de salud al que pertenece.

Es vital que el celador que traslada al paciente desde cualquier localización o servicio (urgencias, observación, radiología, ingresos, pruebas diagnósticas, zona quirúrgica ...) confirme que el nombre del paciente corresponde con el de la pulsera.

5 Discusión-Conclusión

El sistema de identificación mediante la pulsera identificativa permite al personal hospitalario conocer en todo momento la identificación del paciente al que prestamos la atención hospitalaria mejorando así su seguridad.

Las medidas propuestas se centran en fomentar que los profesionales sanitarios y no sanitarios apliquen sistemas para la correcta identificación de los pacientes con la utilización de las pulseras.

También hay que preguntar al paciente y dejar que este nos responda para confirmar su nombre y apellidos. Nunca es fiable el número de habitación, cama, sillón etc...

6 Bibliografía

- <https://www.hgc.es/es/>
- <https://hospitaldenens.com>
- <https://www.satoeurope.com/es/products/wristbands.php>
- <http://www.humv.es/>

Capítulo 820

CARACTERÍSTICAS DE LOS BANCOS DE LECHE MATERNA. EXPANSIÓN, IMPLANTACIÓN E INDICACIONES DE LA LECHE DE BANCO.

DIEGO CALDERÓN GONZÁLEZ

AURORA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

PAULA GARCÍA PRIETO

1 Introducción

El origen de los Bancos de Leche Materna está en el primer tercio del S. XX, apareciendo el primero en el año 1900 en Viena y extendiéndose a partir de ahí lentamente por el resto de mundo.

Los bancos españoles tienen todos parecida estructura y funcionamiento y su origen y desarrollo se da a partir del año 2000, con una totalidad de 15 bancos creados hasta la fecha. Son el máximo exponente de la lactancia materna solidaria en el S.XXI.

2 Objetivos

- Averiguar cuales son las indicaciones de la leche de banco.
- Entender la posición de los bancos de leche frente a la lactancia materna.

- Conocer que es un banco de leche humana, su origen y cómo funciona un banco de leche materna español.
- Saber cual es la dinámica y el proceso de expansión e implantación de la institución a lo largo del mundo y en el propio territorio nacional.

3 Metodología

Se realizó una investigación y revisión bibliográfica en páginas web de organizaciones reconocidas en el tema como la Asociación Española de Bancos de Leche Humana, la Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano y el Programa Ibero-Americano de Bancos de Leite Humano. También utilizaron las bases de datos de enfermería CUIDEN y la sanitaria COCHRANE PLUS.

4 Resultados

Un Banco de Leche es el dispositivo sanitario establecido para la obtención de leche humana a fin de recogerla, procesarla, almacenarla y dispersarla. La obtención, procesamiento y distribución de la leche de banco está fuertemente regulada, como corresponde a su carácter sustancia biológica viva. La donación de ésta, como cualquier otra donación, será siempre altruista y desinteresada.

Tras su origen en Viena en el 1900, los bancos se extienden por el mundo. En España el primero en crearse fue el Banc de Llet Materna de les Illes Balears (2001) y actualmente todos los centros en activo se encuadran en 3 diferentes modelos: los ubicados en las propias Unidades de Neonatología, los integrados en los Centros de Donación de Sangre y Tejidos, y los modelos mixtos. Brasil es el país con la red de bancos más extensa con 212 centros.

La existencia y actividad de los bancos de leche materna jamás entrará en contradicción con la propia lactancia materna, sino que la fomentará e impulsará.

La leche de banco tiene unas indicaciones muy específicas y un uso restringido por ser un bien escaso. En nuestro sistema primará su uso en prematuros y niños con diversas patologías.

5 Discusión-Conclusión

- Los bancos de leche son una institución cuidadosamente regulada que ofrece un producto seguro, la leche materna de banco.
- Su presencia en la sociedad es ya de vital importancia en países como Brasil, y cada vez más en países como el nuestro.
- En España existen 15 bancos distribuidos por los diferentes sistemas sanitarios de las comunidades autónomas. Esto deja que en gran parte de la población sin los beneficios de este servicio, cuestión que a falta aún de un banco por comunidad debería solventarse.
- La tendencia creciente a la nueva creación de bancos, exige y exigirá a los profesionales una gran labor en formación propia y en educación sanitaria a la población.
- La aparición de nuevos bancos de leche ofrece a cada vez más madres una alternativa cuando les resulta imposible instaurar una lactancia materna efectiva. De esta forma sus recién nacidos pueden disfrutar y beneficiarse de las ventajas de la ingesta de leche materna.

6 Bibliografía

- 1-Asociación Española de Bancos de Leche Humana [Internet].
- 2-Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano [Internet].
- 3-Programa Iberoamericano de Bancos de Leite Humano [Internet].
- 4-Moreno Villares JM. Experiencia, funcionamiento, investigación y futuro de los Bancos de Leche. *Rev Española Pediatría*. 2015;71(5):299–300
- 5-García-Lara NR, García-Algar O, Pallás-Alonso CR. Sobre bancos de leche humana y lactancia materna. *An Pediatr*. 2012;76(5):247–9.
- 6-Vázquez Román S, Alonso Díaz C, Medina López C, Bustos Lozano G, Martínez Hidalgo MV, Pallás Alonso CR. Puesta en marcha del banco de leche materna donada en una unidad neonatal. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71 (4): 343-348.

Capítulo 821

ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE HUMANIZACIÓN ANTE EL FINAL DE LA VIDA

MARIA ELENA ORDOÑEZ FERNANDEZ

LILIANA MARIA RODRÍGUEZ SUAREZ

1 Introducción

El nacimiento y la muerte forman inevitablemente parte de nuestras vidas, siendo ambos momentos muy especiales y de gran intensidad emocional para los seres humanos. Cada pueblo, cultura o civilización que habita o habitó la Tierra tiene un punto de vista y unas tradiciones y rituales diferentes sobre el final de la vida (1). Ya desde el primer momento del diagnóstico, la muerte nos cambia la realidad de lo que nos va a quedar y de lo que se queda.

Entender el período de duelo es hablar de dolor, pena, aflicción y sentimientos (2). Shakespeare definió el duelo “como la expresión de máximo dolor y vacío experimentado por el hombre, un momento de profundo y duradero impacto en las vidas de las personas” (3). Este momento requiere de una atención holística, teniendo en cuenta las necesidades de las personas en esta situación de pérdida y siempre cumpliendo con la dignidad humana y con el deseo de la persona que fallece (4) (5).

A veces, la muerte puede venir acompañada de un deterioro generalizado del estado de salud del paciente, lo que ya nos hace sospechar que la muerte está próxima. Cuando esta fase está próxima, se suele producir en el paciente una

disminución del nivel de conciencia, lo cual tiene un gran impacto emocional en el entorno familiar del paciente. Es por todo esto que es importante una atención integrada y efectiva para prevenir estas situaciones y minimizar en la medida de lo posible el sufrimiento de las personas que lo viven (4) (5) (6).

La muerte puede sobrevenir de manera repentina o de manera más paulatina, en este último caso, el paciente seguramente habrá requerido de cuidados paliativos durante su última fase de vida. Estos cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y su familia para intentar aliviar el sufrimiento y aliviar los problemas psicológicos y emocionales. (7) (8) dentro de este contexto, el Consejo de Europa ampara “el derecho de las personas con enfermedad avanzada y terminal a morir en paz y con dignidad, e insiste en el deber del profesional sanitario de hacer todos los esfuerzos para aliviar el sufrimiento” (8).

La pérdida de un ser querido es una situación muy difícil, ya que desorganiza el mundo personal y emocional. Además afecta a nivel individual y colectivo, en función de la unión existente con el paciente fallecido. Es por ello que se necesita de un tiempo para poder restablecer la calma y normalidad dentro de la familia que se queda. Todos estos procesos son diferentes para cada individuo que lo vive y forma parte del proceso que denominamos duelo.

2 Objetivos

- Realizar un análisis de los métodos a seguir ante el final de la vida en España para determinar las fortalezas y debilidades.
- Establecer las principales causas de insatisfacción con el servicio.
- Formular propuestas para mejorar la satisfacción de los usuarios con el servicios desde una perspectiva humanizadora.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre el final de la vida en España y los estudios sobre la satisfacción de los usuarios. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Los descriptores utilizados fueron “final de la vida”, “humanización”, “satisfacción”. Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean

anteriores al año 2010 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

Las prioridades de un paciente ante el final de su vida son el alivio de los síntomas de la enfermedad, evitar la prolongación innecesaria de esa situación, tener la sensación de que está tomando sus propias decisiones, no ser una carga par el entorno más cercano y estrechar lazos con los seres más queridos (9).

En España se está avanzando para mejorar esa etapa de cuidados paliativos, en la Comunidad de Madrid el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid para el año 2010-2014 ya establecía que “todo ciudadano que necesite atención paliativa debe tener acceso inmediato y cercano a todos los recursos de cuidados paliativos específicos, como forma integral de una coordinación interprofesional, según las necesidades de la persona y su complejidad”. Este plan estratégico ya abordaba la necesidad de ofrecer cuidados a los pacientes que están ante el final de su vida, ya que se mejora la satisfacción de los pacientes y familiares, ya que se abordan las necesidades de estos de manera integral y efectiva. (8)

No todas las muertes vienen precedidas de un proceso de larga enfermedad, en el que se tiene tiempo para poder preparar y asumir todo el proceso de la muerte. En estos casos es importante apoyarse en los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos, tal y como describe el Plan estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid (8) y que se enumeran a continuación:

- Atención al dolor, otros síntomas físicos y a las necesidades emocionales, sociales y espirituales y aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares.
- Información, comunicación y apoyo emocional, asegurando el enfermo ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras y honestas y expresar sus emociones.
- Asegurar la continuidad asistencial a lo largo de la evolución del proceso, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los ámbitos y recursos implicados.

La cercanía de la muerte tiene una gran repercusión sobre las personas que lo viven, por el significado de pérdida que rodea el momento. Esto hace necesario por parte de los profesionales sanitarios que puedan prevenir y detectar con antelación este sufrimiento y así poder aportar una atención necesaria y adaptada

a cada caso. (10)

Tanto si el fallecimiento se produce en un hospital o en su domicilio, tanto si la muerte es esperada o no, es importante avanzar en el proceso de humanización del proceso de final de la vida, tanto a nivel estructural como a nivel de actitud, entendido como la manera de acercarnos y entender de la mejor manera posible las necesidades del paciente y de la familia, independientemente de su situación económica, familiar, de sexo, edad o lugar de elección del fallecimiento.

5 Discusión-Conclusión

Después de lo expuesto, es necesario avanzar en medidas de humanización efectivas ante uno de los procesos más delicados, tanto a nivel emocional como personal, que se producen dentro del sistema sanitario. Es por ello importante establecer unos objetivos a conseguir para así poder conseguir una humanización efectiva y eficaz, que resulte en una mejora del sistema y de las experiencias de las personas que tienen que pasar por este proceso. Los objetivos a conseguir son:

- Proporcionar atención integral y multidisciplinar a las personas en duelo.
- Proporcionar confort a las personas y familiares ante el final de su vida.
- Tener en cuenta las decisiones que haya podido tomar la persona para el momento de final de su vida o para después de morir.
- Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios para afrontar la atención del duelo.
- Informar y asesorar a los familiares sobre los trámites administrativos a realizar tras el fallecimiento.
- Tratar el dolor y otros síntomas que pueden aparecer al final de la vida.
- Potenciar la comunicación y coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales para la atención integral en el final de la vida.

6 Bibliografía

1. Martínez Cruz MB. La muerte, diferentes actitudes. Breve recorrido histórico en Occidente. En: Martínez-Cruz MB, Monleón-Just M, Carretero-Lanchas Y, García-Baquero MT. Enfermería en Cuidados Paliativos y al final de la vida. Ed. Barcelona, Elsevier, 2012: 9-15.
2. Definición de duelo. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. Citado 16 May 2016.

3. Nomen Martín L. Tratando el proceso de duelo y de morir. Madrid, Pirámide, 2008:17.
4. Gala León F.J., Lupiani Jiménez M., Raja Hernández R., Guillén Gestoso C., González Infante J.M., Villaverde Gutiérrez Ma. C. et al . Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. Cuad. med. forense [Internet]. 2002 Oct
5. Ameneiros Lago E , Carballada Rico C, Garrido Sanjuán JA. Los documentos de Instrucciones Previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. Galicia Clin 2011; 72 (3): 121-124
6. SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Internet). Los últimos días: Atención a la agonía. Guía de Cuidados Paliativos. Madrid: SECPAL; 2014; citado 9 May 2016.
7. OMS: Organización Mundial de la Salud: Programas nacionales de control de cáncer. Políticas y guías para la gestión. 2A ed, versión en castellano. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
8. Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.
9. Singer PA, Martin DK, Kelner MK. Quality end-of-life care. Patients' perspectives. JAMA 1999; 281 (2):163-8.
10. Du Boulay S. Cicely Saunders. Fundadora del movimiento Hospice de Cuidados Paliativos. Ed Madrid, Palabra, 2011.

Capítulo 822

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

SAÚL FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

PABLO RODRÍGUEZ NEIRA

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM), conocida también como esclerosis diseminada, es una alteración primaria de las vainas de mielina en la que están afectados los axones nerviosos en forma secundaria. La mielina, envuelve a los axones nerviosos en un proceso de envoltura y tiene dos funciones:

- Controla el pasaje de iones de los cuales depende la transmisión de impulsos nerviosos.
- Tiene una acción aislante.

2 Objetivos

- Describir el manejo y tratamiento de los síntomas de la EM por parte del terapeuta ocupacional (TO).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura cientí-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Otseeker y Cochrane Library, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Tratamiento y manejo de los síntomas, desde el punto de vista del terapeuta ocupacional (TO):

Para el tratamiento de la fatiga se comenzará por intentar eliminar o disminuir aspectos secundarios que puedan estar intensificándola como la baja forma física, alteraciones en el área de descanso y sueño, trastornos del estado de ánimo. Algunos programas que se pueden desarrollar para el abordaje de este síntoma pueden ser crioterapia, ejercicios en el agua (terapia acuática), programas de ejercicios graduales, etc.

Será preciso asesorar y entrenar al paciente en técnicas de ahorro de energía incidiendo en la planificación y organización de las actividades a realizar; la alternancia entre trabajo y descanso, simplificación de las tareas, uso de productos de apoyo y modificaciones en el entorno si fuesen necesarias. Como medida general se adaptarán las actividades a las horas de mayor o menor fatiga, realizando un control previo de las horas en las que la fatiga es más acusada.

Para abordar el problema del temblor en los miembros superiores, en el caso de que el paciente conserve un grado aceptable de fuerza muscular, una estrategia puede ser el uso de muñequeras lastradas, las cuales lo amortiguarán. Hay que tener en cuenta que el mantenimiento de peso puede aumentar la fatiga, algo que se debe evitar.

En cuanto a la ataxia, el objetivo será mejorar la estabilidad postural y mejorar la coordinación de movimientos. Será necesario modificar y corregir el patrón postural del paciente atáxico en la medida de lo posible mediante técnicas de facilitación neuromuscular. Los cambios de peso en diferentes posiciones, durante la marcha y los desequilibrios en diferentes posiciones (reacciones de enderezamiento y paracaídas) son útiles en la intervención de este síntoma.

Además, para el tratamiento del equilibrio se ha de tener en cuenta la posición tanto en bipedestación como en sedestación. En la primera se trabajará mediante desequilibrios buscando reacciones de enderezamiento. Para trabajar el equilibrio en sedestación se buscará un adecuado posicionamiento y seguridad en la realización de diferentes alcances.

En cuanto a la espasticidad, el tratamiento consistirá en rehabilitar a la persona mediante ejercicios de arco de movimiento tanto pasivos como activos para evitar acortamientos; estiramientos musculares, aplicación de calor superficial en articulaciones pequeñas como las muñecas y ultrasonidos en las más profundas. Se podrá combinar el tratamiento rehabilitador con un tratamiento farmacológico inyectando toxina botulínica tipo A que reduce la espasticidad durante aproximadamente 6 meses. Además, para prevenir la debilidad muscular o aumentar la fuerza, se pueden utilizar ejercicios resistidos progresivos, con o sin carga y actividades deportivas como natación o bicicleta.

Puede darse en estadios avanzados una necesidad de intervención sobre la deglución por problemas de disfagia. Se pueden utilizar estrategias compensadoras como el reducción del bolo alimenticio, maniobras posturales, e incremento de la percepción sensorial oral.

Como pautas generales se deberá tener en cuenta el posicionamiento frente a la actividad, una correcta postura en sedestación formando tres ángulos de 90° en caderas, rodillas y tobillos; miembros superiores relajados apoyados en la mesa; y tener al alcance todos los elementos que se requieran para la actividad de alimentación para evitar sobreesfuerzos y la aparición de fatiga.

En cuanto al dolor crónico, según Sánchez Cabeza y Arana-Echevarría Morales “no existe suficiente evidencia sobre la efectividad del tratamiento en el dolor crónico en personas con EM, pero parece que la intervención cognitivo-conductual y los programas de rehabilitación multidisciplinar proporcionan mejoras en el funcionamiento y en la reducción del dolor”. Por lo general el tratamiento para el dolor crónico suele ser un tratamiento farmacológico.

Otro tipo de síntomas con necesidad de abordaje desde la TO son los urinarios. El tratamiento consiste en combinar terapia farmacológica y terapia rehabilitadora mediante pautas de educación para la salud y entrenamiento en productos de apoyo.

