

“

FAVORECER LA  
**PARTICIPACIÓN**  
**ACTIVA** DE LOS ALUMNOS,  
ESTIMULAR EL ESPÍRITU INQUISITIVO  
Y EL **APRENDIZAJE**”

AÑO TEMARIO + POSTERS

2011

# TEMARIO2011

XII Jornadas Norberto Frega de Medicina Interna  
II Jornadas Anuales Norberto Frega para Alumnos

Integrantes del equipo de salud:

Rol del Médico. Dr. Matías Milberg (10)

Rol del Enfermero. Lic. Aníbal Ávila (10)

Rol del Citotecnólogo. Cit. Carolina Cosentino (10)

Rol del Nutricionista. Lic. Elizabeth Navarro (10)

La enfermedad de Chagas como problema social, científico y político. Dr. Juan Pablo Zabala

Presentación de Posters presentados por alumnos de las Carreras de Medicina, Citotecnología y Lic. en Enfermería y evaluación por Jurados.

¿Cómo se generó el dispositivo Odón? Dr. Javier Schwartzman

Exposición de alumnos del Ciclo Internado

- Experiencia de la rotación por Medicina Comunitaria (Tucumán) (15')

- Alumnos del Programa MARCA en nuestra institución (15')

Incendio y Seguridad ambiental. Ing. Cristóbal Pelegri

Entrega de premios a los mejores trabajos presentados.

Palabras a cargo de la Secretaria Académica Prof. Dra. Teresita Manzur.

AÑO 2011

POSTERS DE  
**MEDICINA**

# Enfermedad de Alzheimer

**Autores: Ceirano, A., Gomez Servetto, G., Jarast, M., Leone, M.V.**

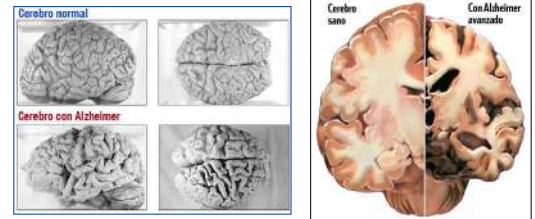
**Biología. Primer año. Instituto Universitario CEMIC (IUC) Buenos Aires, Argentina. (2011)**

## Introducción

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva y neurodegenerativa la cual provoca un deterioro en la memoria, el pensamiento y la conducta de la persona. Produce una disminución de las funciones intelectuales lo suficientemente grave como para interferir con la capacidad del individuo para realizar actividades de la vida diaria.

## Objetivos

Estudiar las características biológicas del mal de Alzheimer



## Generalidades

### Síntomas

- Deterioro de la memoria, el pensamiento y la conducta de la persona.
- Problemas de la comunicación
- Cambios de la personalidad
  - Dependencia
  - Dificultad en el lenguaje

### Diagnóstico

- Historia Clínica (Datos provenientes de algún conocido del paciente que sea confiable)
- Evaluación del estado mental (Pruebas de la función cognitiva)
  - Examen físico (Signos vasculares y neurológicos)
  - Estudios complementarios → PET (Prevención)



El apoyo afectivo es fundamental para los pacientes con Alzheimer

### Alzheimer en Argentina

- Alrededor de 400 000 habitantes padecen de la enfermedad de Alzheimer
- Afecta entre el 1% y 3% de adultos entre 60 y 64 años y hasta el 30% de los mayores de 85
- Causas del aumento de la enfermedad de Alzheimer

aumento en la expectativa de vida en las poblaciones

## Aspectos Biológicos

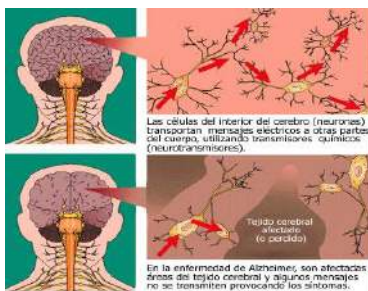
En la Enfermedad de Alzheimer se produce una atrofia cerebral progresiva, bilateral y difusa. Se relaciona con la aparición y acumulación de **estructuras patológicas**, diseminadas en la corteza cerebral y el hipocampo.

### Placas neuríticas

Se forman por acumulación de  $\beta$ -amiloide (proteína insoluble que se produce por escisión anómala de la proteína precursora de amiloide, APP). Existen **2 vías de procesamiento** para esta proteína.

#### $\alpha$ -Secretasa

Corta APP liberando un fragmento soluble. El fragmento integrado a la membrana es procesado por la  $\gamma$ -secretasa, quien permite su degradación.



#### $\beta$ -Secretasa

Corta APP liberando un fragmento insoluble, el cual es procesado por la  $\gamma$ -secretasa. Esta enzima no puede degradarlo y libera  **$\beta$ -amiloide**.

- Péptido insoluble
- Forma autoagregados
- Es tóxico para las neuronas
- Induce formación de radicales libres

### Ovillos neurofibrilares

Aglomeraciones anormales de proteínas dentro de las neuronas constituidas por la proteína Tau ( $\tau$ ) que es una proteína de los microtúbulos, codificada en el cromosoma 17.

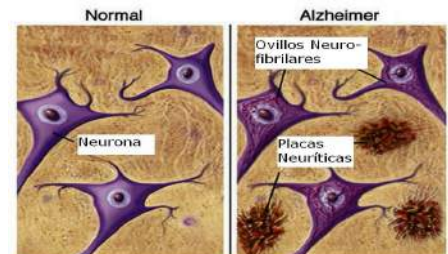
**Función de la proteína Tau:**

- Facilita la polimerización de tubulina para que se formen los microtúbulos.

Si se encuentra **HIPERFOSFORILADA**

Provoca **MODIFICACIONES** en la estructura de los microtúbulos

Los mecanismos de transporte neuronal → la neurona no puede transmitir señales eléctricas ni transportar nutrientes



### Conclusiones:

A lo largo de la monografía se logró el objetivo planteado, ya que se pudo comprender y profundizar sobre los aspectos biológicos, fisiológicos y clínicos de la enfermedad de Alzheimer. Sellegó a la conclusión que debido a sus síntomas poco precisos, el diagnóstico diferencial se torna una tarea ardua para lo médicos. Muestra su histopatología una vez ya avanzada la enfermedad y es por esta razón que a la hora de hacer un diagnóstico definitivo la enfermedad se encuentra en una etapa avanzada. Muchos pacientes viven en geriátricos (por la incapacidad de llevar a cabo las actividades intelectuales) aunque la mayoría son cuidados por sus familias. A medida que los pacientes se hacen menos independientes, recae una mayor responsabilidad sobre el cuidador, quien a su vez está expuesto a un alto riesgo de enfermedades físicas y psicológicas. Se comprobó que el Mal de Alzheimer crece día a día y se espera que se pueda encontrar un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo en un futuro cercano para que estas personas puedan incrementar su calidad de vida.

### Bibliografía

- 1 Dominique Campion, Didier Hannequin; *La enfermedad de Alzheimer*
- 2 McPHEE, Stephen J. y otros. *Fisiopatología Médica*. 4ta ed. Manual Moderno. México D.F. 2003
- 3 Bertram L, Busch R, Spieg M et al. *Paternal age is a risk factor for Alzheimer's disease in the absence of a major gene*. Neurogenetic 1998;
- 4 García-Sierra F, Wischik CM, Harrington CR, Luna-Munoz J, Mena R. Accumulation of C-terminally truncated tau protein associated with vulnerability of the perforant pathway in early stages of neurofibrillary pathology in Alzheimer's disease.

# Diabetes mellitus tipo 2

## Resistencia a la insulina

Gámiz, Bárbara

Biología. Primer año. Instituto Universitario CEMIC (IUC) Buenos Aires, Argentina. (2011)

**Generalidades:** La diabetes mellitus es una enfermedad donde los niveles de glucosa en sangre (en ayuno) se encuentran elevados.

-Niveles normales: 70-120mg/dL

-Niveles diabéticos: >200mg/dL



La diabetes se puede clasificar en tres tipos: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional (glucemia elevada en el embarazo pero normalmente vuelve a la normalidad después del parto). Hay que tener especial cuidado por la salud de la madre y el bebé.

**Objetivo:** Analizar y explicar la resistencia a la insulina en la diabetes tipo 2 de acuerdo a los acontecimientos biológicos adquiridos.

### INTRODUCCIÓN

**Diabetes tipo 1:** No se produce insulina. Por lo que estos pacientes son **insulino dependiente**. Se cree que heredan una susceptibilidad genética a desarrollar mecanismos de **autoinmunidad contra las células beta del páncreas**. La enfermedad se manifiesta cuando se han destruido la mayoría de estas células; lo que ocurre, generalmente antes de los 20 años.

**Diabetes tipo 2:** Hay un déficit en la secreción de insulina pero, normalmente, menor que en la diabetes tipo 1. El problema en la diabetes tipo 2 es el **reconocimiento de la insulina y la utilización de la glucosa por las células**. Se heredan polimorfismos que dan una predisposición genética a desarrollar la enfermedad. Se puede activar por: **factores ambientales, sedentarismo, la dieta o espontáneamente**. Los pacientes no son insulino dependiente y generalmente son personas mayores de 40 años.

**Síntomas:** Ambos tipos presentan: **fatiga, polifagia, polidipsia, poliuria y adelgazamiento sin intención**. Además, en la diabetes tipo 2 se ven: **infecciones frecuentes de la piel y la vejiga, visión borrosa, lesiones que tardan en cicatrizar y cosquilleo y adormecimiento de las extremidades inferiores**.

### ASPECTOS BIOLÓGICOS

#### Resistencia a la insulina:

- Se debe a una **deficiencia en los efectos** que la insulina debería tener sobre la **captación, metabolismo o almacenamientos de la glucosa**.
- Causas:
  - Déficit en los receptores de insulina.
  - Aumento de la grasa corporal. → los ácidos grasos libres y los triglicéridos son inhibidores de la vía de señalización de la insulina.
  - Déficit en el IRS-1 (segundo mensajero).

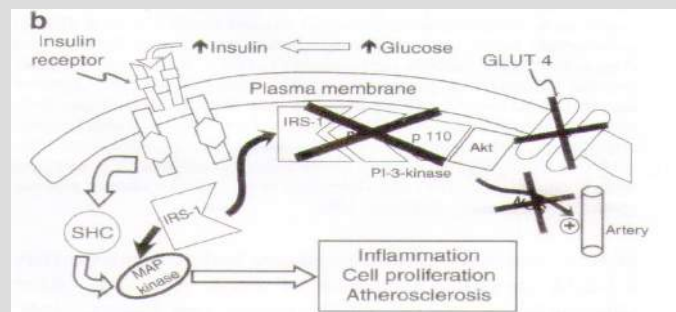


Imagen 3: Fallo en el IRS-1. (2)