En fases avanzadas de la enfermedad, el terapeuta ocupacional puede encontrarse con alteraciones respiratorias probablemente por una afectación de la musculatura respiratoria, una postura inadecuada en la silla de ruedas o por encajamiento. Todo esto puede traducirse en un uso inadecuado de los músculos respiratorios, cambios estructurales, tos ineficaz y lo no coordinación de la respiración a la hora de realizar las actividades de la vida diaria. Se debe entrenar al paciente en la realización de una respiración diafragmática. También es útil la tonificación de los músculos implicados en la producción de tos. Además, en

pacientes en los que la enfermedad está avanzada, es decir, en pacientes encamados, se pueden realizar terapias físicas para las secreciones bronquiales, así como drenaje, vibración y percusión pulmonar.

En los pacientes con EM también es frecuente la aparición de alteraciones de la sensibilidad superficial, profunda, térmica y nociceptiva. Por lo tanto serán necesarias pautas compensatorias y ayudas técnicas como grifos regulables en temperatura, protectores para radiadores, placas de inducción, etc. Esta enfermedad produce también alteraciones en la marcha que deberán ser abordadas mediante técnicas de reeducación como la facilitación y la orientación de tareas, consistente en un reentrenamiento de tareas funcionales como por ejemplo reentrenamiento de la longitud del paso, del juego talón-punta, disminución de la base de sustentación, giros, obstáculos, etc. Todas estas tareas deberán graduarse conforme a las necesidades de la persona.

Otros síntomas que pueden sufrir los enfermos de EM son: disartria, que deberá ser abordada necesariamente por un logopeda; síntomas sexuales, cuyo tratamiento será psicológico o farmacológico; síntomas digestivos, bien estreñimiento o incontinencia fecal.

- Intervención en alteraciones cognitivas:

Las afectaciones cognitivas suelen estar en un segundo plano en cuanto a la intervención desde TO en EM. Será de gran importancia el reentrenamiento cognitivo de este tipo de alteraciones para lograr la máxima independencia en todas las actividades de la vida diaria. Además la intervención ha de ser constante e interdisciplinar. Dos factores a tener en cuenta son el entorno del paciente y la evolución de la enfermedad, sin olvidar posibles manifestaciones de enfermedades mentales (depresión, ansiedad, etc.) y neurológicas (accidente cerebro-vascular, traumatismo cráneo-encefálico y parálisis cerebral)

En los casos en los que la persona pueda no ser consciente del déficit o déficits que presenta se procederá a informarle sobre la situación. En el caso de que exista deterioro de comprensión, se informará a sus familiares. Las alteraciones cognitivas pueden abordarse bien mediante restauración, recuperando o mejorando la función alterada mediante actividades repetitivas y graduadas; o bien mediante compensación para reemplazar las funciones alteradas utilizando modificaciones y adaptaciones del entorno y/o de la actividad.

A continuación se indican una serie de intervenciones útiles para las alteraciones de memoria, atención y funciones ejecutivas.

Por lo que se refiere a la memoria, algunas actuaciones convenientes podrían ser el entrenamiento en la utilización de reglas nemotécnicas, como agrupar, repetir y asociar palabras; la realización de modificaciones o adaptaciones sencillas en el entorno, como por ejemplo establecer lugares fijos para dejar los objetos de frecuente uso, activar una alarma para las tomas de medicación, orientar las estancias del hogar mediante carteles con el nombre de cada una.

En cuanto a la atención, esta se podrá intervenir fácilmente con una serie de estrategias como la planificación y programación de actividades en un orden jerárquico de demanda atencional, establecer periodos frecuentes de descanso, dar instrucciones sencillas y directas y pedir a la persona que verbalice las secuencias de las actividades.

Por último, y en relación con las funciones ejecutivas, la intervención se llevará a cabo en ambientes naturales y usuales para la persona, integrando actividades cuyo objetivo sea entrenar la capacidad de planificación y secuenciación de las tareas así como el aprendizaje de modificar acciones ante situaciones imprevisibles. Algunos ejemplos podrían ser la realización de ejercicios de secuenciación de tareas que comprenden una actividad o estrategias de resolución de problemas hipotetizando situaciones.

- Intervención en las actividades de la vida diaria: en primer lugar, se deben contemplar una serie de factores que van a condicionar en menor o mayor grado el desempeño de las actividades de la vida diaria: estadio y grado de evolución de la enfermedad, edad, alteración de funciones cognitivas, entorno, etc. Por ello el terapeuta ocupacional deberá manejar el perfil ocupacional y las características y destrezas del paciente.

La función del terapeuta ocupacional en cuanto a reeducación en las actividades de la vida diaria (AVD) suele consistir en proporcionar estrategias de por ejemplo economía articular y muscular, técnicas de conservación de energía, simplificación de tareas, pautas posturales, adaptaciones en el entorno, etc.

La intervención en algunos casos será meramente compensatoria, es decir, se prescribirán adaptaciones y productos de apoyo para el mantenimiento de la independencia. Hay que tener en cuenta que el cansancio y la fatiga en los enfermos de EM va a afectar en todas las AVDs, por lo que la conservación de la energía será una prioridad.

A continuación se proponen distintas pautas o estrategias para cada una de las áreas de ocupación con mayor afectación es este tipo de enfermos.

Acerca de la higiene y arreglo personal, es decir, peinarse, cepillarse los dientes, afeitarse, etc. se insistirá en realizarlo en posición de sedestación evitando la fatiga, cansancio y debilidad excesiva. Por lo que se refiere al aseo e higiene en el inodoro y en relación a la movilidad funcional, será preciso el entrenamiento en transferencias de sedestación a bipedestación y viceversa que sean seguras y económicas. Si esto no fuese suficiente se pueden prescribir ayudas técnicas como alzas de baño o asideros correctamente colocados. En pacientes muy avanzados en cuanto a enfermedad se refiere, serán precisas adaptaciones del baño para el uso de silla de ruedas u otros productos de apoyo más avanzados como grúas de techo, grúas móviles, tablas de transferencias, etc.

Una actividad complicada y delicada es la actividad básica de bañarse y ducharse, sobre todo por los riesgos de seguridad que supone. El terapeuta deberá de realizar un exhaustivo análisis del entorno y las destrezas de la persona para realizarla. Si la persona tuviese bañera, en fases poco avanzadas de la enfermedad se podría realizar pequeñas adaptaciones en el entorno como la colocación de asideros y suelo antideslizante. En fases más avanzadas en las que la persona no pudiera mantenerse en posición de bipedestación, se utilizarán adaptaciones como tablas de transferencias o sillas giratorias. En los casos en los que fuese imposible el uso de bañera, se recomendaría cambiarla por un plato de ducha con accesibilidad para una silla de ruedas.

La disposición de los suministros y el sistema de grifos deberá estar siempre situada de forma que la persona lo alcance sin peligro y/o sobreesfuerzos. Se recomienda el uso de grifos termostáticos para el control de la temperatura ya que por lo general este tipo de pacientes deberán tener especial cuidado con no utilizar temperaturas muy altas, evitando la sensación de fatiga. Para el enjabonado existen productos de apoyo como esponjas de mango largo y para el secado se remienda el uso de albornoces que ayudan a secar zonas corporales de acceso complicado.

Otra área de difícil participación es vestirse. Las prendas de la parte superior se comenzarán a vestir por el hemicuerpo de mayor dificultad motora. Para desvestirse primero el hemicuerpo más fuerte y luego el más débil. Para el vestido de la parte superior existen productos de apoyo como los abrochabotones. Las prendas de la parte inferior se recomienda ponérselas en posición de sedestación, siguiendo las mismas indicaciones que con las prendas de la parte superior. También existen ayudas técnicas como calzadores de mango largo y calzamedias. Por lo que respecta a las áreas de comer y alimentación, será primordial una

correcta graduación y adaptación del mobiliario y el uso de un apropiado sistema de sedestación. Productos de apoyo como peladores, engrosadores de mango y cubiertos ergonómicos pueden ayudar a mejorar notablemente la funcionalidad. Para facilitar la actividad de beber existen ayudas como los vasos de doble asa, con tapa, con extra de peso para evitar el temblor.

- Hasta el momento se han abordado actividades básicas de la vida diaria. Ahora se plantearán posibles intervenciones en las actividades instrumentales de la vida diaria, las cuales suelen verse afectadas antes que las básicas y será de gran importancia priorizar en las que sean más significativas para la persona.

En cuanto a la preparación de la comida, se intentará realizar en posición de sedestación para evitar la aparición de fatiga. Tras haber analizado la actividad, se podrá reeducar al paciente en aspectos modificables, o bien, entrenar al paciente en la utilización de productos de apoyo. Con lo que respecta a la seguridad en la cocina, se recomienda el uso de placas de inducción para evitar quemaduras y uso de suelo antideslizante para prevenir caídas.

Por lo que se refiere a la limpieza, con sencillas modificaciones se logrará evitar esfuerzos innecesarios. Si la enfermedad está muy avanzada y la persona fuese incapaz de realizar esta actividad, se valorarán cambios de roles en su red de apoyo familiar o se contemplará la posibilidad de ayuda externa.

En relación con el área de compras y como medida general, se recomienda realizar pequeñas compras transportadas en un carro con ruedas y realizarlas en tiendas cercanas a la zona de domicilio ya que es una de las actividades que implica mayor demanda energética por la necesidad de realizar desplazamientos, cargas de peso y un tiempo más o menos prolongado para llevarla a cabo. Se puede asesorar al paciente, en casos en los que el desempeño sea imposible, sobre compras por internet.

En cuanto a la movilidad en la comunidad, analizando el grado de afectación se podrá prescribir el uso de productos de apoyo como bastones ingleses, andadores o incluso sillas de ruedas eléctricas, intentando mantener siempre la mayor independencia posible con respecto a la deambulación. Si se recomienda el uso de silla de ruedas eléctrica deberá realizarse una correcta valoración y proporcionar el sistema de sedestación más apropiado para la persona, incluyendo una valoración del entorno (al menos domiciliario) de la persona. Es de gran importancia evitar posibles deformidades, acortamientos y úlceras por presión.

Por último, en cuanto al área de trabajo y más específicamente con lo que respecta al rendimiento en el empleo, a medida que la enfermedad vaya avanzando, será necesario determinar en la medida posible adaptaciones en el puesto de trabajo de la persona con el objetivo de un desempeño óptimo en esta área y el mantenimiento durante el mayor tiempo posible del empleo. Para ello se realizará un análisis de las características del cliente, del puesto de trabajo y de las demandas de las actividades en las que participe.

5 Discusión-Conclusión

Una vez valorados los déficits, las capacidades y las necesidades del paciente, se podrá comenzar con el proceso de intervención desde la Terapia Ocupacional (TO). Es importante conseguir un tratamiento continuado y con la implicación no solo del terapeuta sino también del paciente. Si la intervención se limita solo al departamento y no se extrapola al entorno natural y vida diaria de la persona, el tratamiento no será tan eficaz. Hay que tener en cuenta que la intervención puede ser restauradora o compensadora.

El fin último de la intervención es la conservación del nivel basal de funcionamiento para lograr la máxima independencia y autonomía posible en todas las áreas de ocupación de la persona.

6 Bibliografía

- 1. Sánchez CA, Arana-Echevarría MJL. Terapia Ocupacional: intervención en las actividades de la vida diaria. En Máximo BN. *Neurorrehabilitación en la Esclerosis Múltiple*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2007. p. 221-260.
- 2. Méndez CM, et al. Tratamiento de la fatiga desde Terapia Ocupacional. En Máximo BN. *Neurorrehabilitación en la Esclerosis Múltiple*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2007. p. 205-220.
- 3. Águila MAM, Martínez PRM. Tratamiento rehabilitador en la esclerosis múltiple. En Máximo BN. *Neurorrehabilitación en la Esclerosis Múltiple*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2007. p. 107-122.
- 4. Macías AI, Águila MAM. Abordaje desde la Fisioterapia de la enfermedad. En Máximo BN. *Neurorrehabilitación en la Esclerosis Múltiple*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2007. p. 123-144.
- 5. Castellanos CN, Amieiro SA, Dávila SGM. Alteraciones cognitivas en la Esclerosis Múltiple: intervención desde Terapia Ocupacional. En Máximo BN. *Neuror-*

rehabilitación en la Esclerosis Múltiple. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2007. p. 245-260.

- 6. Ávila AA. Tratamiento de las actividades de la vida diaria en población con enfermedades neurodegenerativas. En Moruno MP, Romero ADM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson S.A.; 2006. p. 331-348.

- 7. Sánchez CA, Arana-Echevarría MJL. Terapia Ocupacional: intervención en las actividades de la vida diaria. En Máximo BN. Neurorrehabilitación en la Esclerosis Múltiple. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2007. p. 221-244.

Capítulo 823

PREVENCIÓN DE CAÍDAS DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

SAÚL FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

PABLO RODRÍGUEZ NEIRA

1 Introducción

Una caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al sujeto al suelo contra su voluntad y desde su altura. Son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no accidentales. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo 424.000 personas debido a las caídas. Las personas mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Por otro lado cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las principales estrategias de intervención desde Terapia Ocupacional en prevención de caídas.

Objetivos secundarios:

- Evitar y/o reducir las caídas durante la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Fomentar la participación activa del usuario en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Mejorar y/o potenciar las capacidades físicas y cognitivas.

- Aumentar la capacidad de reacción ante una caída.
- Dotar de estrategias de actuación ante una caída.
- Entrenamiento en el uso de productos de apoyo.
- Concienciar acerca de las consecuencias de una caída.

3 Metodología

Para la búsqueda de artículos se utilizaron las bases de datos electrónica de los buscadores de Pubmed, Otseeker, Cochrane Library y Pedro.

4 Resultados

Formación:

- Explicar qué es una caída. Factores que producen una caída. o Intrínsecos y extrínsecos. Consecuencias ante una caída. o Físicas y psicológicas.
- Importancia y beneficios de la prevención de caídas.
- Actuación ante una caída.

Evaluación:

La evaluación se llevará a cabo en dos partes.

- Características del cliente. Fuerza muscular, a través de la escala Daniels. Equilibrio y marcha, a través de la escala Tinetti y el Timed Up & Go. o Sensibilidad, a través de la escala Notthingam.
- Rango articular, a través de pruebas funcionales. o Funciones cognitivas, a través Mini-examen cognoscitivo.

Perfil ocupacional, que incluye historia clínica, historia ocupacional, patrones de ejecución, percepción subjetiva, objetivos y preferencias del usuario.

Valoración funcional:

- Índice de Barthel. Lawton & Brody.
- Observación directa del desempeño ocupacional del usuario en las actividades básicas de la vida diaria.
- Valoración del entorno domiciliario (anexo XI). Se valoraran todas las zonas del domicilio no solo las físicas sino también otros aspectos como la iluminación.
- Análisis de caídas: Cómo. Dónde. Motivo. Frecuencia. Episodios en el último año. Solo/acompañado.

Esta segunda parte de valoración se llevará a cabo en el entorno domiciliar del sujeto.

Asesoramiento:

Asesoramiento de adaptaciones del entorno domiciliario. Una vez llevada la valoración del entorno domiciliario del sujeto, se le hará un asesoramiento, ya sea del propio domicilio físico, como por ejemplo asesorar acerca de cambiar la bañera por la ducha, o de una nueva distribución de los utensilios de la cocina (más utilizados en estantes inferiores) o temas de iluminación del hogar. Asesoramiento de productos de apoyo (especialmente para la movilidad funcional): o Bastón simple: trastornos leves de equilibrio. Necesidad de pequeñas descargas de peso articular. o Bastón inglés: trastornos moderados del equilibrio. Necesidad de descargas importantes del peso articular. o Bastón multipodal: pacientes con deficiente equilibrio. o Muleta axilar: afectación motora parcial de miembro inferior. Pacientes con equilibrio deficiente o Andador: debilidad muscular. Pacientes con grandes problemas de equilibrio.

Este bloque será llevado a cabo en el entorno domiciliario del sujeto.

Intervención sobre ocupaciones

En este bloque se abordará:

- Entrenamiento en el uso de productos de apoyo.
- Entrenamiento en las adaptaciones del entorno domiciliario realizadas, tanto físicas como cognitivas.
- Pautas de seguridad en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Ejemplos: Acostarse en la cama, por ejemplo del lado izquierdo: sentarse al borde de la cama, desplazar el peso del cuerpo hacia el lado izquierdo, al mismo tiempo que se flexiona el codo de ese lado para protegerse de la caída. Simultáneamente pasar la mano derecha hacia el lado izquierdo para repartir el peso del cuerpo sobre ambos miembros superiores. Dejarse caer hacia el lado izquierdo al mismo tiempo que se desplaza el codo de ese lado, sacando la escápula hacia fuera del tronco.

Simultáneamente subir la pierna derecha a la cama. Subir la pierna izquierda y rotar el tronco hacia la derecha hasta quedar completamente apoyado sobre la espalda. o Levantarse de la cama: trasladarse hacia el borde de la cama y situarse un poco en diagonal, doblar ambas piernas y girarlas hacia el borde de la cama, sacándolas fuera. Rotar el tren superior desplazando la mano cerca del borde de la cama (en este caso el brazo derecho), apoyarse no agarrarse.

Una vez en esta postura, apoyar el codo del brazo izquierdo y elevar el tronco. Por último apoyar fuertemente la mano derecha y con una inclinación del tronco del lado derecho ponerse totalmente sentado. o Acercar la silla a la mesa a la hora

de comer: coger la silla con ambas manos, inclinar el tronco hacia delante para cargar todo el peso sobre las piernas y descargarlo de la silla. Afianzar los pies al suelo y desplazar un poco la silla hacia delante. Adelantar un poco los pies hacia la mesa y repetir los pasos anteriores hasta quedar arrimado a la distancia requerida.