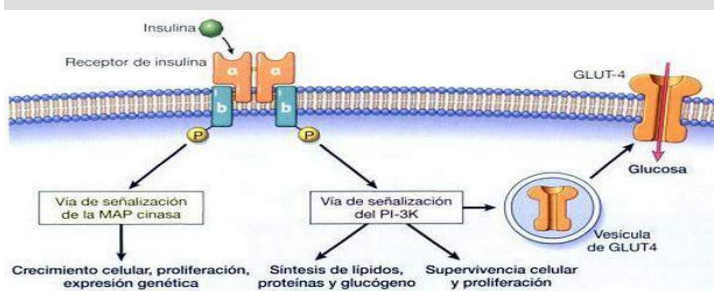


Imagen 2: Proceso de Señalización de la Insulina. En la imagen se resume el proceso de señalización de la insulina, y se puede observar los distintos efectos y procesos. (1)

#### Tratamiento:

- Metamorfina.
- Tiazolidinedionas.
- Mas avanzada la enfermedad puede llegar a necesitarse la aplicación de **insulina exógena**.

#### Complicaciones de la diabetes:

- (algunas de las tantas)
- Alteraciones en los islotes de Langerhans.
- Aterosclerosis.
- Nefropatía diabética
- Diferentes lesiones en los riñones: glomeruloesclerosis nodular y esclerosis mensangial.

**Conclusiones:** Todavía queda mucho por investigar sobre esta enfermedad, sus diferentes y sus causas. Igual se ha avanzado mucho y ahora los pacientes pueden vivir una vida larga mientras tomen los cuidados adecuados. Entre estos, ir al médico a controles, llevar una dieta saludable y baja en hidratos de carbonos y grasas y hacer ejercicio.

#### Bibliografía Relevante:

1. <http://nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000896.htm>
2. De Fronzo R.A. Insulin resistance, lipotoxicity, type 2 diabetes and atherosclerosis: the missing links. The Claude Bernard Lecture 2009. 2010
3. Cotran, Ramzi S.; Kumar Vinay; Robbins, Stanley L. *Patología Estructural y Funcional*. Mc. GrawHill. Madrid. Interamericana de España, S.A. 1990. (4ta edición Vol1)

# Epidermólisis Bullosa

De Vedia, María; García Calvo, Yanina; O'Grady, Magdalena; Riccobene, Irina.  
Biología. Primer año. Instituto Universitario CEMIC (IUC) Buenos Aires, Argentina. (2010)

## Generalidades:

La **epidermólisis bullosa** es un trastorno de la piel que se transmite genéticamente y se caracteriza por la aparición de ampollas, úlceras y heridas en la piel, en especial en las áreas mucosas al más mínimo roce o golpe. También se la denomina enfermedad piel de cristal. Esta enfermedad se puede transmitir genéticamente o puede ser autoinmune.

Esta patología es considerada un trastorno genético o autoinmune, por lo tanto no debe ser considerada como transmisible por contagio de persona a persona, como tampoco es provocada por un agente infeccioso. Solo compromete la piel y mucosas, sin provocar afectar el área intelectual.

Las heridas disminuyen considerablemente a medida que el paciente crece pudiendo llegar a la edad adulta, pero pocos sobrepasan los 30 años de edad.

## Objetivo:

Describir los aspectos biológicos y moleculares de la etiología de la Epidermólisis Bullosa, con el fin de elaborar una monografía.

## INTRODUCCIÓN

### Etiopatogenia

• **Epidermólisis Bullosa Hereditaria:** se agrupa en tres categorías: simple, juntural o de la unión y distrófica

• **Epidermólisis Bullosa Autoinmune**

### Epidemiología

En nuestro país no hay registro de la prevalencia de la enfermedad pero se conoce que en Estados Unidos alrededor de 100.000 habitantes sufren de epidermólisis bullosa



Ampollas agrupadas en el rostro del recién nacido

### Clínica

- Llanto ronco, tos u otras dificultades respiratorias
- Alopecia (pérdida del cabello)
- Formación de ampollas alrededor de los ojos y la nariz
- Formación de ampollas en el interior o alrededor de la boca y en la garganta, causando dificultad para la alimentación y dificultad para deglutir
- Formación de ampollas en la piel como resultado de un traumatismo menor o de un cambio en la temperatura
- Formación de ampollas al momento de nacer
- Anomalías dentales tales como caries en los dientes
- Milios (protuberancias o granos blancos diminutos),
- Deformidad o pérdida de las uñas.

## ASPECTOS BIOLÓGICOS

### Epidermólisis Bullosa Hereditaria

#### Epidermólisis Bullosa Simple

Causados por mutaciones en los genes que codifican las queratinas 5 y 14, que produce inhibición de la formación de filamentos de queratina conllevando a la fragilidad del citoesqueleto y dando como resultado la citólisis de los queratinocitos basales. Se transmite de manera autosómica dominante.

Se divide en cuatro subgrupos principales:

- Weber Cockayne
- Koebner
- Distrofia Muscular
- Dowling Meara

#### Epidermólisis Bullosa Juntural

Están implicados el gen que codifica a la Integrina  $\beta 4$ , asociada a hemidesmosomas y los genes que codifican a la lamina 5 de los filamentos de anclaje. Pueden tener mutaciones en cualquiera de las tres subunidades de la lamina 5 ( $\alpha 3$ ,  $\beta 3$ ,  $\gamma 2$ ). Es autosómica recesiva.

Se divide en tres subgrupos principales:

- Pyloric Atresia
- Herlitz
- Non-Herlitz

#### Epidermólisis Bullosa Distrófica

Causado por mutaciones en el gen COL7A1 que codifica para las cadenas  $\alpha$  de COL7, que es el mayor constituyente de fibras de anclaje a membranas.

Se divide en :

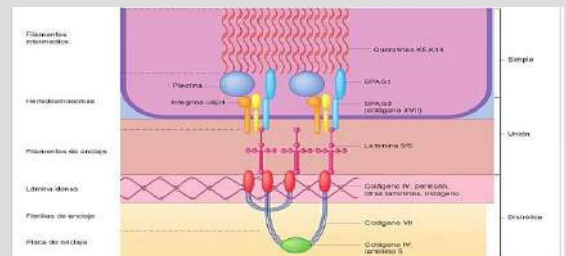
- Autosómica recesiva
  - Hallopeau Siemens
  - non Hallopeau Siemens
- Autosómica dominante

### Epidermólisis Bullosa Autoinmune

• Autoinmunidad contra el colágeno de tipo VII presente en las estructuras de las fibrillas de anclaje ubicadas en la unión dermoepidérmica.

• Se trata de una enfermedad adquirida que en general se instala en la edad adulta.

• Esta enfermedad genética no presenta un patrón de herencia mendeliano, sin embargo los pacientes muestran una predisposición genética a la autoinmunidad.



Diferentes proteínas que interactúan en la zona de la membrana basal, unión de la epidermis con la dermis

## TRATAMIENTO

Para los pacientes con:

• **Epidermólisis bullosa simple:** conservar un ambiente fresco y usar calzado de cuero blando y bien ventilado, baños suaves y la limpieza con solución de Dakin modificada, seguida de una aplicación de apósitos no adhesivos y emolientes protectores.

• **Epidermólisis bullosa distrófica:** uso de férulas en los dedos y protección de las manos contra los traumatismos. Empleo de un cepillo dental suave y administración de suplementos nutricionales.

• **Epidermólisis bullosa adquirida:** dapsona, ciclosporina, colchicina y fotoforesis talidamida

Se realizan curaciones con vendas, mallas de vaselina y cremas antibióticas para contrarrestar las infecciones.

Deben usar la ropa al revés y debe ser 100% algodón.

Se administra hierro endovenoso para contrarrestar la anemia y vitamina D por falta de exposición al sol.

## Conclusiones

Las dificultades que se atraviesan no son sólo físicas sino también sociales y emocionales, ya que los individuos se ven imposibilitados de realizar actividades como comer, hablar y cualquier tipo de contacto con sus seres queridos ya que su piel es tan sensible que ante un beso o un abrazo se ve dañada.

Sería importante que se realice una mayor investigación acerca de la enfermedad y sus posibles tratamientos ya que las consecuencias que ésta acarrea son enormes y muy dolorosas.

### Bibliografía:

1. Patología Estructural y Funcional. Robbins y Cotran. 7ª Ed. Kumar-Abbas-Fausto
2. Dermatología Neonatal. Laurence Feichenfeld, 2009
3. www.debraargentina.org
4. Real Academia de Medicina (España) , AÑO 1999



# LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE LA PROGERIA

**Autores:** Bras Harriott, A. **Biología Celular. Carrera de Medicina. Primer año. Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno", CEMIC. Instituto Universitario CEMIC, IUC. Buenos Aires. Argentina**

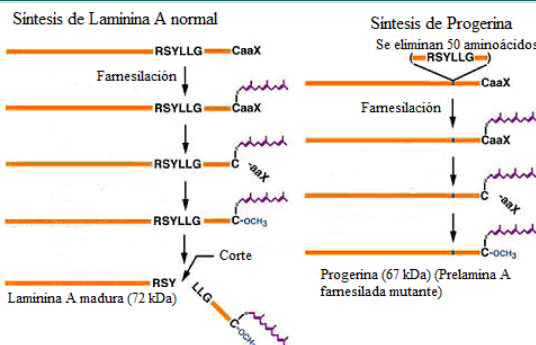
La progeria es una enfermedad que causa envejecimiento prematuro en aquellos que la padecen. Descubierta por Hutchinson en 1886 y estudiada más profundamente por Hastings-Gilford en 1904 también se la conoce como síndrome de Hutchinson-Gilford.

## Objetivo:

- Encontrar y demostrar la causa de la Progeria
- Determinar la incidencia
- Buscar y encontrar métodos de tratamiento



## INTRODUCCIÓN



### Causas:

- La progeria es causada por una transición de citosina por timina en la posición 1824 del gen LMNA (que codifica para la proteína lámina A)
- Esta alteración genera una delección de 50 aminoácidos que evita un clivaje, lo que hace que la proteína resulte mutada y con un grupo farnesil (que es tóxico) adherido
- Esta proteína mutada luego se adhiere a la membrana nuclear y la deforma

### Incidencia:

- Aproximadamente 1 por cada 8 millones de nacidos vivos
- Cuatro casos reportados en la Argentina
- 54 casos reportados en el mundo

### Síntomas y signos:

- Baja estatura
- Calvicie
- Piel frágil, reseca y arrugada
- Manchas dérmicas
- Ojos prominentes, junto con carencia de cejas y pestañas
- Extremidades largas y esqueléticas
- Enfermedades propias de la vejez
- Mentón hundido
- Pecho angosto
- Venas marcadas
- Cabeza ampliada