Ponerse un jersey, por ejemplo con hemiplejía izquierda: el paciente estará en sedestación para prevenir caídas. Buscar la sisa de la manga, abrirla lo más que se pueda y meter la mano afectada. Subir bien el jersey hasta el hombro y debajo de la sisa, meter la otra mano en la manga, pasar la cabeza por la abertura del cuello y colocar bien el jersey en el cuerpo. o Quitarse la chaqueta, por ejemplo con hemiplejía izquierda: retirar la chaqueta del hombro afectado, sacar el hombro sano, a continuación sacar el codo del mismo lado, dejar caer la chaqueta hacia atrás y sacar la manga del lado afecto.

Este bloque será llevado a cabo en el entorno domiciliario del sujeto.

5 Discusión-Conclusión

La Terapia Ocupacional es una profesión socio-sanitaria que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Por lo tanto el profesional más cualificado para abordar las actividades de la vida diaria, los entornos y contextos y los productos de apoyo es el terapeuta ocupacional.

Dentro de las actividades básicas de la vida diaria, se encuentra la movilidad funcional, que el modelo-marco de la AOTA lo define como “moverse de una posición o lugar a otro (durante la ejecución de las actividades cotidianas), tales como moverse en la cama, moverse en la silla de ruedas y las transferencias (por ejemplo, sillas de ruedas, cama, coche, bañera, inodoro, bañera/ducha, silla, piso). Incluye ambulación funcional y transportar objetos”. En esta actividad básica de la vida diaria es donde las personas con patología neurológica suelen presentar mayor número de caídas.

6 Bibliografía

1. Áviles A, Martínez R, Matilla R, Máximo N, Méndez B, Talavera MA, et al. MARCO DE TRABAJO PARA LA PRÁCTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL : Dominio y Proceso. Rev Gall Ter Ocup [Revista en Internet]. 2010; 2da edición

(2008): 85.

2. Cabeza A. Corrientes, modelos de intervención y marcos aplicados de referencia utilizados en terapia ocupacional neurológica. *Ter Ocup Apl al* [Internet]. 2010 [cited 2017 Mar 26];203–16.
3. OMS | Organización Mundial de la Salud. WHO [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar 26];
4. Lázaro Del Nogal M, González-Ramírez A, Palomo-Iloro A. Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2005;40(SUPPL. 2):54–63.
5. Regla Ledia González Sánchez D, María Magdalena Rodríguez Fernández D, María de Jesús Ferro Alfonso D, Raúl García Milián J. Actualidad Caídas En El Anciano. Consideraciones Generales Y Prevención. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 1999;15(1):98–102.
6. María Tapia Villanueva L, Card María del Carmen Salazar Ceferino E, Ped Lorenza Tapia Colex E, et al. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica Trabajo de investigación*. 2003;11:51–7.
7. DelCarmen M, Manuel J. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43(5):425–41.
8. Varas-Fabra F, Castro Martín E, Pérula de Torres LÁ, Fernández Fernández MJ, Ruiz Moral R, Enciso Berge I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Atención Primaria* [Internet]. 2006;38(8):450–5.
9. Miñana-Climent JC, San Cristóbal-Velasco E, Arche-Coto JM, Rodríguez-Piñera MA, Fernández-Fernández M. Características y factores asociados a caídas en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2005;40(Supl 2):24–30.
10. WFOT | Home [Internet]. [cited 2017 Mar 26].
11. Article O. BioTrak virtual reality system : Effectiveness and satisfaction analysis for balance rehabilitation in patients with brain injury . 2013;28(5):268–75.
12. *Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido* [Internet]. 2a edición. Editorial Médica Panamericana; 2010 [cited 2017 Mar 26]. 253 p.

Capítulo 824

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PROFESIONAL NO SANITARIO.

MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ

DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA

LUIS FERMIN CUEVA TORRE

1 Introducción

La sanidad tiene una gran repercusión social convirtiéndose en un sector cada día más complejo en el que se exigen resultados rápidos, efectivos y duraderos.

En nuestro país existen más de 2.000 centros sanitarios en los que trabajan casi medio millón de personas. Gran parte de este sector está ocupado mayoritariamente por mujeres que trabajan a jornada completa y con gran variación de horarios (turnos, guardias, etc.).

Sabemos que aproximadamente el 80% de los adultos que trabajan en este sector se quejan de dolores de espalda en algún momento u otro de su vida. El ritmo y la tensión de la vida diaria, las malas posturas, la falta de ejercicio regular y el exceso de comida contribuyen a aumentar el riesgo de lesiones en la espalda.

En la gestión de los riesgos derivados del sector sanitario, como en cualquier otra actividad, se encuentran presentes riesgos derivados del desarrollo de la actividad que pueden afectar a la seguridad y salud de los trabajadores ocasionando

en determinados casos accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y en circunstancias más favorables” solamente” daños materiales o interrupciones indeseadas del proceso productivo. Por este motivo, además de por ser requisito exigido por la legislación vigente para las empresas, se deben establecer medidas oportunas para contribuir a la reducción o eliminación de estos riesgos laborales.

Estas medidas afectan a múltiples ámbitos de actuación, desde la formación de una organización preventiva en la empresa y su enraizamiento en la estructura jerárquica de la misma, a la aplicación de un plan de prevención del que no estarán ausentes la evaluación de los riesgos y la consecuente planificación preventiva.

No menos importante resultará la formación de los trabajadores, facilitarles la formación precisa así como habilitar los cauces oportunos de participación de los mismos en las decisiones que puedan afectar a la prevención de los riesgos laborales de la empresa.

2 Objetivos

Promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores mediante aplicación de medidas adecuadas y procedimientos necesarios para la continua identificación de peligros, evaluación de los riesgos e implementación de las medidas de control necesarias.

3 Metodología

Se realizan varias búsquedas bibliográficas en los motores de búsqueda de google y google académico, utilizando palabras clave como: prevención, riesgo, enfermedades profesionales... Se analizan artículos de los últimos 10 años

4 Resultados

Los objetivos de la prevención no solo serán respaldados por el empresario cuando realice el concreto plan de prevención, sino que para que se minimicen los riesgos que puedan derivarse del trabajo, es necesario que colaboren en su cumplimiento y control, no solo el empresario, sino también el trabajador así como los diferentes niveles jerárquicos de la empresa y las Administraciones Públicas.

Para estructurar el plan de prevención y conseguir los fines y metas preestablecidos en el ámbito laboral, se debe: explicar e informar sobre la política de prevención de la empresa; definir los requisitos generales de la empresa para garantizar la implantación y el funcionamiento del plan de prevención; definir las responsabilidades y las funciones, en materia de seguridad y salud, de todos los niveles jerárquicos de la empresa; establecer los mecanismos adecuados para asegurar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de prevención de riesgos laborales; presentar e informar sobre el nivel de prevención alcanzado; ser útil para la formación y la motivación de todos los trabajadores respecto a la prevención de riesgos laborales.

Algunos principios que deben estar presentes en todo plan de prevención realizado por una empresa, como señala el artículo 15 de la Ley 31/1995, son:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Para cumplir los objetivos en el ámbito de la prevención de riesgos, es necesario incluir dentro de cada plan de prevención: la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa.

Uno de los objetivos fundamentales para que la prevención tenga resultados positivos y se reduzcan los riesgos es que el empresario garantice a cada trabajador la información teórica y práctica suficiente y adecuada en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación, cualquiera que sea la modalidad o duración de esta, como cuando se produzcan cambios en las funciones que desempeñe o

se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo, (artículo 19.1 Ley 31/1995).

Todas las actuaciones preventivas que se implementen deberán de ser sometidas a control y vigilancia con el fin de comprobar si se cumplen las acciones / objetivos fijados para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores. Para que la política preventiva tenga resultados positivos es importante que toda empresa se anticipe a la aparición de los problemas, por lo que se requiere: la comprobación de los procedimientos operativos; la actualización a las nuevas normativas; la identificación de prácticas inseguras o perjudiciales para los trabajadores; reconocimientos médicos específicos al personal; inspecciones técnicas periódicas programadas sobre los puestos de trabajo; evaluación del grado de comunicación entre los diferentes órganos de la empresa, etcétera.

5 Discusión-Conclusión

En el desarrollo de su actividad laboral, los trabajadores pueden encontrarse expuestos a una serie de riesgos para su salud.

Históricamente, la legislación sobre seguridad e higiene en el trabajo es una de las primeras manifestaciones del intervencionismo del Estado en materia de las relaciones laborales, ello obedece a la necesidad de proteger la vida y salud de sus trabajadores frente a las condiciones de trabajo marcadas por los empresarios y que están marcadas por las reglas de obtener el máximo beneficio al menor coste.

Se puede definir “condición de trabajo” como cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud del trabajador.

Condiciones físico-mentales

Las condiciones físico-ambientales, están relacionada en la generación de los riesgos laborales, y entre las que podemos destacar: la naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.

Riesgos biológicos

Los agentes biológicos son seres vivos capaces de originar cualquier tipo de daño en la salud de los trabajadores como consecuencia de que su actividad facilita el contacto con uno o varios agentes. Medidas preventivas: sustituir los agentes más

peligrosos por otros que lo sean en menor grado, limitar el tiempo de exposición al mínimo y después aplicar la legislación vigente sobre higiene. Es muy importante como labor preventiva el hacer una vigilancia de la salud.

Riesgos químicos

La introducción de productos químicos en los centros sanitarios entraña una serie de riesgos que podríamos considerar fundamentalmente desde dos puntos de vista. De un lado, la peligrosidad inherente al producto químico en cuestión y de otra parte, los riesgos derivados de su manipulación, trasvase, administración y almacenamiento.

Riesgos físicos:

- Tipos de riesgo: Incendio; Electricidad; Explosiones; Ruido; Radiaciones Ionizantes
- Ocupacional
- Médica
- Público: Radiaciones no ionizantes
- Medidas preventivas: El ruido; Radiaciones ionizantes

Enfermedad profesional

Es la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades previstas legalmente a tal efecto en un cuadro específico y que esté provocada por la acción de elementos y sustancias que se indiquen en dicho cuadro para cada enfermedad.

Grupos

- Enfermedades profesionales causadas por agentes químicos
- Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos
- Enfermedades causadas por agentes biológicos
- Enfermedades profesionales causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.
- Enfermedades profesionales causadas por agentes carcinógenos

Accidente de trabajo: lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Ergonomía. La mecánica corporal es la buena posición de su cuerpo cuando usted está parado, sentado, acostado, caminando, levantando o cargando cosas pesadas. Esto es importante tanto en las personas saludables como en las que se encuen-

tran enfermas. Mantener su cuerpo en buena posición ayuda a proteger su espalda y a usar su cuerpo en una forma segura.

Factores de naturaleza psicosocial

El stress es el riesgo laboral que requiere medidas preventivas más urgentes en la Unión Europea, según indica un informe comunitario. Dicho informe señala que el estrés, al ser un mal derivado de otros problemas de seguridad y salud laboral (acoso sexual, trabajo monótono, rápido en un lugar público), es preciso combatirlo justamente con prevención en su origen.

Una definición de mobbing sería, la violencia psicológica en el trabajo, que es una forma de intimidación, agresión que está siendo citada con frecuencia en las quejas sobre violencia laboral tratándose de un comportamiento ofensivo que va desde actos revanchistas, malas intenciones y humillaciones repetidas que persiguen el debilitamiento de uno o varios trabajadores.

El síndrome de “burnout”, es una patología severa, que está relacionada con el ámbito laboral y el estilo de vida que se lleva. Es un trastorno emocional provocado por el trabajo y conlleva grandes consecuencias físicas y psicológicas cuando el fenómeno se somatiza. La ansiedad o la depresión y da origen a numerosas bajas laborales.

6 Bibliografía

- <http://www.seguridad-laboral.es>
- <https://www.gestion-sanitaria.com/>
- <http://www.juntadeandalucia.es/>
- <https://www.mscbs.gob.es>
- <http://www.fespugtmadrid.es>

Capítulo 825

RIESGOS LABORALES PARA TRABAJADORES EN CENTROS SANITARIOS.

MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES

1 Introducción

La ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales, define los daños derivados del trabajo como las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo.

En los centros sanitarios podemos encontrarnos diferentes tipos de riesgos laborales que podemos resumir en el siguiente detalle:

- Condiciones de seguridad (golpes, caídas, incendio).
- Microclima laboral.
- Biológicos.
- Químicos.
- Luz.
- Cargas.
- Organización.
- Turnos.
- Estrés.

Es frecuente que estos riesgos no se tengan en cuenta por los trabajadores ni por los directivos de los centros. Hay riesgos comunes que se dan en todo lugar de trabajo, independientemente del sector o ámbito. Los riesgos más importantes

y de especial interés son las caídas a diferente nivel, atropamientos, golpes, accidentes de circulación "in itinere", contactos eléctricos, limpieza con productos abrasivos, Iluminación inadecuada, explosión. Uno de los riesgos específicos más significativos de la actividad sanitaria es el biológico y los cortes por objetos punzantes además de las lesiones musculares.

2 Objetivos

- Promover la salud y seguridad de los trabajadores.
- Elaborar un plan estratégico en el que se evalúan los accidentes y enfermedades profesionales posteriormente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 826

PROTECCIÓN DE DATOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MERITXELL DORADO GÁNDARA

JULIA MARÍA PRIETO VELASCO

NATALIA RUIZ RAMON

1 Introducción

El 25 de Mayo de 2018 se empezó a aplicar el nuevo RGPD, con numerosas modificaciones que han afectado a empresas, autónomos, profesionales, entes públicos y cualquiera que por su actividad realice tratamientos de datos. La intimidad es un concepto que tiene que ver con los valores que nos definen como seres humanos y que hemos asumido como propios, y con la libertad que cada individuo tiene para gestionarlos. La legislación lo recoge en la Constitución Española donde se reconocen los derecho a la intimidad y confidencialidad como derechos fundamentales, con el fin de preservar la esfera íntima de las personas.

2 Objetivos

Estudiar las medidas de seguridad que puedan aplicarse en la práctica asistencial en Atención Primaria, para garantizar el derecho de confidencialidad de los pacientes.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en la base de datos de la Biblioteca Virtual Gcsalud. Palabras clave: confidencialidad en asistencia sanitaria, intimidad de los pacientes, confidencial, protección de datos. Se escogieron 10 publicaciones en español: dos guías clínicas, 7 artículos de revista y un documento de sitio web.

4 Resultados

En el ámbito sanitario estos derechos adquieren una gran importancia, que para poder prestar atención sanitaria, los pacientes nos proporcionan datos sobre su estado físico y de salud, y datos personales de otras índoles, lo que conlleva que los profesionales son depositarios de datos personales sensibles. Vulnerar estos derechos puede acarrear una responsabilidad administrativa, civil, penal y supone sanciones administrativas, indemnizaciones civiles pudiendo incluso conllevar penas de prisión o de inhabilitación.

Hay una serie de medidas que nos ayudarían a garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes en Atención Primaria, como serían formar desde las gerencias de Atención Primaria y los Centros de Salud, sobre confidencialidad, su incumplimiento y consecuencias. El uso de contraseñas seguras, no dejarlas guardadas en el equipo ni apuntadas en ningún manual de uso, para poder proteger nuestro ordenador y así evitar que nadie pueda trabajar en nuestra sesión ni utilizar nuestros datos para obtener información protegida, y no debemos intercambiar información personal con los pacientes mediante los correos electrónicos. Las sesiones se pueden bloquear o cerrar cuando se prevea que nuestra ausencia del puesto de trabajo va a ser larga. Cuando estemos en una pantalla y los datos que tengamos en la pantalla sean confidenciales, tener la precaución de que no son vistos por nadie más que esté cerca. Pedir el consentimiento de pacientes para incluir datos o fotos en investigaciones o trabajos. Se recomienda cerrar las puertas de las consultas cuando se estén tratando datos de pacientes o llevando a cabo alguna actividad que deje al descubierto algún dato de un paciente.

5 Discusión-Conclusión

Prevenir es la mejor de las medidas, y formar a los trabajadores sobre el cumplimiento de la ley de protección de datos, es de vital importancia para garantizar este derecho. Aplicando las medidas anteriores se podrá velar por la intimidad de las

personas.

6 Bibliografía

- Álvarez-Cienfuegos, J.M., Legislación aplicada a datos sanitarios. Seminario “Protección de datos en el ámbito de la salud”, Directiva 97/66/CE de 25 de Octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos.
- Reglamento 2016/679, de 27 de Abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD).
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica de Autonomía del Paciente.
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos (LOPD).

Capítulo 827

LOS CENTROS DE VALORACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CONSUELO URDANGARAY SUÁREZ

1 Introducción

El 23 de noviembre de 2007 España ratificó la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), entrando en vigor el 3 de mayo de 2008.

La discapacidad se define como «la circunstancia personal y ecosistema social resultante de la interacción del hecho diferencial de algunas personas con un entorno inadecuado por excluyente en relación con lo establecido para persona normal». Hay que conseguir que se modifique tal entorno con solidaridad para acoger a las personas que son, sin duda, fuerzas enriquecedoras del colectivo social.

La Convención se basa en principios que ponen en primer plano los derechos fundamentales de las personas con discapacidad, que obviamente son los mismos que los del resto de las personas. De este modo, el significado real de la Convención no afecta al reconocimiento de nuevos derechos, sino que es una herramienta para la defensa e implementación de los mismos en todos los Estados que la han ratificado. Es por ello que la Convención se ha convertido en un instrumento ejecutivo de actuación en la aplicación de los derechos humanos de las personas con discapacidad que, tras su ratificación, lo hace de obligado cumplimiento.