## DESARROLLO

### Envejecimiento:

El envejecimiento, si bien se puede ver afectado por factores ambientales es algo que en realidad parece estar escrito en el código genético, ya que cada especie tiene su propia expectativa de vida independientemente de su hábitat

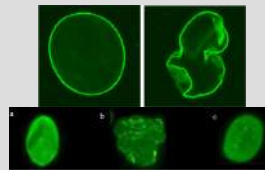
### Telomerasa:

Durante la división celular, los cromosomas están recubiertos por telómeros. Estos son cadenas repetitivas de ADN no codificante que protegen a los cromosomas y se van acortando a medida que las células se van dividiendo. En células epiteliales, esta división haría que el desgaste constante las destruyera enseguida, con lo cual estas tienen cantidades mayores de telomerasa activa. Esta enzima convierte cadenas de ARN en telómeros mediante la transcriptasa reversa. Se comprobó que el uso de telomerasa en células de individuos que padecían de progeria suprimía los defectos proliferativos que causaba la enfermedad.



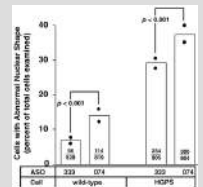
### Inhibidores de la farnesil transferasa (FTIs):

Durante la síntesis de la proteína lamina A se le añade, mediante el proceso de farnesilación mediado por la farnesil transferasa, una cadena farnesil que luego se cliva durante la maduración de la proteína. Como las personas que padecen de progeria no tienen los aminoácidos que se utilizan para clivar la proteína no madura, este último paso no ocurre, y la progerina (forma mutada de la proteína lámina A) es más corta y conserva el farnesil. Esto hace que dicha proteína no se adhiera bien a la membrana nuclear y deje al núcleo lobulado, teniendo en cuenta, además, que el farnesil es tóxico. Basándose en la hipótesis que evitar la farnesilación contribuye a generar una progerina más parecida a su forma normal, se desarrollaron inhibidores de farnesil transferasa, que evitan la farnesilación y dan una progerina que, si bien sigue siendo mutada, es más estable que aquella que conserva la cadena farnesil.



### Oligonucleótidos antisentido:

Los oligonucleótidos son secuencias cortas de ARN o ADN (generalmente de 50 pb). Los oligonucleótidos antisentido (ASO) se utilizan con el fin de "silenciar" el gen en el que se lo aplica mediante la utilización de una cadena de ARNm complementaria a este gen. Los ASO 333 y ASO 074 usados en este experimento buscaban una manera de lograr el clivaje a pesar de la falta de ciertas secuencias que lo permiten. Eventualmente, el ASO 333 demostró, con un porcentaje de células con núcleos anormales de 29%, ser más efectivo que el ASO 074, que tuvo un porcentaje de células con núcleos anormales de 37%.



## Conclusiones:

La Progeria es una enfermedad que, si bien es increíblemente rara, no es menos grave que muchas otras. La poca cantidad de gente afectada hace que no se le preste mucha atención, pero sería interesante el poder buscar las causas para poder entenderla y tratarla mejor.

A su vez, si bien ninguno tiene una efectividad del 100%, los tratamientos prueban ayudar, pero sólo para mejorar la calidad de vida, no para curarla

### Bibliografía:

- Biología Celular, Segunda Edición, Gerard Karp
- Biología Celular y molecular, Primera Edición, Gerard Karp
- Genes VII, Edición Original, Benjamin Lewin
- Google Scholar
- Pubmed

# UNA FORMA INTEGRADORA DE ENSEÑANZA EN LA CARRERA DE ENFERMERIA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC

Creteur, M.<sup>1</sup>; Langer M.<sup>2</sup>; Molina, J.<sup>3</sup>. Carrera de enfermería del IUC

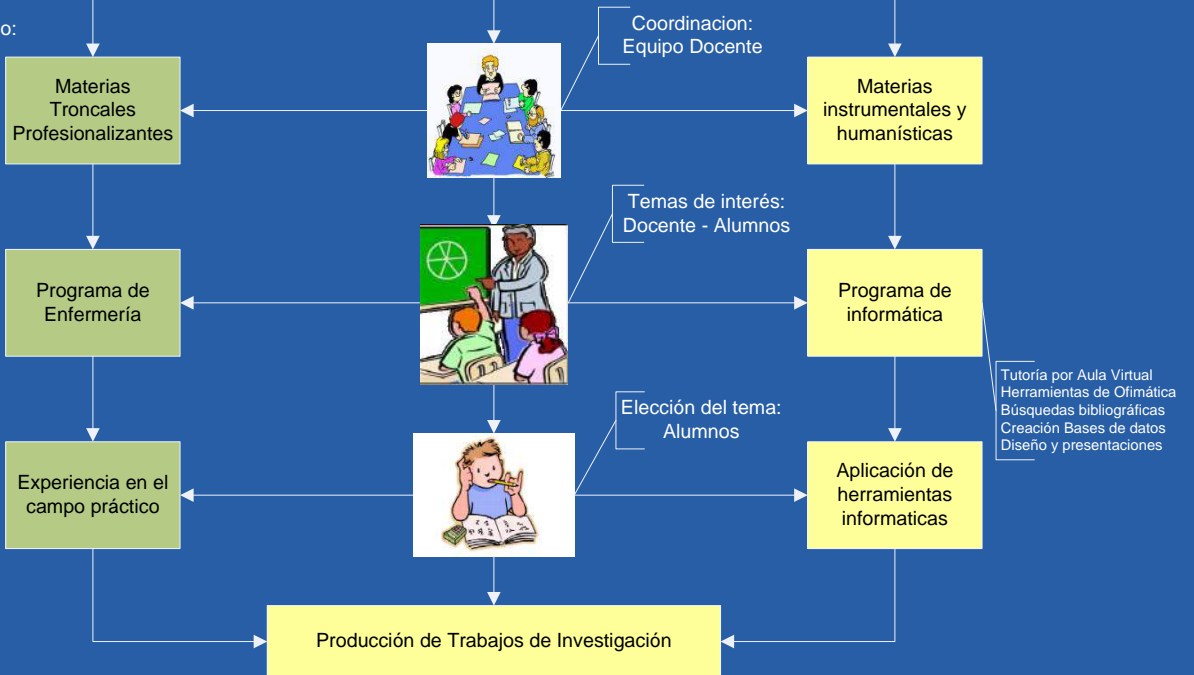
<sup>1</sup>Docente de Informática de la carrera de Enfermería del IUC, Buenos Aires <sup>2</sup>Pedagoga de la Carrera de Enfermería del IUC, Buenos Aires <sup>3</sup> Director de la carrera de Enfermería del IUC, Buenos Aires.

## Currícula de la Carrera de Enfermería

Objetivos:

- Integrar los conocimientos y experiencias adquiridas por los alumnos
- Enseñar y evaluar las habilidades técnicas y de organizativas para la búsqueda de información y elaboración de conocimiento.
- Estimular la vinculación entre docentes
- Estimular la autogestión del aprendizaje

Material y método:



Resultados:

## Presentación de Trabajos en Jornadas Científicas



Conclusiones:

Se logró motivar al alumno, orientándolo a la gestión de sus propios conocimientos e inquietudes, que se ven reflejados en la concreción de trabajos presentados en jornadas científicas

Se priorizó en un proyecto de aprendizaje integrador, a través de la coordinación docente y la articulación de los contenidos.

La integración de los contenidos entre las distintas materias de la carrera de enfermería permite a los alumnos generar relaciones entre unidades de conocimiento, facilitando el proceso de aprendizaje

Los alumnos son participes del proceso de evaluación continua, exponiendo ellos mismos los resultados de su aprendizaje.

El "Saber Hacer" se ve plasmado en la producción presentada por el alumno

Referencias:

- Carlino Paula , (2006) , "Escribir, leer y aprender en la Universidad" , Fondo de Cultura Económico, Bs. As.  
 Rozenhaus Julieta y Steimberg Silvia "Llegaron para quedarse. Propuestas de inserción de las nuevas tecnologías en el aula. Miño y Davila. Bs. As.  
 Davini María Cristina (2008) Métodos de enseñanza. Didáctica general para maestros y profesores. Santillana. Bs. As



# ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA FIBROSIS QUÍSTICA Y SU RELACIÓN CON LAS AFECCIONES PULMONARES EN NIÑOS

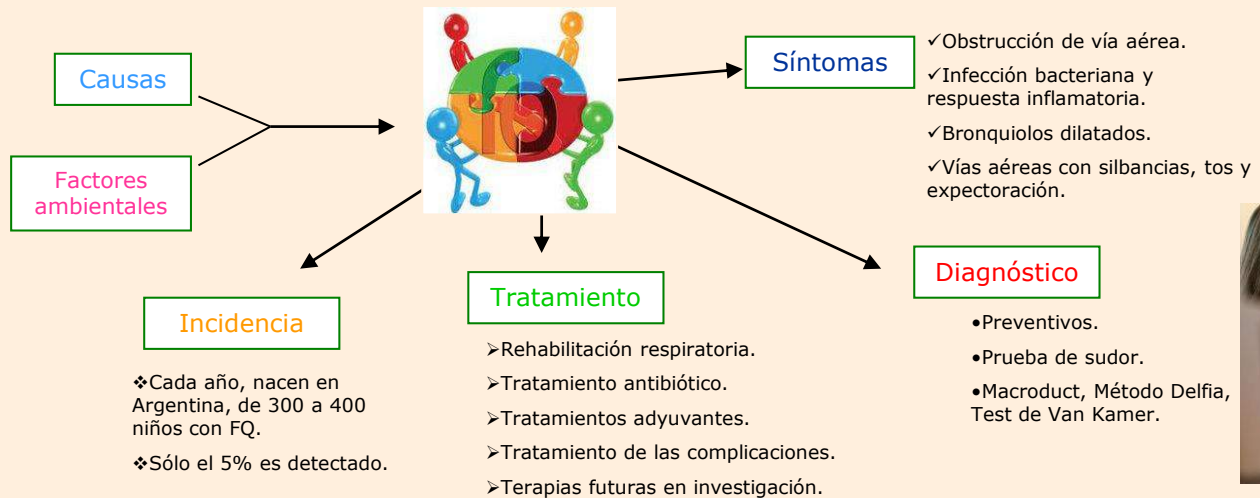
**Autores:** Alurralde, Micaela; Lloberas, Agustina Belén; Montoya Daniela; Oyarbide Antonela. Biología. Primer Año. Instituto Universitario CEMIC, IUC. Buenos Aires. Argentina. (2010)

**Generalidades:** La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva que afecta al organismo en forma generalizada causando la formación y acumulación de un moco espeso y pegajoso, que afecta fundamentalmente a los pulmones, el intestino, el páncreas y el hígado. Esta enfermedad es causada por la mutación en el gen CFTR que codifica para una proteína transportadora de Cloro en la membrana de los epitelios.