Los principios fundamentales en la citada Convención comienzan por señalar el respeto de la dignidad inherente a la persona con discapacidad. Esta dignidad se cristaliza, entre otras cosas, en la promoción y defensa de la autonomía individual en todos los campos de la actividad humana, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas en los distintos marcos sociales de actuación, señalando, como principio fundamental el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad y desarrollarse plenamente a lo largo de su vida.

La Convención representa la culminación del largo camino recorrido para el total reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, camino que ha tenido como hitos principales la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), la Convención para la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales (Consejo de Europa, 1950), la Convención de los derechos del niño (ONU, 1989) y las Reglas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (ONU, 1993).

En materia de Sanidad y Seguridad Social, se incluyó la discapacidad como nueva causa de no discriminación de la persona en relación con las distintas administraciones públicas y sanitarias y el derecho a ser informadas en formatos adecuados que resulten accesibles y comprensibles.

Por otra parte, se han incrementado las ofertas de empleo público, elevando el cupo de reserva en el Estatuto Básico de Empleo y se creó una cuota de reserva para personas con discapacidad intelectual. Un paso adelante se introdujo con el Real Decreto legislativo en el año 2013. Los principios que se establecen tienen gran relieve, tales como la dignidad y propia autonomía, el derecho a tomar decisiones y a participar en la sociedad y el derecho a la accesibilidad universal.

Nuevas perspectivas se abrieron mediante la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo de modificación del Código Penal, en cuanto al lenguaje, sustituyendo los términos «minusvalía» e «incapacidad» por otros más naturales como discapacidad o «persona discapacitada necesitada de protección». Parece un pequeño cambio pero hay que tener en cuenta que las palabras son decisivas y muchas veces resultan estigmatizantes. En su día se erradicó la palabra «subnormal», tan peyorativa y lentamente se van cambiando las denominaciones que tanto significan para la incorporación de cualquier persona discapacitada a la sociedad con todos los derechos y como puede advertirse va penetrando en el colectivo social una especial consideración para que los que sufren alguna incapacidad tengan el máximo respeto y abierta la inclusión en la comunidad.

1. Los Centros de Valoración para personas con Discapacidad, son un servicio que tiene la función de informar, valorar, reconocer y acreditar el grado de discapacidad así como orientar a las personas con discapacidades y a sus familias. La valoración del grado de discapacidad se realiza en aplicación de la correspondiente normativa, y orientando de los efectos legales, derechos y prestaciones que genera la obtención del certificado de reconocimiento de la condición de discapacitado.

Requisitos de acceso:

- Cualquier persona que considere que pueda padecer una discapacidad, sin límite de edad.
- Padecer deficiencias o discapacidades en la medida establecida en los baremos vigentes en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre (BOE N° 22, de 26 de enero de 2000).
- Tener residencia habitual dentro del territorio del Principado de Asturias.

Áreas y programas de intervención.

Área de información: Información General y Asesoramiento.

Área de valoración y orientación: valoración y calificación de discapacidades para el reconocimiento del grado de minusvalía y obtención del Certificado oficial. Orientación terapéutica, profesional, laboral y asistencia técnica.

Procedimiento:

- Presentar la solicitud, en modelo oficial.
- Acompañar la solicitud de la documentación requerida (Copia de los informes médicos o psicológicos así como la documentación que se juzgue conveniente a fin de acreditar la discapacidad alegada).
- En el supuesto de solicitantes menores será preciso acreditar la identidad del representante, mediante el Libro de familia u otro documento donde conste la filiación del representante (padre, madre) y la inscripción del menor.
- En caso de separación o divorcio de los padres, será necesario aportar una copia de los documentos que acrediten la guarda y custodia del menor. La representación legal deberá ser acreditada documentalmente.
- En el supuesto de pensionistas de clases pasivas, se requiere una Resolución o certificado del organismo competente (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas o Ministerio de Defensa) de la situación de reconocimiento de pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

Dónde Solicitarlo: a través del Centro de Servicios Sociales Municipal donde resida la persona usuaria o directamente en los Centros de Valoración de la Discapacidad correspondientes a cada área.

2. Calificación del grado de minusvalía: responde a criterios técnicos unificados, fijados mediante los baremos descritos en el anexo I del Real Decreto, y serán objeto de valoración tanto las discapacidades que presente la persona, como, en su caso, los factores sociales complementarios relativos, entre otros, a su entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural, que dificulten su integración social. El grado de minusvalía se expresará en porcentaje. A los efectos previstos en este Real Decreto, la calificación del grado de minusvalía que realicen los órganos técnicos competentes, será independiente de las valoraciones técnicas efectuadas por otros organismos en el ejercicio de sus competencias públicas.

3. Competencias, titularidad y ejercicio:

Es competencia de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubieren sido transferidas las funciones en materia de calificación de grado de discapacidad y minusvalía o del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales: a) El reconocimiento de grado de minusvalía. b) El reconocimiento de la necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria, así como de la dificultad para utilizar transportes públicos colectivos, a efectos de las prestaciones, servicios o beneficios públicos establecidos. c) Aquellas otras funciones referentes al diagnóstico, valoración y orientación de situaciones de minusvalía atribuidas o que puedan atribuirse por la legislación, tanto estatal como autonómica.

Dichas competencias, así como la gestión de los expedientes de valoración y reconocimiento de grado de minusvalía, se ejercerán con arreglo a los principios generales y disposiciones de común aplicación contenidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (actualmente Ley 39/2015), con las especialidades que se establecen en este Real Decreto y sus normas de desarrollo.

Competencia territorial:

Serán competentes para ejercer las funciones señaladas en el artículo anterior los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubieran sido transferidas las funciones en materia de calificación del grado de discapacidad y minusvalía y las Direcciones Provinciales del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales en Ceuta y Melilla, en cuyo ámbito territorial residan habitualmente los interesados.

Si el interesado residiese en el extranjero, la competencia para el ejercicio de tales funciones corresponderá al órgano correspondiente de la Comunidad Autónoma o Dirección Provincial del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales a cuyo ámbito territorial pertenezca el último domicilio habitual que el interesado acredite haber tenido en España.

Organos técnicos competentes para la emisión de dictámenes técnico-facultativos:

Los dictámenes técnico-facultativos para el reconocimiento de grado serán emitidos por los órganos técnicos competentes dependientes de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubieran sido transferidas las funciones en materia de calificación del grado de discapacidad y minusvalía y por los equipos de valoración y orientación del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales en su ámbito competencial.

De los anteriores órganos técnicos y equipos de valoración y orientación formarán parte, al menos, médico, psicólogo y trabajador social, conforme a criterios interdisciplinarios. Serán funciones de los órganos técnicos competentes y de los equipos de valoración y orientación: a) Efectuar la valoración de las situaciones de minusvalía y la determinación de su grado, la revisión del mismo por agravación, mejoría o error de diagnóstico, así como también determinar la necesidad de concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria y las dificultades para utilizar transportes públicos colectivos. b) Determinar el plazo a partir del cual se podrá instar la revisión del grado de minusvalía por agravación o mejoría. c) Aquellas otras funciones que, legal o reglamentariamente sean atribuidas por la normativa reguladora para el establecimiento de determinadas prestaciones y servicios.

La composición, organización y funciones de los equipos de valoración y orientación dependientes del IMSERSO, así como el procedimiento para la valoración del grado de minusvalía dentro del ámbito de la Administración General del Estado serán desarrollados por Orden del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (el Ministerio que tenga competencias en esta materia).

La aplicación del baremo establecido conforme a lo dispuesto en el artículo 27.2 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para la determinación de la necesidad de concurso de otra persona, se llevará a cabo por los órganos técnicos que determinen las comunidades.

La valoración de las situaciones de minusvalía y la calificación de su grado se

efectuará previo examen del interesado por los órganos técnicos competentes a que se refiere el presente Real Decreto, será expresada en porcentaje y se realizará mediante la aplicación de los baremos que se acompañan como anexo I, apartado A), del presente Real Decreto.

La valoración de los factores sociales complementarios se obtendrá a través de la aplicación del baremo contenido en el anexo I, apartado B), relativo, entre otros factores, a entorno familiar, situación laboral y profesional, niveles educativos y culturales, así como a otras situaciones del entorno habitual de la persona con discapacidad.

Para la determinación del grado de minusvalía, el porcentaje obtenido en la valoración de la discapacidad se modificará, en su caso, con la adición de la puntuación obtenida en el baremo de factores sociales complementarios en la forma prevista en el párrafo siguiente y sin que ésta pueda sobrepasar los 15 puntos.

El porcentaje mínimo de valoración de la discapacidad sobre el que se podrá aplicar el baremo de factores sociales complementarios no podrá ser inferior al 25 por 100.

Los órganos técnicos competentes podrán recabar de profesionales de otros organismos los informes médicos, psicológicos o sociales pertinentes para la formulación de sus dictámenes. El órgano técnico competente emitirá dictamen propuesta que deberá contener necesariamente el diagnóstico, tipo y grado de la minusvalía y, en su caso, las puntuaciones de los baremos para determinar la necesidad del concurso de otra persona y la existencia de dificultades de movilidad para utilizar transportes públicos colectivos.

Cuando las especiales circunstancias de los interesados así lo aconsejen, el órgano técnico competente podrá formular su dictamen en virtud de los informes médicos, psicológicos o, en su caso, sociales emitidos por profesionales autorizados.

4. Resolución:

Los responsables del órgano correspondiente de las Comunidades Autónomas a quienes hubieran sido transferidas las competencias en materia de valoración de situaciones de minusvalía y calificación de su grado o los Directores provinciales del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, en el ámbito territorial de su competencia, deberán dictar resolución expresa sobre el reconocimiento de grado, así como sobre la puntuación obtenida en los baremos para determinar la necesidad del concurso de otra persona o dificultades de movilidad, si procede.

El reconocimiento de grado de minusvalía se entenderá producido desde la fecha de solicitud. La resolución de grado de discapacidad acredita que la persona que lo posee presenta una limitación funcional física, intelectual, mental o sensorial de carácter permanente o transitorio. El grado de discapacidad se expresa en porcentaje, según su alcance. El reconocimiento de un grado de discapacidad en porcentaje igual o superior al 33% habilita para el ejercicio de los derechos que las personas con discapacidad tienen reconocidos en todo el territorio español y da acceso a distintos beneficios, prestaciones y servicios. En la resolución deberá figurar necesariamente la fecha en que puede tener lugar la revisión.

5. Revisión del grado de minusvalía:

El grado de minusvalía será objeto de revisión siempre que se prevea una mejoría razonable de las circunstancias que dieron lugar a su reconocimiento, debiendo fijarse el plazo en que debe efectuarse dicha revisión. En todos los demás casos, no se podrá instar la revisión del grado por agravamiento o mejoría hasta que, al menos, haya transcurrido un plazo mínimo de dos años desde la fecha en que se dictó resolución, excepto en los casos en que se acredite suficientemente error de diagnóstico o se hayan producido cambios sustanciales en las circunstancias que dieron lugar al reconocimiento de grado, en que no será preciso agotar el plazo mínimo.

2 Objetivos

- Realizar la valoración del grado de minusvalía en aplicación de la correspondiente normativa.
- Llevar a cabo la orientación relacionada de los efectos legales y derechos que genera la obtención del certificado de reconocimiento de la condición de minusválido.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente documento, se han consultado mayormente las dos normativas estatales más importantes en relación con el tema que nos ocupa (Bibliografía), Los Centros de Valoración de la Discapacidad, así como un análisis y evaluación de los Centros y Equipos de las Administraciones Públicas que intervienen en la valoración de las diferentes situaciones de discapacidad.

4 Bibliografía

1. Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, 13 de diciembre de 2006.
2. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.
3. Real Decreto Legislativo1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social.

Capítulo 828

EL PERSONAL DE LOS CENTROS SANITARIOS: TRABAJO A TURNOS.

MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES

1 Introducción

Dentro del entorno sanitario hay un gran número de profesionales y categorías diferentes que deben de enfrentarse a un continuo cambio de turnos y horarios irregulares para cubrir un servicio de sanidad de 24 horas/día.

Esta turnicidad es causa de trastornos alimenticios, alteraciones del ciclo circadiano y la vida en general del individuo, deteriorando la salud física y mental de los trabajadores ya que es una forma de organización de trabajo en equipo muy extendida pero que ocasiona estragos en la salud.

2 Objetivos

- Analizar las medidas que pueden mejorar la calidad de vida de los profesionales sanitarios en relación al horario de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabra clave: turnicidad, profesional sanitario.

4 Resultados

La finalidad es que la administración sanitaria tenga en cuenta estas alteraciones reales en la salud de sus empleados para poder tomar medidas correctivas que mejoren las condiciones. Algunas de esta medida podrían resumirse así:

Durante las guardias.

- Siestas de corto tiempo.
- Aportar más luz al centro de trabajo.
- Ir cambiando de actividad.
- Consumo de café moderado.

Después de la guardia:

- Habilitar condiciones para un sueño reparador (silencio, oscuridad, tapones, temperatura).
- Camino a casa con gafas de sol, evitar actividad diurna.
- Dormir el mayor tiempo posible.
- Comer ligero si existe sensación de hambre para una rápida digestión.
- No tomar excitantes al menos 4 horas antes de dormir, café, te.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez son mas los estudios que demuestran que cuando se interrumpe el sueño de manera crónica y sistemática se asocian desordenes de este, problemas cardiovasculares y gastrointestinales. Por otro lado el tipo de actividad que realizan estos trabajadores tiene también implícito un riesgo psicosocial por la cercanía y el contacto diario con el sufrimiento y la muerte.

También están relacionados los accidentes automovilísticos y accidentes laborales con las largas jornadas sanitarias y los turnos de noche, estos trabajadores tienen menos reflejos y en consecuencia la seguridad se ve reducida en la conducción. Los turnos nocturnos son los que dan mas problemas con la posterior conciliación del sueño (cantidad y calidad del mismo). Las horas de descanso diurnas no son de descanso como las nocturnas por los ruidos, luz y menos periodos de fase REM del sueño, que no nos permite un descanso óptimo.

6 Bibliografía

- [www,medlineplus.gov](http://www.medlineplus.gov).
- www.scielo.isciii.es.
- www.revista-portalesmedicos.com.

Capítulo 829

CUIDADORES FAMILIARES EN LOS HOSPITALES

SECUNDINO CUERVO RODILES

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

NAIARA MARTIN LOPEZ

1 Introducción

La enfermedad es un suceso que desarrolla grandes cargas afectivas e impulsa complejos procesos sociales. El proceso de la enfermedad afecta no sólo a la persona enferma, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares, principalmente, e incluso al entorno social más próximo de las personas. La enfermedad supera el ámbito del individuo y adquiere por tanto una dimensión social, que se caracteriza por la aceptación de la incapacidad para el desempeño del rol social. De esta forma los sucesos vitales son experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta.

En este contexto se desarrolla la actividad de los cuidadores familiares, también llamados cuidadores informales, cuidadores no profesionales, etc. Entendemos como cuidador familiar hospitalario, aquella persona que unida por vínculos de

parentesco directo, asume la responsabilidad de atender las necesidades de la persona hospitalizada. Esto se traduce en una presencia física casi permanente en el entorno hospitalario, junto al paciente.

2 Objetivos

- Estudiar el perfil de los cuidadores familiares en los hospitales.
- Conocer el tipo de necesidades que cubren los cuidadores informales de los pacientes ingresados en las diferentes plantas de un hospital.
- Explorar las repercusiones que tiene para el cuidador las atenciones que presta a su familiar o amigo, en relación con: el tiempo invertido, la participación de otros cuidadores secundarios, los gastos económicos que asume el cuidador y el desgaste físico, psicológico y social.

3 Metodología

Recogida y organización de información relacionada con los cuidadores familiares que cumplieren con un análisis descriptivo para conocer: el perfil del cuidador y el perfil del paciente, el tipo de necesidades del paciente, así como las repercusiones para el cuidador: el tiempo que dedica al paciente, la colaboración que recibe de otros cuidadores secundarios, el desgaste físico y psicológico del cuidador; y la valoración de los profesionales por parte del cuidador principal.

4 Resultados

Los elementos básicos que definen al familiar cuidador son: su carácter no institucional, su no remuneración, se desarrollan en el terreno de lo privado asentados sobre relaciones personales, generalmente de parentesco, entre un grupo o red reducida. Esta situación determina su invisibilidad y su no reconocimiento por parte del sistema institucional sanitario. A pesar de ello, se han elaborado determinados modelos teóricos en los que se analiza la relación entre el cuidador y los Servicios Sanitarios y Sociales.

Surgen así cuatro concepciones diferentes en las que se plantea esta relación:

- El cuidador como recurso, donde solo se valora el beneficio que aporta el cuidador.
- El cuidador como co-trabajador, se le considera como coadyuvante para la mejora de los cuidados.

- El cuidador como cliente, paciente y cuidador son objeto de atención por parte del profesional de la salud.
- El cuidador como elemento de la producción del bienestar, solo se valora su aportación por el ahorro que supone para el sistema de salud.

Tras la realización de una serie de encuestas y entrevistas se concluye que: las tres necesidades que el cuidador percibe como más importantes para el paciente estuvieron relacionadas sobre todo con la compañía y la vigilancia. En primer lugar, el 97% percibió como necesidad el acompañar y entretener al paciente, en segundo lugar, se consideró como necesidad del paciente tener que darle la medicación y vigilar que la tome. En tercer lugar, el 91% manifestó la necesidad de vigilarle los sueros al paciente.

Por otro lado, encontramos las necesidades del paciente que son debidas a la falta de movilidad o incapacidad, como ayudarle a vestirse, mencionada por el 85%, darle la comida por el 84%, ayudarle a levantarse (75%), ponerle la cuña o botella (70%), acompañar al cuarto de baño (69%) y ayudarle a pasear (69%). En cuanto a las necesidades de aseo personal cotidiano que fueron menos mencionadas destacan peinarlo, lavarle la cara y/o los dientes (54%), ducharle (43%), bañarlo en la cama (38%) y afeitarlo (31%).

Por último, pocos indicaron realizar actividades como moverlo (15%) y dar masaje (14%), lo que se justifica por ser necesidades más específicas de pacientes que permanecen en cama.

En líneas generales las necesidades anteriormente mencionadas fueron cubiertas en la mayoría de las ocasiones por el familiar del paciente. Aunque aquellas que requieren más preparación, como bañar al paciente en la cama, fue realizada por el personal sanitario a 21 enfermos, lo que supone el 55,3 % de los pacientes que necesitaban ser bañados en la cama.

En el resto de las necesidades apenas intervinieron los profesionales sanitarios. Tampoco les asesoraron para llevarlas a cabo, salvo aquellas actividades como vigilar los sueros, darle la medicación y velar por que se la tome. El escaso asesoramiento recibido por los cuidadores para realizar la actividad que requería el paciente, fue ofrecido por las enfermeras en unos casos y en otros por las auxiliares de enfermería.

La realización de estas tareas tiene unas repercusiones e implicaciones para el cuidador, en tanto que supone un gasto de tiempo, dinero, desgaste físico, psi-

cológico y social, que en buena parte de las ocasiones lo soporta solo, sin recibir ayuda de otros cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

El perfil del cuidador familiar es de una mujer de mediana edad y ama de casa, unida mediante lazos familiares con el paciente: suelen ser cónyuges o madres. La presencia de los hijos e hijas como cuidadores es muy importante. En consecuencia son los familiares más directos los que se encargan del cuidado de sus familiares, puesto que los familiares políticos como yernos o nueras e incluso los hermanos/as apenas tienen una presencia del 6% y solamente en un caso encontramos un amigo.

Las actividades que desempeñan los cuidadores fueron de compañía principalmente y otras que son propias del personal de enfermería como vigilar los sueros, dar la medicación y vigilar que se la tome y el aseo. Sobre estas actividades la mayoría de los cuidadores informales opinaron que eran obligación del familiar llevarlas a cabo. Esta opinión no fue tan compartida por los familiares que no convivían en el mismo hogar que los pacientes, y por los cuidadores que llevaban más de cinco días en el hospital, los cuales apuntaron mayormente a que las tareas fuesen realizadas por el personal sanitario.

En definitiva, se observa que una buena parte de las necesidades del paciente son cubiertas por los cuidadores informales, los cuales reciben poca información y asesoramiento por parte del personal de enfermería sobre cómo realizarlas. Estos cuidadores sienten que esta labor supone un desgaste personal y un incremento en sus gastos.

6 Bibliografía

1. Portillo MC, Wilson-Barnett J, Saracíbar MI. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: Metodología y primeros resultados. *Enfermería Clínica* 2002; 12(3): 94-103.
2. Portillo MC, Wilson-Barnett J, Saracíbar MI. Análisis de un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus. *Enfermería Clínica* 2002; 12(4): 143-151.

3. Quero A. Los cuidados no profesionales en el hospital: La mujer cuidadora. *Enfermería Clínica* 2003; 13(6):348-356.
4. Flores ML, Cano-Caballero MD, Caracuel A et al. La calidad de vida de los acompañantes de pacientes hospitalizados de media y larga estancia. *Index de Enfermería* 2002; 38 (11): 18-22.
5. Flores ML, Cano-Caballero MD, Caracuel A et al. La alimentación del acompañante del paciente hospitalizado. *Enfermería Clínica* 2000; 10(1):7-12.
6. Isla P. El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados. Revista de enfermería y humanidades* 2000; 7-8(4): 187-194.
7. Bonte P, Izard M. *Diccionario Akal de Etnología y Antropología*. Madrid: Akal, 1996: 235-237.
8. Torralba i Roselló F. *Antropología del cuidar*. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 1998.
9. Mínguez Arias J. *Antropología de los cuidados*. *Cultura de los Cuidados*, 2000; IV(7-8): 102-106.
10. Amezcua M. *Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados*. *Cultura de los Cuidados*, 2000, IV(7-8): 60-67.

Capítulo 830

PROYECTO DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD DIRIGIDA A PERSONAS CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD.PREVENCIÓN EN ABUSO DE SUSTANCIAS Y TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN.

HORTENSIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La personalidad se puede considerar como un patrón de sentimientos, conductas y pensamientos característicos que distingue a las personas entre sí y que persiste a lo largo del tiempo y a través de las situaciones. Se puede entender como un conjunto de factores temperamentales y factores caracterológicos. Refiriéndose en primer lugar a las influencias innatas, genéticas y constitucionales que influyen sobre la personalidad y en segundo lugar a los factores psicosociales aprendidos que influyen sobre la personalidad. Buena parte del carácter se forma a lo largo de la experiencia y del proceso de socialización y es el carácter el objetivo de tratamiento para las distintas terapias dirigidas a la modificación de los trastornos de personalidad (1).

Un dilema común entre los profesionales de salud mental es determinar y diferenciar la conducta normal de la anormal. La normalidad es definida por Millon (2) como “la capacidad de funcionar autónoma y completamente, la tendencia a adaptarse al entorno social de forma efectiva y eficiente, una sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia y la habilidad de autorrealizarse o de alcanzar las propias potencialidades”. Un déficit en estas cualidades podría entenderse entonces como anormalidad.

La conducta anormal se desarrolla y se forma según los mismos principios y mecanismos que están involucrados en el desarrollo de la conducta normal. Sin embargo, a causa de las disposiciones biológicas y de las influencias ambientales, algunas personas aprenden hábitos desadaptativos cognitivos, afectivos y de conductas manifiestas, mientras que otras no.

Volviendo a la personalidad, esta se puede entender como un continuum dónde se pasa de la personalidad adaptada al trastorno de personalidad o a la inversa (3). Los rasgos de personalidad solo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo en la persona (4).

Los tipos y trastornos de la personalidad se han descrito desde hace miles de años, como se explica en la descripción de los cuatro temperamentos hipocráticos: el melancólico (pesimista), el sanguíneo (optimista), el colérico (irritable) y el flemático (apático). Se puede observar que en la teoría griega inicial de estos temperamentos, determinados por la proporción relativa de los cuatro humores corporales (bilis negra, sangre, bilis amarilla y flema, respectivamente), ya se reflejaban los actuales intentos por descubrir las bases biogenéticas de la personalidad. A principios del siglo XIX, psiquiatras como Pinel, Esquirol, Rush y Pritchard describieron los tipos de personalidad socialmente inadaptados que observaban en situaciones clínicas y a principios del siglo XX se describieron tipos más específicos de la personalidad; Janet y Freud definieron los rasgos psicológicos asociados a la histeria, la precursora del trastorno histriónico de la personalidad (1).

El sustrato teórico de las categorías del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el cual corresponde a las siglas DSM por su traducción al inglés, en cuanto a los trastornos de la personalidad ha cambiado con el paso del tiempo desde el DSM-I, publicado en 1952 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association), se definían los trastornos de la personalidad como rasgos que no funcionaban correctamente bajo situaciones estresantes y que producían un comportamiento inflexible y desadaptativo. Pos-

teriormente se publicaron el DSM-II en 1968, el DSM-III en 1980, el DSM-IV en 1994 hasta el actual DSM-V publicado en el 2000.

Algunas categorías actuales como el trastorno límite de la personalidad, foco de este trabajo, no fueron contemplados desde los inicios en el DSM-I (1952) y fueron añadidas en posteriores ediciones, mientras que otras fueron eliminadas. El trastorno límite de personalidad, a partir de ahora TLP, se reconoció oficialmente como un diagnóstico en 1980 (5).

Actualmente los trastornos de la personalidad se encuentran incluidos en las últimas ediciones de las dos principales clasificaciones nosológicas de los trastornos mentales, el DSM-V (2014) y la CIE 10 (2000).

Los diferentes trastornos de personalidad tienen las siguientes características comunes:

- Pobreza en el repertorio conductual: utiliza las mínimas estrategias una y otra vez con variaciones mínimas, haciéndose más vulnerable al estrés.
- Rigidez conductual: posee pocas estrategias y conductas alternativas y las utiliza en circunstancias para las que no encajan.
- Incapacidad funcional- malestar significativo: los repertorios conductuales desadaptativos dominan su vida, repitiéndose las situaciones de fracaso que le ocasionan un malestar significativo.

Según el DSM-V existen diez tipos de trastornos de personalidad divididos en tres grupos (6). Cada tipo de trastorno pertenece a un determinado grupo según las características propias del mismo:

Grupo A: las personas pertenecientes a este grupo se las puede categorizar como raras, extrañas y excéntricas, son personas aisladas y con muy pocas relaciones sociales, desconfiando incluso de los familiares más cercanos. Muestran comportamientos muy extraños y estrambóticos, creencias en seres extraños, extraterrestres, excesivamente supersticiosos...

- Trastorno de la personalidad paranoide: es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
- Trastorno de la personalidad esquizoide: es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
- Trastorno de la personalidad esquizotípica: es un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.

Grupo B: las personas que pertenecen a este grupo son personas que tienden a ser extrovertidas, dependientes, inestables, emotivas, mal socializadas y con tendencia al drama.

- Trastorno de la personalidad antisocial: es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- Trastorno de la personalidad límite: es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- Trastorno de la personalidad histriónica: es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
- Trastorno de la personalidad narcisista: es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

Grupo C: los trastornos de personalidad de este grupo están relacionados con la sensación de miedo y la necesidad de protección. Son personas que están atemorizadas y dependiendo de cómo afrontan este miedo generalizado, nos encontramos con los distintos tipos de trastornos de este bloque. Las personas de este grupo las podemos definir como temerosas, ansiosas y dependientes.

- Trastorno de la personalidad evitativa: es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- Trastorno de la personalidad dependiente: es un patrón de comportamiento de sumisión y de adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva: es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

El Trabajo Fin de Grado (TFG) a desarrollar va enfocado al trastorno límite de personalidad, también llamado limítrofe, fronteriza o borderline, el cual corresponde al grupo B, relacionando las características propias del trastorno con los conocimientos de Terapia Ocupacional y desarrollar una intervención que fomente la autonomía e independencia en la vida diaria de la persona con TLP. Tanto en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria como en el resto de actividades de las diferentes áreas ocupacionales.

Actualmente existen nueve criterios diagnósticos según el DSM-V de los cuales se tienen que presentar al menos cinco de ellos, comenzar alguno en las primeras etapas de la edad adulta y estar presente en diversos contextos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario. No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (por ejemplo gastos, sexo, drogas, atracones alimenticios, etc.). No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (por ejemplo episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que duran de unas horas a un par de días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Estado inapropiado e intenso o dificultad para controlar la ira (por ejemplo exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

En resumen; la persona con TLP tiene un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y en la afectividad además de una notoria impulsividad, miedo al abandono, pensamiento dicotómico extremo y sentimiento crónico de vacío (7) y este comportamiento se vuelve verdaderamente problemático tanto para la propia persona como para su entorno.

Hoy en día es el trastorno de la personalidad más frecuente ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen TLP. Se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, doblando la de la esquizofrenia. Entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios de salud mental, entre el 18 y el 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25 y el 50% en la población reclusa. Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1. Como datos complementarios, cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio y tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años (8).

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable, con numerosas reagudizaciones que se corresponden con períodos de crisis por las que a menudo acuden a los Servicios de Urgencias. Las crisis suelen presentarse con una serie de síntomas y conductas, como autolesiones, intentos de suicidio, abuso

de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas. De todos, los actos destructivos más frecuentes, son el abuso de drogas y las autolesiones aunque en años recientes la bulimia severa se ha convertido en una táctica autodestructiva común.

En cuanto a los trastornos de la conducta alimentaria, la bulimia es el trastorno de la conducta alimentaria que presenta mayor comorbilidad con el TLP. La persona con TLP que mantiene una restricción alimentaria realiza una afirmación privada de bondad y al mismo tiempo da una imagen externa de necesidad, despertando en los demás actitudes de cuidado. También muestra una incapacidad de cuidar de sí mismo sin tener que reconocer las necesidades de dependencia. De este modo, la restricción alimentaria se parece a la mayoría de las conductas de autocastigo de las personas con TLP conteniendo tanto significados intrapsíquicos como interpersonales y dejando la responsabilidad de la seguridad y el bienestar en manos de otro para justificarse si existe la evidencia de que las personas de su alrededor quieren que coma (es decir, quieren que viva) asumiendo la responsabilidad de mantenerlo con vida (9).

Referido al abuso de sustancias tóxicas, el consumo de una determinada sustancia puede ser la consecuencia conductual del “ansia” (craving) de la persona con TLP de sentirse mejor (una automedicación de sus estados de disforia). Según Gunderson (9), Khantzian describe esta conducta, la cual conlleva un deseable efecto desinhibidor que permite que la persona haga esfuerzos activos, en otras situaciones inaceptables, por buscar relaciones que le ofrezcan la ilusión de ser cuidado por otros. Desde esta perspectiva el abuso de sustancias es un síntoma secundario al TLP. Al igual que ocurre con la población en general, la sustancia de abuso más común entre las personas con TLP es el alcohol, pero lo más destacable de estas personas es que el tipo de sustancia no es muy importante (politoxicomanía).

Por ello se decide realizar un proyecto de intervención dirigido a trabajar las habilidades necesarias en las personas con TLP desde Terapia Ocupacional para evitar las alteraciones en las conductas alimentarias y el abuso de sustancias y a su vez, mejorar el desempeño ocupacional.

La terapeuta ocupacional Carmen Rodríguez establece unos objetivos generales a la hora de trabajar con una persona con TLP (10):

- Ayudar al paciente a alcanzar un equilibrio ocupacional saludable a través del aprendizaje, desarrollo y mantenimiento de habilidades que le permitan una vida

satisfactoria para ella y para su entorno (autocuidado, juego, ocio, ocupaciones laborales, etc.).

- Eliminar o minimizar conductas que interfieran en su desarrollo ocupacional, ayudar al paciente a organizar y realizar un uso del tiempo intencionado y satisfactorio.

Estos objetivos muestran el camino de la intervención desde Terapia Ocupacional. Tras revisar bibliografía sobre Terapia Ocupacional en este campo, según Sánchez, Polonio y Pellegrini (7), Nott dice que los trastornos de personalidad pueden confundir al terapeuta ocupacional porque es fácil poder aparentar, en una valoración inicial, indicadores de función y una buena capacidad para hacer frente a la vida diaria, cuando realmente estos trastornos son el paradigma de la disfunción ocupacional grave. Por esta razón, el terapeuta ocupacional necesita conocer qué problemas graves se sitúan tras la aparente funcionalidad:

- Incapacidad para hacer frente a situaciones estresantes.
- Sentimiento de soledad.
- Alta inestabilidad emocional.
- Bajo autoconcepto y escasa autoestima.
- Incapacidad para asumir responsabilidades y tomar decisiones.
- Restricción de las habilidades relacionadas con la asertividad.
- Incapacidad para mantener relaciones significativas saludables.

La base de la gravedad del trastorno de personalidad es la ausencia de la identidad. A raíz del concepto de identidad, según Linehan (11) la persona con TLP tiene problemas para “identificar” y para entenderlo, se enumeran una serie de aspectos que una persona que muestra una participación ocupacional significativa es capaz de realizar (7):

- Identificar la eficacia en el hacer.
- Identificar las actividades que encuentra interesantes y satisfactorias.
- Identificar cuáles son sus roles.
- Identificar lo que se siente obligada a hacer y lo que es prioritario.
- Identificar las rutinas familiares de vida.
- Identificar las oportunidades y dificultades que proceden del entorno.

Estas identificaciones mantenidas en el tiempo son la que hacen entender la disfunción ocupacional del trastorno de personalidad, la identidad ocupacional. Por lo tanto, su competencia ocupacional, definida por Kielhofner (12) como las capacidades y comportamientos que sostienen las identificaciones ocupacionales, según Bellido, Berrueta y Aríñez (3), es pura apariencia o en los casos más ex-

tremos inexistente.

La Terapia Ocupacional, junto con otras modalidades de intervención psicosocial, están siendo avaladas por expertos en trastornos de personalidad como Gunderson (9), cuando afirma “estas intervenciones u otras que mejoren las habilidades sociales y la adaptación deberían convertirse en una parte fundamental del tratamiento y estar más disponibles en los centros de asistencia ambulatoria”.

Existen diferentes autores que proponen modelos de intervención de Terapia Ocupacional para los trastornos de personalidad como por ejemplo, Bellido, Berrueta y Aríñez (3) y García Rodríguez (10) entre otros dónde mencionan algunos procedimientos de intervención tales como: grupos de autoestima, grupos de comunicación terapéutica, grupos de habilidades sociales, grupos de resolución de problemas, grupos de creatividad, grupos de actividades ocupacionales, programas y actividades de ocio comunitario.

El protagonismo actual del TLP no se ve acompañado realmente por avances significativos tanto en la evaluación como en el tratamiento del mismo. Del mismo modo, el número de estudios sobre tratamientos eficaces en personas con TLP son limitados y en ocasiones poco eficaces y se crea la necesidad de crear asociaciones dirigidas a la investigación de este trastorno de personalidad.

Según un estudio realizado en Salamanca (España) por la terapeuta ocupacional Leticia Ocaña y la psicóloga Cristina Caballo (13) en el que participaron 51 personas de salud mental, a las que se les aplicó la adaptación española de la escala BELS (Basic Everyday Living Schedule), que evalúa el grado de oportunidad y el nivel de desempeño en 26 actividades divididas en cuatro áreas; autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias actividades y relaciones sociales, se obtuvo como resultados que estas personas tienen niveles bajos de autonomía, indicando problema severo o necesidad frecuente de sugerencia según la escala BELS. Estas dificultades se obtuvieron sobre todo en actividades del cuidado del hogar, siendo las relacionadas con el autocuidado las que obtuvieron mayores puntuaciones. En cuanto a las actividades relacionadas con la comunidad obtuvieron puntuaciones inferiores en grado de oportunidad.