**Objetivos:** Comprender, analizar y profundizar aspectos biológicos de la fibrosis quística para entender afecciones respiratorias en niños.

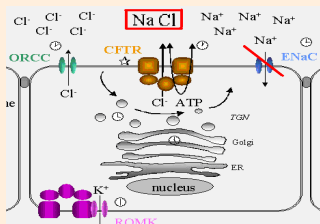


## Introducción



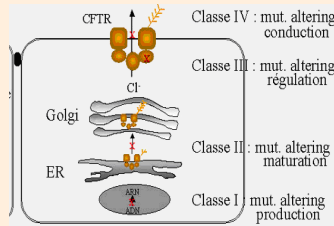
## Aspectos Biológicos

• El canal regulador de la conductancia transmembrana de la Fibrosis Quística o Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator (CFTR) es un transportador de Cl, que a su vez actúa inhibiendo el canal de Na que transporta este ion hacia el interior de las células epiteliales. Esto favorece la formación de NaCl extracelular y la absorción de H<sub>2</sub>O, lo cual contribuye a la formación de un moco blando.



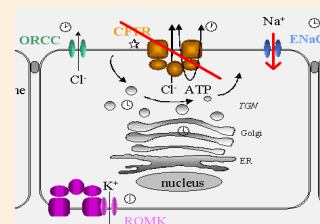
### Canal CFTR normal:

- ❖ Transportador ABC activado por AMPc.
- ❖ Codificado en el 7q31.2.



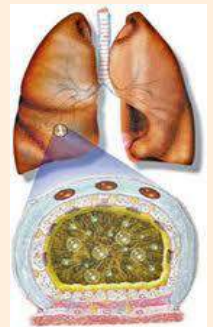
### Tipos de mutaciones:

- ❖ ΔF508 es la más frecuente (Clase II).



### CFTR mutado:

- ❖ Flujo de iones modificado- No hay absorción de H<sub>2</sub>O- moco espeso.



- ❖ Daño pulmonar.
- ❖ Cambios estructurales.
- ❖ Aparición de síntomas.

**Conclusión:** Este trabajo nos permitió comprender que la célula es la unidad fundamental de la vida y que una falla en la misma puede generar un desequilibrio a nivel orgánico general, que no le permite al individuo adaptarse al medio que lo rodea. Las consecuencias de esta patología, sobrepasan los aspectos biológicos, influyendo inclusive en la calidad y estilo de vida de una persona. Nos resulta sorprendente, que una modificación en algo tan diminuto, pueda afectar la integridad del individuo.

### Bibliografía

- 1) Alberts; Bray; Lewis; Raff; Roberts; Watson: "Biología molecular de la Célula", editorial Omega, Barcelona, 1996, tercera edición.
- 2) Centro Provincial de Fibrosis Quística, provincia de Buenos Aires. <http://www.fibrosisquistica.org.ar/aparato-digestivo-y-nutricion.htm>.
- 3) Cooper, Geoffrey M.; Hausman, Robert E. "La Célula", Marban, España, 2008, cuarta edición.
- 4) Segal, Edgardo. "Consenso de Fibrosis Quística".

# CARRERA DE CITOTECNOLOGIA

## OBJETIVOS DE LA CARRERA

FORMACION DE CITOTECNOLOGOS UNIVERSITARIOS CAPACITADOS PARA DESEMPEÑARSE EN LABORATORIOS DE CITOPATOLOGIA O PATOLOGIA , CON CAPACITACION PARA RECONOCIMIENTO DE ALTERACIONES CITOMORFOLOGICAS EN PROCESOS INFLAMATORIOS , PRENEOPLASICOS Y NEOPLASICOS , EN CELULAS PROVENIENTES DE DIFERENTES ORGANOS DEL CUERPO HUMANO , ASI COMO TAMBIEN ENTRENAMIENTO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CITOPREPARACION DEL MATERIAL BIOLÓGICO A SER EVALUADO , CON BASES EN EL CONOCIMIENTO DE NUEVOS METODOS DIAGNOSTICOS , APLICABLES Y/O COMPLEMENTARIOS A LA CITOPATOLOGIA

## **CURSOGRAMA DE APRENDIZAJE EN ALUMNOS INTEGRANTES DE LA CARRERA DE CITOTECNOLOGIA DESDE SU INGRESO HASTA SU EGRESO**

### INGRESO A LA CARRERA

EL ALUMNO DEBE APROBAR EL EXAMEN DE INGRESO SOBRE NOCIONES BASICAS DE BIOLOGIA , Y ASISTIR A LAS ENTREVISTAS CON EL CUERPO DOCENTE DE LA CARRERA PARA EVALUACION DE APTITUDES PERSONALES

### PRIMER AÑO

EL ALUMNO ADQUIERE CONOCIMIENTOS PARA LA EVALUACION DE EXTENDIDOS CITOLOGICOS , GINECOLOGICOS , PROVENIENTES DE DIFERENTES ORGANOS  
EXOCERVIX  
ENDOERVIX  
VULVA/VAGINA  
ENDOMETRIO  
OVARIO  
GLANDULA MAMARIA

### SEGUNDO AÑO

EN LA SEGUNDA ETAPA DE LA CARRERA EL ALUMNO , TIENE COMO OBJETIVO , CAPACITARSE EN LA EVALUACION DE LA CITOLOGIA NO GINECOLOGICA , PROVENIENTES DE DIFERENTES ORGANOS DEL CUERPO HUMANO