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar los apoyos que requiere cada persona para mejorar el desempeño en las actividades y de este modo favorecer la independencia, la autonomía y la calidad de vida.

Por ello desde Terapia Ocupacional en este proyecto, se seleccionarán aquellas actividades de la vida diaria dónde se presenten dificultades teniendo en cuenta

las características de la patología y de la propia persona. En este caso, se trabajarán principalmente desde la resolución de problemas, ya que como se dice, es un problema principalmente de autonomía, por lo tanto, de la capacidad de decisión de la persona.

Los doctores en psiquiatría Christopher Perry, Elisabeth Banon y Floriana Ianni (14), analizaron la eficacia de diversos tratamientos para los trastornos de la personalidad publicados en 15 estudios. Tres fueron ensayos aleatorios controlados de tratamiento, tres comparaciones aleatorias de los tratamientos activos, y nueve estudios observacionales no controlado. En tres se emplearon terapia conductual o cognitivo-conductual exclusivamente y en otros tres se compararon la terapia cognitivo-conductual con la psicoterapia dinámica. Todos ellos informaban de mejoras debidas al tratamiento pero la recuperación completa solo se dio en el 51,8% en una media de tiempo de 1 año y 3 meses. Después de 2 años y 2 meses el porcentaje de recuperación debería llegar a 75% según la estimación de los autores. No obstante en este porcentaje estimado no se tiene en cuenta los abandonos que llegan a alcanzar el 28% de los tratamientos más largos.

Es interesante desde Terapia Ocupacional ya que la intervención se realizará en el marco cognitivo-conductual como algunos casos de ese estudio y se puede tener en cuenta el tiempo que tardaron en recuperar las personas siendo superior al año de tratamiento. También es importante tener en cuenta el porcentaje de personas que abandonan los tratamientos ya que será importante para establecer algún criterio de inclusión o exclusión del proyecto.

Retomando la resolución de problema y relacionándolo con las conductas vistas de abuso de sustancias y trastornos de alimentación de la persona con TLP, no es sorprendente ver que las conductas relacionadas con los trastornos de la alimentación puedan tener funciones adaptativas en esta clase de personas. Por ejemplo los atracones pueden servirle de mecanismo para tranquilizarse dada la limitada capacidad que tienen para encontrar la calma por sí mismos (15).

Del mismo modo los trastornos por consumo de sustancias constituyen un problema de salud pública importante. La motivación para el consumo de cualquier sustancia psicoactiva está relacionada en parte, con los efectos agudos y crónicos de estos productos sobre el estado de ánimo, la función cognoscitiva y la conducta. En algunos individuos, las alteraciones subjetivas, como por ejemplo la euforia y el alivio de la tensión que acompañan a la intoxicación por sustancias, es experimentada como fenómenos muy placenteros y ello conduce a un consumo repetido (16).

Los trastornos de la personalidad y su relación con el consumo de sustancias ocupan, en la actualidad, uno de los puntos centrales de la investigación tanto si esta procede de la perspectiva médica como de la psicológica, aunque su impacto en la clínica es aún escasa. Los diversos estudios permiten estimar que entre el 65 y el 90% de los sujetos que son tratados por abuso o dependencia de sustancias presentan, al menos, un trastorno de personalidad concomitante (17).

Aunque hay más conductas de riesgo, estas dos mencionadas anteriormente son en cuanto a hábitos saludables las que se incluyen en el proyecto de intervención porque son con las que con mayor frecuencia terminan siendo diagnosticadas en las personas con TLP (ver Anexos I) y si son llevadas a cabo pueden afectar a la vida diaria de la persona de forma grave, además de la seria repercusión en el resto de áreas ocupacionales.

Las personas diagnosticadas de un trastorno de alimentación pueden presentar alteraciones en las actividades básicas de la vida diaria, destacando las alteraciones en el vestido, actividad sexual y dormir/descanso; actividades instrumentales de la vida diaria, enfatizando las alteraciones en la comunidad, manejo de temas financieros, cuidado de la salud, preparación de la comida y limpieza y realización de compras: otras áreas como educación, trabajo, tiempo libre y participación social. Siempre teniendo en cuenta que la alteración de las diferentes áreas variarán de una persona a otra (18). Por lo que se corrobora lo dicho anteriormente.

Teniendo en todo lo visto hasta ahora y que los trastornos de personalidad límite, son, en lo relativo a las actividades de la vida diaria, los que con más probabilidad de los trastornos de personalidad pueden tener un desempeño ocupacional desadaptativo debido a su impulsividad y sus comportamientos autolesivos, que también repercuten en el resto de áreas de ocupación. Ya que por ejemplo llevar a cabo un proceso educativo y el mantenimiento del empleo requiere cierto nivel de perseverancia, estabilidad y cumplimiento de normas sociales dónde el trastorno límite de personalidad posiblemente obtenga una menor funcionalidad.

Resumiendo, las personas con TLP pueden presentar dificultades en su funcionalidad, ya sea en relación a actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, teniendo alterada la capacidad de cumplir con las exigencias propias de los roles que desempeña.

Por ello se abarcan en el proyecto habilidades sociales y herramientas que el TLP no tiene o no utiliza de forma funcional y consecuentemente aumentan la posibilidad de que se produzcan conductas disruptivas como por ejemplo actos impul-

sivos o reacciones a través de emociones como la ira debido al limitado repertorio de conductas que tiene integradas y que a su vez le producen un malestar generalizado.

Según la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave afirma que “el entrenamiento en habilidades sociales produce una mejora en las habilidades de la vida diaria, funcionamiento social, síntomas negativos y recaídas, cuando se compara con otras terapias activas” con un nivel de evidencia de 1+ (19). Lo que quiere decir que está basado en meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos (20).

El doctor Vicente Rubio Larrosa realizó un seguimiento durante catorce años de 370 pacientes españoles diagnosticados de TLP. Su estudio proporciona entre otras conclusiones que el 83% se consideran vacíos, el 95% se consideran inestables, 80% tomaban pocas decisiones, son indecisos, el 72% consideraba que además las decisiones tomadas eran equivocadas, el 85% pensaba que su vida era inútil y el 85% de los pacientes con más de 10 años de evolución consideraban que su vida estaba deteriorada irreversiblemente. En cuanto a la evaluación el 70% de los pacientes de alrededor de los 35 años, la sintomatología disminuye, tienden a tener más periodos asintomáticos y las crisis son menos intensas. Al final lo que predomina es la sintomatología depresiva debido al deterioro social, ambiental y afectivo que han ido acumulando a través de los años y hace que la recuperación y la adaptación del paciente sea muy limitada (1).

Este estudio muestra cómo se sienten las personas con TLP y apoya por qué desde Terapia Ocupacional se tiene que considerar la resolución de problemas como tratamiento ya que cómo se observa, el 80% no toman muchas decisiones y el 72% de las personas con TLP consideraban que las decisiones que tomaban eran equivocadas. Por otro lado se observa que al final predomina la sintomatología negativa debido al deterioro en diferentes contextos de la persona lo que puede justificar un proyecto basado en la prevención como es el caso. El proyecto va enfocado a prevenir desde la Educación para la Salud, tratando de evitar las conductas mencionadas anteriormente para disminuir en cada persona con TLP, con sus características propias, un deterioro funcional a corto y largo plazo.

La Educación para la Salud es entendida según Lawrence W. Green como “cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud”. Esta definición incluye un aspecto importante, como es la

toma de decisiones por parte la persona, de manera que se adopte y refuerce la implantación de hábitos sanos. Es importante en esta definición la complementariedad de los métodos educativos, la necesidad de una planificación de cualquier estrategia de educación para la salud, con sus correspondientes fases, y la voluntariedad del individuo para conseguir todos aquellos comportamientos que permitan mejorar su salud (21). En la 36ª asamblea mundial de la salud se define la Educación para la Salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite (22). Por ello se incluyen dos sesiones informativas y prácticas.

La Educación para la Salud aborda no solamente la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual y colectiva, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

2 Objetivos

Mostrar estrategias de intervención desde Terapia Ocupacional en Educación para la Salud dirigidas a adultos con trastorno límite de personalidad con el fin de prevenir el abuso de sustancias y los trastornos de alimentación.

3 Metodología

Destinatarios

El proyecto va dirigido a 30 personas con TLP de entre 20 y 40 años, sin importar el sexo. Criterios de inclusión:

- Estar diagnosticado de trastorno límite de personalidad.
- Tener una edad comprendida entre 20 y 40 años.
- Contar con apoyo familiar.
- Tener interés y motivación por participar en el proyecto.

Criterios de exclusión:

- Tener una dependencia a alguna sustancia tóxica (se excluye el tabaco).
- Padeecer un trastorno de alimentación estructurado que requiera de un tratamiento específico y/u hospitalización.

Para valorar estos criterios se pedirá la documentación oportuna y la cumplimentación de cuestionarios tanto de la persona con TLP como del familiar o familiares que se involucrarán en el proyecto:

- Documento Nacional de Identidad de la persona con TLP y de familiar/es que se involucrarán. Datos personales sobre estudios realizados, estado civil...
- Aportación de evidencia de participación en otros proyectos dirigidos a TLP.
- Entrega de los siguientes cuestionarios que forman parte a su vez de la evaluación: o Cuestionario sobre abuso de sustancias. o Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2). o Cuestionario de conductas (familia).

Objetivos del proyecto

Objetivo general

- Procurar la autonomía e independencia personal en el desempeño de roles, rutinas, actividades de la vida diaria y en la toma de decisiones que todo ello conlleva.

Objetivos específicos

- Prevenir el abuso de sustancias tóxicas.
- Prevenir la realización de alteraciones dañinas en la conducta alimentaria diaria.
- Aumentar el repertorio conductual y dotar de estrategias, herramientas y habilidades para gestionar los problemas de la vida diaria.
- Procurar los mejores resultados y la continuidad de las conductas adaptadas en el tiempo al finalizar el proyecto.

Evaluación del proyecto

Para evaluar se realizará un pre-test y un post-test. De esta forma se reflejará en qué medida el proyecto es capaz de lograr los objetivos y generar el cambio esperado en las conductas de las personas con trastorno límite de personalidad. Por un lado las personas con TLP tendrán que cumplimentar:

- Cuestionario exploratorio de personalidad (CEPER-III).
- Inventario EQ-i de Bar-On.
- Cuestionario sobre abuso de sustancias.
- Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2).
- Autorregistro de rutina.
- Autoevaluación ocupacional OSA.

4 Resultados

El objetivo del Trabajo Fin de Grado era “mostrar estrategias de intervención desde Terapia Ocupacional en Educación para la Salud dirigidas a adultos con trastorno límite de personalidad previniendo los abusos de sustancias y los trastornos de alimentación”. A través de la metodología reflejada donde se incluyen sesiones de información sobre aquellas patologías con las que el TLP tiene gran comorbilidad, se relaciona el porqué de esas conductas (que derivan finalmente en la patología) con los rasgos característicos del TLP desarrollando un programa basado en habilidades y técnicas que posteriormente se trabajan en la vida diaria de la persona, teniendo en cuenta sus rutinas, metas, roles y entornos.

5 Discusión-Conclusión

Las limitaciones encontradas al realizar el TFG, ha sido la escasez de estudios acerca del TLP y más aún desde Terapia Ocupacional. Tras la revisión bibliográfica realizada de forma previa al desarrollo del proyecto, se extrae a modo de conclusión que el TLP aunque está reconocido como diagnóstico desde el año 1980 y tenga unos criterios diagnósticos establecidos, el hecho de variar de una persona a otra la “expresión” del trastorno teniendo en cuenta los tipos de conductas, la intensidad y duración de las mismas, la sintomatología (positiva y/o negativa), la presencia de distintas enfermedades concomitantes (pudiendo presenciar en mayor o menor medida incluso otros tipos de trastornos de personalidad), hace que se requiera de una intervención completa y multidisciplinar.

El proyecto no está diseñado para ser llevado a cabo en una localización física concreta lo que permite poder desarrollarlo en múltiples recursos y en condiciones diversas tanto del entorno como de las personas que acudan ya que dentro de las competencias del terapeuta ocupacional se encuentra la de graduar y/o adaptar el entorno o las diferentes actividades o tareas.

Los módulos descritos han sido seleccionados basados en bibliografía, en los criterios diagnósticos y en las necesidades generales de las personas con TLP enfocándolo a la prevención del abuso de sustancias y de alteraciones en la conducta alimentaria siempre desde la visión de terapia ocupacional.

Se considera este TFG un buen punto de partida para introducir más la figura del terapeuta ocupacional en este colectivo, en diferentes recursos, ya que se ha comprobado que actualmente muchas asociaciones en España se encargan

de proporcionar a estas personas programas y tratamientos propios de Terapia Ocupacional. Lo que hace ver que existen familias y personas con TLP que ven esa necesidad.

Finalmente este proyecto de intervención llevado a cabo proporcionará datos que podrán ser utilizados para mejorar las intervenciones desde Terapia Ocupacional con las diferentes personas que tienen TLP y al mismo tiempo ver aquellas posibles necesidades que no se cubren o se hace parcialmente para el desarrollo de nuevos proyectos.

6 Bibliografía

1. Caballo E.V. Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis S.A; 2004.
2. Millon T, Everly GSJr. La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca; 1994.
3. Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM, Ariñez Merchán I. La aportación de la Terapia Ocupacional en el abordaje de la funcionalidad del trastorno de la personalidad. Revista Terapia Ocupacional Galicia TOG
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 4). 4ªed. Texto revisado. Madrid: Masson; 2001.
5. Sarason GI, Sarason RB. Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada. 7ª ed. Méjico: Prentice Hall Hispanoamericana S.A; 1996.
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5). 5ªed. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
7. Sánchez O, Polonio B, Pellegrini M. Terapia Ocupacional en salud mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
8. Lalucat Jo L, Casañas Sánchez R, Estrada Sabadell MD, Teixidó Casas M. Coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. 1ª ed. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut; 2011.
9. Gunderson J. Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica. Barcelona: Ars Médica; 2002.
10. Slideshare [sede Web]. Publicado 5 de agosto de 2008 [acceso 15 de diciembre de 2015]. De García Rodríguez C. Terapia Ocupacional y trastorno límite de la personalidad [8].
11. Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Barcelona: Paidós Ibérica; 2003.

12. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. 3ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004.
13. Ocaña L, Caballo C. Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. Revista Terapia Ocupacional Galicia TOG
14. Christopher Perry, Elisabeth Banon y Floriana Ianni. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. Am J Psychiatry. 1999; 156(9): 1312-21.
15. Corina Góngora V. Trastornos de personalidad en pacientes con desórdenes de conducta alimentaria. Psicodebate: psicología, cultura y sociedad
16. Pedrero EJ, Puerta C, Lagares A, Sáez A. Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. Trastornos Adictivos. 2003; 5(3):241-55.
17. Navarro Machuca IG, Sánchez Rizo I, Villaseñor Bayardo SJ. Los trastornos de la personalidad y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias. Revista Digital Universitaria (UNAM).
18. Vaquero Sánchez M, Solano Pinto N. Terapia Ocupacional y unidades de trastornos de la conducta alimentaria: situación actual en España. TOG
19. Caro Rebollo FJ, Martín Roig M, Martín Sánchez JI, Vicente Edo MJ. Coordinadores. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.
20. Manterola DC, Zavando MD. Cómo interpretar los “Niveles de evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. Revista chilena de cirugía
21. Villa Andrada JM, Ruíz Moñoz E, Ferrer Aguarales JL. Antecedentes y conceptos de la educación para la salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Junta de Extremadura. Mérida; 2006.
22. Ivette MA, Quintero SMA, Camacho REJ, Sánchez SJM. La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. Revista chilena de nutrición
23. Van-Der Hofstadt Román CJ. El libro de las habilidades de comunicación. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2005.
24. Valiente Ots C, Díez-Alegría C. Enfoque cognitivo-conductual y sus aplicaciones. En: Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica. Barcelona: Masson; 1998. 49-61.
25. Bellak L. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. 2ª ed. Méjico: El Manual Moderno; 2000.
26. Rodríguez González A. Coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997.
27. Hernández Sánchez C. Coordinadora. Racismo y educación. De la invisibilidad a la evidencia. Madrid: Editorial Complutense; 2012.

28. Sanz FJ, Graña GJS. Factores psicosociales y síntomas depresivos: el caso de la auto- observación. *Revista Psicothema*. 1991; 3 (2): 381-399.
29. Sarason GI, Sarason RB. *Psicología anormal. El problema de la conducta inadaptada*. 11ª ed. Méjico: Pearson Educación; 2006.
30. Chóliz Montañés M. *Técnicas para el control de la activación: relajación y respiración*. Universidad de Valencia.
31. De la cerda Toledo M. *Por una pedagogía de ayuda entre iguales: reflexiones y prácticas*. Barcelona: Graó; 2013.

Capítulo 831

TERAPIA OCUPACIONAL ASISTIDA CON PERROS EN NIÑOS CON PCI EN EDUCACIÓN INFANTIL. PROYECTO DE INTERVENCIÓN ENFOCADO A LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

HORTENSIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Antes de nada, es necesario explicar que las Intervenciones Asistidas con Animales (IAA) son intervenciones a las que se incorpora un animal para producir mejoras a nivel físico, psíquico y social, dirigidas por profesionales de la salud, de la educación, de la intervención social (1) o profesionales del mundo del perro.

Dentro de las IAA hay que diferenciar tres ramas, ya que según los objetivos que establezcamos, estaremos hablando de un tipo de intervención u otra. Éstas son: Terapia Asistida con Animales (TAA) donde el animal se integra en un proceso de tratamiento físico y/o psíquico y el profesional que interviene es de la salud con objetivos terapéuticos. Este proyecto corresponde a este tipo de intervención. Por otro lado, está la Educación Asistida con Animales (EAA) la cual es desarrollada por un profesional de la educación y persigue objetivos educativos. Finalmente están las Actividades Asistidas con Animales (AAA) que ofrecen motivación en

diferentes entornos, solo pueden establecerse objetivos lúdicos y pueden ser dirigidas por profesionales entrenados (2) o del mundo del entrenamiento animal.

Terapia Asistida con Animales La terapia asistida con animales es una intervención directa y con objetivos prediseñados, donde participa un animal que reúne criterios específicos, como parte indispensable del tratamiento. Ha sido ideada para propiciar beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos en una gran variedad de entornos, de manera individual o en grupo, valiéndose para ello de diferentes animales. Todo el proceso ha de haber sido previamente diseñado y posteriormente evaluado (3).

Esta terapia se emplea desde los años 50 del siglo pasado, aunque sus beneficios se conocen desde tiempos muy antiguos. Hipócrates (460 a.C.), considerado el padre de la medicina, aconsejaba la práctica de la equitación para mejorar el estado de ánimo de las personas con enfermedades consideradas incurables (4). La primera vez que se registró la utilización de animales de compañía como co-terapeutas fue en el año 1972 en el Asilo de York, en Inglaterra. Donde el psiquiatra William Tuke intuyó que los animales podían propiciar valores humanos y autocontrol en estos enfermos, mediante refuerzo positivo.

En 1867, los animales de compañía empezaron a utilizarse como parte del tratamiento de enfermos epilépticos en Bethel, Alemania. Hoy en día, es un sanatorio que atiende a 5.000 pacientes aquejados de trastornos físicos y mentales en el que varios tipos de animales forman parte activa del tratamiento.

En 1948, el Dr. Samuel B. Ross fundó en las cercanías de Nueva York el centro Green Chimneys, una granja para la reeducación de niños y jóvenes con trastornos del comportamiento mediante el trabajo con los animales.

En cuanto al uso de perros en terapia para niños, en 1953 el psiquiatra Boris M. Levinson descubrió de manera inesperada el potencial como co-terapeuta de su perro Jingles al recibir una visita no programada en la consulta de su casa, donde observó como el niño (con problemas de retraimiento), se mostró durante la sesión más atento, comunicativo y tranquilo que de costumbre (5). Apoyándose en estas experiencias, son cada vez más los profesionales del mundo de la psicología, educación, los terapeutas ocupacionales, etc., que introducen un animal en sus terapias. La TAA es una terapia complementaria que funciona a través del enfoque de la Terapia Ocupacional para lograr los objetivos específicos de una persona y por ello se puede utilizar para trabajar a nivel físico, social, emocional, y cognitivo (6). En combinación con la terapia ocupacional, la TAA también puede

proporcionar una motivación única para la participación de la persona en las sesiones (7).

Terapia Asistida con Animales en PCI

En la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral (PC) como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, causantes de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo, en la época fetal o primeros años. El trastorno motor de la PC con frecuencia se acompaña de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos y/o de conducta, y/o por epilepsia (8). Por ello, es interesante mencionar que el uso de animales en el tratamiento de las personas con parálisis cerebral puede abordar la mejora de la función física, social y emocional (9). Este efecto beneficioso también lo corrobora Ballarini el cual añade que abarca aspectos psicológicos, emocionales, de juego y de estimulación física (10). Todo ello demuestra los efectos psicossomáticos del vínculo humano-animal y de la interacción durante las sesiones. Además, la TAA puede ser beneficiosa para la mejora de la calidad de vida y comportamientos psicossociales (11).

Emily Howell-Forbes y Kathryn Marxen en el año 2014 realizaron un estudio para comparar las diferencias entre la Terapia Ocupacional con un perro (TAA) y Terapia Ocupacional tradicional. Fue un diseño de investigación de caso único, un niño de 3 años con PCI. Concluyó que la incorporación de un perro en las sesiones de Terapia Ocupacional parecía proporcionar al niño una mayor motivación, confianza y compromiso con las actividades que realizaba en la sesión, así como una mayor extrapolación de las habilidades trabajadas en su vida cotidiana, fuera de la terapia (7).

Otro estudio, realizado por Dilek Tunçay y Sibel Cevizci en el año 2015 concluyó que las TAA pueden ser un método de apoyo al tratamiento rehabilitador rutinario de niños con PCI y discapacidades físicas y mentales. Además de mencionar que la Terapia Ocupacional asistida con un perro facilitó la adaptación al proceso terapéutico y que el perro generó un ambiente de terapia más agradable, seguro y libre de estrés. (12).

En general se reconoce que los niños necesitan actividad física para un desarrollo saludable. En los niños, la auto-confianza se desarrolla principalmente a través de experiencias exitosas con las tareas motoras (13), al igual que las interacciones entre perros y niños tienden a promover la actividad física (7), por lo que introducir a un perro en una sesión con un objetivo físico puede facilitar que el niño

participe con mayor motivación.

Según describen diferentes estudios, los animales tienen innumerables beneficios para los niñ@s, tales como: fuente de contacto físico, afecto y aceptación sin límites, fuente de atención, al ser un estímulo multisensorial que es atrayente y capaz de captar la atención y motivación de las personas, favorece un clima menos amenazante, sirve de modelo (un perro educado, favorece comportamientos educados en los niñ@s), cómplice, compañero de juego, reforzador de conductas, etc. (14). Todo esto se tiene que tener en cuenta a la hora de dirigir las sesiones ya que puede facilitar el desarrollo de las mismas y favorecer que el niñ@ participe en ellas activamente siendo él/ella quien vaya marcando sus metas.

Se elige un proyecto de intervención en parálisis cerebral infantil (PCI) porque es uno de los diagnósticos más frecuentes en recién nacidos. En la actualidad se estima una prevalencia global de este trastorno en 2-2,5 por 1.000 recién nacidos vivos en países desarrollados. La prevalencia estimada en España, según encuesta del INSERSO, es de 1,36 por 1.000 habitantes, lo que supone una población superior a los 50.000 afectados (15).

A pesar de la mejora de las prácticas médicas y la disminución de la prevalencia de muchos otros diagnósticos en los últimos 50 años, la prevalencia de la PCI se ha incrementado (16). Este aumento se explica, en parte, por la disminución de la tasa de mortalidad de los recién nacidos debido a la mejora de la medicina neonatal y obstétrica (17). También contribuye al aumento de prevalencia, el hecho de que actualmente no existe una cura conocida para la PCI (18).

Por ello se considera oportuno este proyecto, ya que existe una prevalencia significativa y puesto que actualmente no tiene cura, es importante trabajar desde muy temprana edad. Por ese motivo, nuestro proyecto de terapia asistida con animales (TAA) se enfoca a niñ@s de 3 a 6 años ya que el perro es una fuente de motivación, incluso novedad para estos niños y éste podrá desarrollar la figura de co-terapeuta. El perro es quien nos proporcionará esa forma de trabajar diferente al resto de terapias.

Como terapeuta ocupacional, el área dónde se contextualiza este proyecto es el de AVD, las cuales, las consideradas actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son principalmente vestido, aseo y alimentación. Pero a su vez se trabajan destrezas y capacidades que benefician el desenvolvimiento y desarrollo del niño en otras actividades de su rutina, lo que al final se traduce en mejorar su percepción de calidad de vida.

Está estudiado que la presencia de agitación, aislamiento social, depresión y trastornos psicóticos es cada vez mayor en los niños con parálisis cerebral y discapacidades físicas y mentales. Estos trastornos se observan en los centros de rehabilitación y centros de cuidados especiales. Por otra parte, los factores ambientales (como puede ser ruidos, ambiente percibido como hostil...) en los centros de rehabilitación y otras unidades de salud se han convertido en barreras para realizar terapia. Por ello, la TAA y en general las IAA pueden ser útiles para hacer frente a estas dificultades mediante la ejecución de terapias de un método diferente y un enfoque más humanista (19).

La TAA puede llegar a mejorar de forma global la capacidad de la persona (desde niños a ancianos) que presentan problemas médicos y/o Necesidades Educativas Especiales permitiendo mejorar también su calidad de vida (20).

Dado que actualmente no existe una cura para la PCI, la Terapia Ocupacional es una intervención comúnmente utilizada para reducir o compensar los efectos negativos de la enfermedad y aumentar la funcionalidad, la independencia y la participación de la persona en las áreas ocupacionales (7).

Los trastornos neuromotores y la PCI han sido objeto de estudio en Terapia Ocupacional desde hace varias décadas. En un principio, la intervención se enfocaba hacia las actividades motoras finas y de juego. Desde los años 60, momento en el la Teoría del Neurodesarrollo (NDT) pasó a formar parte de la literatura de Terapia Ocupacional, se ha convertido en uno de los tratamientos más utilizados. En la actualidad el tratamiento es activo y está enmarcado en el contexto funcional de la vida diaria (21). Por ello se cree interesante crear un proyecto que enlace estos tratamientos con la terapia asistida con animales, ya que especialmente los perros en este colectivo, pueden ser una herramienta más a utilizar para el tratamiento integral de estos niños.

2 Objetivos

Mostrar estrategias de intervención de terapia asistida con animales desde Terapia Ocupacional en niños con parálisis cerebral en educación infantil.

3 Metodología

Objetivos generales basados en las áreas ocupacionales
-Favorecer marcha funcional.

- Aumentar comportamientos autónomos en el aseo.
- Aumentar la independencia en la alimentación.
- Facilitar la independencia en el vestido.
- Favorecer el juego.

Objetivos específicos

- Mejorar coordinación ojo-mano.
- Mejorar rango articular de miembros superiores (MMSS) y miembros inferiores (MMII).
- Mejorar fuerza muscular.
- Prevenir las contracturas musculares y deformidades.
- Aumentar la realización de movimientos de forma autónoma que conlleven un mayor control postural al inicial.
- Trabajar la sensibilidad superficial.
- Trabajar la sensibilidad propioceptiva.
- Disminuir el estrés cotidiano.
- Aumentar la autoestima.
- Potenciar comunicación verbal.
- Mejorar tono muscular durante la sesión.
- Mantener atención sostenida durante la sesión.
- Mantener memoria a corto y largo plazo durante la sesión.

Destinatarios/as

Niños/as con PCI pertenecientes a ASPACE de Educación Infantil, de edades comprendidas entre 3 y 6 años.

Los destinatarios son diez niños/as con PCI pertenecientes a ASPACE de Educación Infantil sin discapacidad intelectual o discapacidad leve-moderada, divididos en dos grupos de cinco según la discapacidad intelectual que presenten (sin discapacidad y discapacidad leve y otro grupo con discapacidad moderada). Los criterios para determinar el grado de discapacidad intelectual de los participantes se basan en los estipulados por el DSM-IV (1994).

Cociente Intelectual

- Leve: entre 50-55 y 70 el 85%
- Moderado: entre 35-40 y 50-55 el 10%

Para la distribución de grupos se podrán hacer excepciones según la capacidad funcional o independencia que presente en las ABVD o capacidad de adaptación en el desarrollo de actividades.

Una vez realizada la evaluación inicial, se crearán dos grupos de acuerdo a las características personales, como ya se ha explicado, para el desarrollo eficiente del programa. Por ello, tendremos en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Tener PCI.
- Tener entre 3 y 6 años (inclusive).
- Motivación por los perros.
- Presenta problemas en las ABVD.

Criterios de exclusión.

- Alergia conocida a perros.
- Presentación de heridas abiertas con posibilidad de infección.
- Fobia o aversión a los perros.
- Discapacidad intelectual severa.
- Incapacidad de ejecutar movimientos voluntarios.

El programa se dividirá en tres secciones: alimentación, aseo y vestido. Cada actividad está analizada para saber qué destrezas se precisan para su desarrollo. Esto nos ayuda a saber qué aspectos tenemos que trabajar más con la persona para que llegue a ser lo más funcional posible. Se favorecerá en todo momento la comunicación recíproca con los familiares y otros profesionales que intervengan con la persona, incluso formar parte de diferentes sesiones.

Respecto a las sesiones, se realizarán en un espacio debidamente iluminado, con una temperatura adecuada y un entorno seguro. Se tendrá en cuenta cómo se encuentra el perro en cada momento, si necesita un descanso...Durante las sesiones, si surge alguna conducta dañina para el perro, éste se irá. También, se tendrá estudiado el espacio para ubicar la zona de descanso del perro, cercana a la salida.

En cuanto a la temporalización del programa se realizará en el primer trimestre del curso escolar, iniciándose el primer día de octubre y finalizando en diciembre, coincidiendo con el curso escolar. Las secciones o temas en las que se divide el programa son la alimentación, el aseo y el vestido.

Serán 12 semanas de intervención, realizándose dos sesiones por semana. Tendrán una duración de 45 minutos, divididas de la siguiente forma: actividades preparatorias (7 minutos), intervención según tema (30 minutos) y relajación (8 minutos). Estos tiempos son estimados ya que, en función de la edad, la capaci-

dad atencional y en general de las características del grupo, podrá valorarse un tiempo menor de cada parte de la sesión ya que se busca el disfrute y fomentar las ganas de volver a participar.

Recursos humanos

-Experto/a en TAA: profesional del ámbito sanitario formado para la aplicación de las IAA en sus programas con el fin de alcanzar unos objetivos previamente establecidos para el receptor de la intervención. En este proyecto es una terapeuta ocupacional.

-Técnico/a en IAA: profesional con una formación holística en el campo de las relaciones humanas a la vez que en el manejo y el bienestar animal cuyo objetivo es facilitar y potenciar la interacción entre el perro y el niño/a en este caso, siguiendo unos protocolos.

Animal de TAA

Se elige el perro como animal de la terapia porque entre otras cosas, proporciona calidez, ambiente distendido y facilita la interacción niño-profesional, permitiendo la atención proporcionada a los usuarios. Además, se fundamenta esta elección para este programa con un estudio innovador realizado por B L. Rondeau y su grupo de trabajo en el que se utiliza el perro en vez del caballo para la rehabilitación y reentrenamiento de la marcha en personas con daño cerebral adquirido, dando como resultado tras cuatro semanas de intervención una mejoría en el patrón de la marcha y aumento de la velocidad frente al uso de productos de apoyo (22).

Para este proyecto son necesarios dos perros, uno de ellos con gran presencia en las sesiones mientras que el otro, participará de manera puntual. Ambos tendrán que tener un carácter tranquilo pero sociable, con un nivel de actividad medio, no excesivamente nervioso ya que muchas actividades no requieren de una participación muy activa del perro en cuanto a movilidad. También será importante una capacidad de resiliencia alta por el tipo de colectivo con el que se trabaja.

Protocolo de prevención de zoonosis. Se requiere un protocolo de prevención de zoonosis, el cual consta de desparasitación interna y externa, vacunas a la orden del día, revisiones veterinarias frecuentes/periódicas y medidas higiénicas como la limpieza del pelo, oídos, patas... Estas últimas se realizan antes y después de cada sesión.

Evaluación del proyecto. Se realizará una evaluación inicial de cada niño de la

siguiente manera: se evaluarán aquellas características que se quieren trabajar, establecidas en los objetivos y por otro lado se evaluará a través de la observación el nivel de independencia funcional que presenta el niño en una o varias ABVD.

Las siguientes escalas nos aportarán parte de la evaluación del niño y nos ayudarán a determinar si los objetivos se han conseguido, realizándolas antes de iniciar el programa y después del mismo.

- Escala de fuerza Daniels.
- Escala de marcha y equilibrio Tinetti.
- Escala de Ashworth modificada sobre espasticidad muscular.
- Análisis postural.
- Pruebas gestuales para valoración del rango articular.
- Índice de Barthel junto con observación de destrezas en ABVD.
- Pruebas de coordinación: índice-índice, dedo-índice, pulgar-dedos...
- Pruebas de sensibilidad superficial, profunda y cortical.
- Evaluación de juego.
- Cuestionario de rutina.
- Cuestionario de estrés y registros de padres y otros profesionales.
- Cuestionario y registro de autoestima.

Por otro lado, se realizarán evaluaciones continuas a través de registros:

- Registro de cada sesión.
- Registro semanal a completar por los padres.

Plan de intervención. Habrá dos sesiones a la semana, un día de la semana para cada grupo, dejando mínimo dos días entre ellos. Las actividades se analizan previamente para poder graduar y adaptar aquello que sea necesario.

4 Resultados

Actualmente el día a día en el trabajo con personas en el ámbito clínico manifiesta la necesidad de mejorar la atención a las mismas, por ello que surgen las intervenciones asistidas con animales, las cuales a través del entrenamiento específico de los mismos se pretende lograr que sean un apoyo en los tratamientos, facilitadores de los procesos terapéuticos y un centro de interés que ayude a contribuir en el desarrollo global de la persona así como en su calidad de vida. De esta manera, introducir un perro en una sesión con enfoque y objetivos de Terapia Ocupacional puede facilitar el cumplimiento de objetivos y una mayor implicación de la persona en su proceso rehabilitador.

5 Discusión-Conclusión

El uso de animales como herramienta terapéutica según los estudios revisados muestran resultados positivos, aún así, aún no hay suficiente bibliografía al respecto. Esta propuesta de intervención podría ser un buen comienzo para futuros estudios e investigaciones.

6 Bibliografía

1. Fundación Affinity. ¿Qué es la Intervención Asistida con Animales de Compañía, IAA?. 1987.
2. AVMA (s.f.). Las Intervenciones Asistidas con Animales: definiciones. American Veterinary Medical Foundation.
3. García Wilson I, Oropesa Roblejo P, Puente Saní V, Matute Gaínza Y. Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. MEDISAN
4. Mavel Pérez MV. Terapia asistida con animales (TACA). Cultura, Ciencia y Tecnología. ASDOPEN [revista en internet] 2014 [acceso el 25 de agosto de 2017]; 6:18-29.
5. Martínez Artime A, Matilla Martínez M, Todó Llorens M. Terapia asistida con perros. 2010.
Disponible en: <https://es.slideshare.net/davidpastorcalle/terapia-asistida-con-perros>
6. Pet Partners. Animal-Terapia Asistida general. 2012.
7. Forbes EH, Marxen K. Animal Assisted Therapy: A Dog's influence on occupational therapy outcomes of a child with cerebral palsy. University of Puget Sound; 2014.
8. Póo Argüelles P. Parálisis cerebral infantil. Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Dèu, Barcelona:Asociación Española de Pediatría; 2008.
9. Sams MJ, Fortney EV, Willenbring S. Una investigación piloto que incorpora terapia ocupacional con animales para niños con autismo. American Journal of Occupational Therapy
10. Ballarini. Animales de Compañía en la terapia humana. Informe de la conferencia. Acta Biomedica.2003; 74: 97-100.
11. Nathans-Barel I, Feldman P, Berger B, Modai I. La terapia asistida por animales aminora la anhedonia en pacientes con esquizofrenia. Un estudio piloto controlado. Psychother. Psicossoma. 2005; (74):31-35.

12. Tunçay Elmacı D, Cevizci S. Dog-Assisted Therapies and Activities in Rehabilitation of Children with Cerebral Palsy and Physical and Mental Disabilities. *Int. J. Environ. Res. Public*
13. Gee NR, Harris SL, Johnson KL. El papel de los perros de terapia en la velocidad y precisión para completar las tareas de motricidad para niños en edad preescolar. *Clínicas Veterinarias de Norteamérica: Pequeño Animal Practice*. 2007; (39):293-326.
14. Signes M, Rodrigo M. Animales de compañía y niños: una relación educativa y terapéutica. *Voraus*; 2009.
15. Fernández-Jaén A, Calleja-Pérez B. La parálisis cerebral infantil desde la atención primaria. *Med Integral [revista en Internet]* 2002 [acceso el 15 de julio de 2017]; 40(4):148-58.
16. Odding E, Roebroek M, Stam HJ. La epidemiología de la parálisis cerebral: Los incidentes impedimentos y factores de riesgo. *Discapacidad y Rehabilitación*. 2006; (28): 183-191.
17. O'Shea TM. Cerebral Palsy in Very Preterm Infants: New Epidemiological Insights. *Ment Retard Disabil Res Rew* 2002;8(3):135-45.
18. Collet JP, Vanasse M, Marois P, Amar M, Goldber J, Lambert J, Majnemer A. Tratamiento con oxígeno hiperbárico para niños con parálisis cerebral: Un ensayo multicéntrico aleatorizado. *Lancet*. 2001; 357:582-586.
19. Friedmann E. El vínculo entre los animales-compañero humano: cómo el beneficio humano. *Clínicas Veterinarias de Norteamérica: Pequeño Animal Practice*. 2009; (39): 293-326.
20. La Salle Centro Universitario. *Boletín de Estudios e Investigación*. Madrid: Sistema de Información Científica Redalyc Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
21. López P, Ortega C, Moldes V. *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y práctica*. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
22. Rondeau L, Corriveau H, Bier N, Camden C, Champagne N, Dion C. Effectiveness of a rehabilitation dog in fostering gait retraining for adults with a recent stroke: a multiple single-case study. *NeuroRehabilitation*. 2010; (27):155-163.

Capítulo 832

LA MEDICINA EN LA ESPAÑA VACIADA

PAULA MERINO GONZÁLEZ

1 Introducción

La Atención Primaria pretende llegar a la población a través de medidas de salud pública como diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación desde un nivel básico e integral.

Esta atención en la España rural, en particular en la España vaciada, entra dentro de un contexto de dispersión y despoblación.

Es una disciplina que ha de realizar su actividad cubriendo grandes zonas y en ocasiones muy dispersas, lo que ayuda a la despoblación progresiva, al desempleo y a una población cada vez más envejecida y dependiente.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conseguir que la España olvidada pueda vivir dignamente en su territorio.

Objetivos secundarios:

- Disminuir la desigualdad que sufre el mundo rural frente a las ciudades.

- Aportar soluciones creativas, motivadoras y con compromiso, encaminadas a hacer atractiva la zona rural para mitigar la pérdida de gente joven y atender a una sociedad cada vez más longeva.
- Afianzar la figura del médico rural como una persona cercana que les puede ayudar, dado que el médico conoce al paciente a lo largo de su gran recorrido en sus vidas. Es donde se realiza la verdadera Medicina Comunitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Concienciación por parte de las personas implicadas en materia sanitaria y seguir hasta conseguir que las partes implicadas (Ministerio, sindicatos y demás colectivos sanitarios) adquieran compromisos firmes y no parchear un gran problema que necesita una reforma casi integral.
- Realización de charlas y estudios enfocados a favorecer el trabajo del médico rural haciendo su trabajo más fácil y conciliador con su vida familiar.
- Invertir más en medios, la pérdida de población no puede ser un inconveniente para los que viven allí.
- Más recursos para garantizar la asistencia y eliminar el exceso de carga burocrática, exceso de guardias sobre el personal médico y enfermería.
- Mejorar las infraestructuras porque el continuo recorrido sobre las vías en malas condiciones hace difícil la asistencia.
- Salir a las calles a manifestarse y reivindicar que la España vaciada existe.
- Favorecer la comunicación de los profesionales sanitarios protagonistas de la medicina rural por medio de entrevistas.

- Reactivar las movilizaciones de la Atención Primaria si no cambia su pésima situación laboral.
- Organizar jornadas de Medicina Rural como la de Semfyc que en el año 2019 se realizó en Logroño para actualizar competencias médicas y analizar la problemática de este ámbito.
- Desde Semfyc se propone apoyar incentivos profesionales y económicos para desarrollar la medicina comunitaria y administrativa hasta un techo competencial.

Destaca también la necesidad de aumentar el número de médicos de familia en formación (MIR), que roten en su totalidad por el ámbito rural y que la rotación sea obligatoria en el programa formativo.

5 Discusión-Conclusión

Se necesita un Pacto de Estado con una Ley de Desarrollo Territorial.

6 Bibliografía

- <http://www.diariovasco.com>
- <https://www.semfyc.es>
- <https://www.aragondigital.es>

Capítulo 833

ATENCIÓN LOGOPÉDICA EN UN CASO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

MARTA TIZÓN GARCÍA

CINTIA CUBILLAS ALONSO

MARIA SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurodegenerativa actualmente crónica. Su clínica es diversa, y el conjunto de todos los síntomas puede repercutir en la calidad de vida presente y provocar incertidumbre en el futuro a la persona, a su entorno y a la sociedad en general.

Acapara considerable atención por su frecuencia, cronicidad y sobre todo porque aparece a edades adultas muy tempranas. Es la segunda causa más frecuente de discapacidad neurológica en adultos jóvenes, tras el traumatismo craneoencefálico y la causa más común de discapacidad física progresiva grave en jóvenes (OMS, 2004).

2 Objetivos

- Plantear una intervención logopédica para una paciente con Esclerosis Múltiple.

3 Caso clínico

Mujer de 47 años, diagnosticada de esclerosis múltiple remitente-recidivante hace 5 años. Empeoramiento de su sintomatología neurológica desde hace dos años, cursando con debilidad, hormigueo, fallos de coordinación dinámica general, fatiga, problemas de equilibrio, enlentecimiento del habla y algún episodio de atragantamiento en las comidas.

Precisa ayuda para las actividades básicas de la vida diaria, camina con apoyo, presenta fatiga e infecciones urinarias de repetición.

Exploración neurológica:

- Funciones cognitivas superiores y lenguaje: normales. Habla disártrica.

Exploración del habla:

- Disartria, con presencia de moderadas distorsiones vocálicas y consonánticas en emisión. Según la escala subjetiva de inteligibilidad de Duffy, la puntuación obtenida fue de 8. Comunicación reducida bajo condiciones ideales, donde el contenido es adecuado, no restringido pero con reparaciones, que le permite comunicar funcionalmente sin la presencia de una tercera persona.

- Prosodia con moderadas fluctuaciones en la tasa de habla, con aumentos o descensos a lo largo de las palabras y silencios inapropiados.

- Voz áspera y tensa, con fonación entrecortada y presencia de aire en las emisiones con leve hipernasalidad. La intensidad es normal, pero con dificultad en cambios voluntarios. Presenta moderadas fluctuaciones de frecuencia a lo largo de emisiones sostenidas.

- Coordinación fono-respiratoria: se aprecia un número elevado de respiraciones con estridor inhalatorio y soporte respiratorio insuficiente, ocasionando emisiones de frases de longitud corta y ahogadas en el final.

Exploración miofuncional orofacial:

- La musculatura facial en reposo (VII par) impresiona simétrica, sin signos de rigidez facial ni asimetría nasal. Mantiene sellado labial competente pero asimétrico: comisura izquierda más elevada. Ante movimientos de protusión y sonrisa, presenta simetría en la sonrisa con leve caída del lado derecho.

- El mecanismo buccinador es hipotónico y la succión comienza a ser insuficiente.

- La coordinación o diacocineses al emitir la sílaba /pa/ con traba oral logra cinco repeticiones por segundo, lo cual es un poco bajo.

- La musculatura de la lengua en reposo (XII par) es, en aspecto y forma, normal, ubicada en la línea media. Se aprecia ligera hipotonía y falta de coordinación y

temblor en movimientos laterales, que compensa con apoyo y acompañamiento mandibular.

- La musculatura del velo del paladar (X par) se encuentra situada más baja y próxima al dorso de la lengua. Al emitir /a/ se consigue elevación normal, pero al emitir /i/ e objetiva incompetencia velofaríngea.

Respiración:

- El tipo de respiración es mixto, con tiempo máximo defonación de 11 segundos al emitir /a/ y el tiempo medio de soplo de 15 segundos.
- El índice S/Z o fonorespiratorio, que relaciona el TMF para la consonantes /s/ y el TMF para la vocal /a/ alcanza valores ligeramente mayores a 1, lo que determina un defecto de cierre por incompetencia glótica.

Para valorar la deglución se decide utilizar el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) del Dr.

Clave por ser un método de screening sencillo, rápido y variado que permite detectar la existencia de aspiración clínica o silente, seleccionar el volumen y la viscosidad del bolo más seguros y eficaces, así como la indicación de una evaluación instrumental y clínica más promenorizada.

Los resultados fueron:

- Sospecha de mala coordinación en la respuesta deglutorio-respiratoria ante texturas mixtas, con presencia de tos, pero sin desaturación de oxígeno. La masticación es de predominio izquierdo, con exagerada participación de la musculatura periorbicular y exceso de contracción del músculo mentoniano, evidenciando ineficacia masticatoria.
- Una vez finalizada la deglución, quedan residuos en el vestíbulo oral, confirmando buccinadores en hipofunción y mala función lingual, que pueden ocasionar riesgo futuro de aspiración.

4 Resultados

Se elabora un programa de intervención donde se aborden conjuntamente deglución, respiración, fonación y articulación del habla, priorizando la deglución y centrándonos en terapia miofuncional y regulación orofacial, fundamental para la seguridad y eficacia durante la deglución y para la mejora de la coordinación del habla.

El objetivo principal es mantener una deglución oral sin riesgos, asegurando además niveles óptimos de hidratación y nutrición.

Se proporcionan pautas como:

- Técnicas de compensación y técnicas de rehabilitación propiamente dichas (para su práctica en el domicilio).
- Pautas de control del entorno durante la ingesta.
- Posicionamiento correcto, con cabeza en flexión anterior, para facilitar el disparo del reflejo deglutorio y proteger la vía respiratoria.
- Resaltar la importancia de la higiene bucal antes y después de las comidas.

En cuanto a técnicas terapéuticas o de rehabilitación propiamente dichas:

- Ejercicios de estimulación propioceptiva.
- Ejercicios de vibración.
- Ejercicios de contrarresistencia.
- Ejercicios funcionales de succión-deglución.
- Ejercicios de Shaker.
- Electroestimulación de la musculatura orofacial y deglutoria.
- Ejercicios respiratorios.
- Estimulación diafragmática.
- Ejercicios fonatorios.
- Ejercicios de articulación.
- Ejercicios de estimulación de la contracción y elevación del velo del paladar.
- Ejercicios de tasa de habla.
- Ejercicios de mejora de acentuación.

5 Discusión-Conclusión

En todo el proceso de intervención logopédica en EM, es importante tener en cuenta que una rehabilitación continuada en el tiempo contribuye a mantener el grado de funcionalidad y ayuda, de manera significativa, a paliar los síntomas que se vayan presentando.

6 Bibliografía

1. Adrián, Jorquera, Cuetos (2015). NEUROBEL: Breve batería neuropsicológica de evaluación del lenguaje oral en adultos-mayores. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 35, 10-113.

2. Bermúdez De Alvear, R., Martínez Arquero, G. (2013). Estrategias par apotenciar el aprendizaje motor en el tratamiento vocal de las enfermedades neurodegenerativas. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 33, 13-24.
3. Bernabey, M. (2002). *Disfagia Neurógena: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Fundación Institut Guttmann.

Capítulo 834

EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO RELACIONADO CON EL EJERCICIO FÍSICO EN EL ANCIANO

HORTENSIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Se define el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte. Estos cambios inevitables se consideran “envejecimiento fisiológico”. Podríamos mencionar como ejemplo que con la edad disminuyen las funciones gastrointestinales, inmunológicos, hormonales; se producen cambios fisiológicos que disminuyen la masa muscular (sarcopenia), la densidad ósea etc., que influyen en la capacidad para realizar funciones y actividades de la vida diaria, limitando su grado de independencia.

El surgimiento del envejecimiento activo ofrece una visión alternativa a los antiguos paradigmas que asociaban la vida de las personas mayores con la dependencia, vulnerabilidad, falta de capacidad, en suma una pobre calidad de vida. Frente a las actitudes sobreprotectoras que aún predominan en muchos contextos sociales como reflejo de ese imaginario, se propone que las personas mayores participen activamente en sus entornos para proyectar una imagen social adecuada a su circunstancias, que suponga la recuperación de un mayor poder civil que a

su vez irá acompañado de una nueva percepción social, menos condescendiente con las actitudes de sobreprotección (Pardo, 2005).

La OMS define envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se aplica a los individuos y a los grupos de población. El término activo hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas mayores que se jubilan pueden seguir realizando contribuciones activas en el seno de sus familias y comunidades. El término salud se refiere al bienestar físico, mental y social. Este concepto implica, además, que el envejecimiento tiene lugar en el propio entorno, dentro del contexto de “los demás”: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia (OMS 2002: 79).

2 Objetivos

- Evidenciar los beneficios del envejecimiento activo relacionado con el ejercicio físico en el anciano.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos científicos relacionados con la realización de ejercicio físico en el anciano frágil en bases de datos de literatura científica: Pubmed, Dialnet, Medline y SciELO. Se utilizaron para la búsqueda descriptores obtenidos a través del DeCS (“Geriatría”, “Ejercicio”, “Anciano ”) y palabras clave (“Actividades de la vida diaria”, “Envejecimiento activo”, ”Ejercicio físico”).

4 Resultados

Los principales beneficios evidenciados son: control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, ganancia de la estabilidad postural y prevención de caídas; aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos. Existe también mejora del autoconcepto, auto-estima, imagen corporal y disminución del estrés, ansiedad, insomnio y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización.

El programa se debe realizar de forma sistemática y organizada, adaptándolo al nivel de condición física de cada uno de los participantes. Algunos autores proponen que el programa de actividad física se puede complementar con otras actividades, como la natación, la caminata, el montar en bicicleta, etc., que mantienen efectos provocados por el primero. Por ejemplo la deambulaci3n, que brinda al adulto mayor una sensaci3n de seguridad, mejora del equilibrio, disminuye la aprensi3n, aumenta la velocidad de desplazamiento, mejorando las funciones motrices.

5 Discusi3n-Conclusi3n

El ejercicio f3sico en el anciano ha demostrado ser beneficioso. Los programas deben incluir actividades al aire libre, educaci3n en salud que traten de instaurar h3bitos saludables de vida y repercutir en la realizaci3n de actividad f3sica como medio de potenciar su organismo y evitar posibles alteraciones.

6 Bibliograf3a

- El ejercicio y la actividad f3sica en los adultos mayores (1998). Med. Sci. Sports. Exerc. 30(6), 992-1008, 30:6
- Cagigas, A., Gonz3lez, T. y Ren3, J. (s.f) Envejecimiento saludable. Departamento de Bioqu3mica y Fisiolog3a, Instituto de Nutrici3n e Higiene de los Alimentos. Ciudad de la Habana.
- Cambero S. Envejecimiento activo y ciudadan3a senior.
- Gonz3lez. Ruano E. (1989) Ejercicio F3sico Controlado. Madrid. Editorial Marb3n, S.A.
- OMS (2002), "Envejecimiento activo: un marco pol3tico", Revista Espa3ola de Geriatr3a y Gerontolog3a, 37 (S2):74-105.
- PARDO, A.M. (2005). La cultura de la sobreprotecci3n. Revista Multidisciplinar de Gerontolog3a, vol.15, n3m. 3, pp.165-170.