- APARATO RESPIRATORIO
  - APARATO DIGESTIVO
  - HIGADO
  - PANCREAS
  - RIÑÓN
  - VIAS URINARIAS
  - INSTRUCCIÓN EN ETICA Y DEONTOLOGIA PROFESIONAL
- \* SEROSAS
  - \* GLANDULA TIROIDES
  - \* GLANDULAS SALIVALES
  - \* GANGLIO LINFATICO
  - \* PARTES BLANDAS

DURANTES EL TRANCURSO DE LA CARRERA LOS ALUMNOS APRENDEN COMO SE DEBE EFECTUAR EL MANEJO DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA LA OBTENCION DE EXTENDIDOS CITOLOGICOS , PARA SU FUTURA EVALUACION ( CITOPREPARACION ) , AL TIEMPO QUE ADQUIRIRAN NOCIONES SOBRE TECNICAS COMPLEMENTARIAS DE LA CITOLOGIA COMO SER INMUNOCITOQUIMICA , CITOMETRIA DE FLUJO , CAPTURA HIBRIDA , ETC.

## **EGRESO**

**AUTORES : CT. CAROLINA COSENTINO , CT. DIEGO DOBRİK**

# ¿CÓMO PREVENIR EL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO?

Wiersba, Valeria  
Instituto Universitario CEMIC (IUC) Buenos Aires, Argentina.  
2011

## OBJETIVOS:

Elaborar un **proyecto de extensión universitaria** con el objetivo de lograr:

- ✓ Difundir en la comunidad información sobre la prevención de enfermedades infectocontagiosas, tomando como patrón el **Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)**.
- ✓ Resaltar la importancia de esta enfermedad tomando como justificación su alta prevalencia en Argentina, sus graves consecuencias y su **prevención** mediante medidas higiénico- dietéticas simples.

A partir de la recopilación teórica realizada:

- Elaborar una presentación que pueda dirigirse a alumnos de escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires.
- Realizar un cuestionario básico que los alumnos deberán responder luego de la exposición, a modo de cierre y resumen de la actividad educativa.
- Realizar esta actividad en el marco de diferentes exposiciones, todas relacionadas con la salud y la prevención de enfermedades.

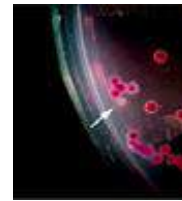
## GENERALIDADES

- ✓ El **Síndrome Urémico Hemolítico** es una enfermedad endémica de nuestro país y es la primera causa de insuficiencia renal aguda y la segunda de insuficiencia renal crónica en pacientes pediátricos, por lo que se ha constituido en un problema sanitario de relevancia.
- ✓ Es una entidad clínico-patológica caracterizada por la tríada: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, que reúne a un grupo heterogéneo de enfermedades.
- ✓ El **SUH** de origen infeccioso se ubica, por frecuencia, en el primer lugar, causando más del 90% de los casos mundiales y un casi 98% en nuestro país, y se lo denomina SUH "clásico", "típico" o "epidémico".
- ✓ Argentina presenta una de las **tasas de incidencia más elevadas en el mundo**, con un promedio de entre 350 a 450 casos anuales.
- ✓ En abril de 2000, el Ministerio de Salud estableció la **notificación obligatoria** al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y en 2005 se establecieron 22 unidades centinela de control en las jurisdicciones con mayor tasa de incidencia.

## Etiología:

En Argentina, se asocia, en la mayoría de los casos, con una infección previa, debida al ingreso por vía digestiva de **Escherichia coli enterohemorrágica** productora de **Verotoxina**. Otros agentes infecciosos como *Shigella dysenteriae* tipo 1, *Campylobacter* sp., *S. pneumoniae*, entre otros, han sido asociados a casos de SUH.

**Escherichia coli O157:H7** es el serotipo prevalente asociado a grandes brotes y casos esporádicos de colitis hemorrágica (CH) y SUH. Sin embargo, más de 100 serotipos poseen un potencial patogénico similar: O26:H11; O103:H2; O111:NM; O121:H19; O145:NM (importante en Argentina); O178:H19; O157:NM. Los serotipos de STEC asociados a enfermedad en el hombre pertenecen a un subgrupo denominado *E. coli* enterohemorrágica (EHEC).



*E. coli* O157:H7 en Agar McConkey-Sorbitol



Verduras en contacto con carne cruda

## Reservorios y Vías de transmisión:

El **ganado vacuno** se ha identificado como principal reservorio de STEC, aunque las ovejas y las cabras también fueron descritas como reservorios importantes.

La principal vía de transmisión de STEC O157 y no O157 es la **ingesta de alimentos contaminados**. Se asocia al consumo de productos bovinos insuficientemente cocidos o crudos como hamburguesas, embutidos fermentados, morcilla, leche no pasteurizada, yogur, quesos, mayonesa o verduras (lechuga, brotes de soja y alfalfa), jugos y agua contaminada con abono orgánico de origen bovino (contacto con las heces del ganado). Otras formas de transmisión incluyen el contacto directo del hombre con los animales, la contaminación cruzada durante la preparación de alimentos, y la transmisión persona a persona por la ruta fecal-oral.

También pueden constituir riesgo de transmisión aquellos individuos que están recuperándose de un episodio diarreico, ya que pueden seguir eliminando gérmenes.



Ganado vacuno: Reservorio principal

## PREVENCIÓN

Las recomendaciones dictadas por el **Comité de Nefrología de la Sociedad Argentina de Pediatría** son:

- 1) Asegurar la correcta cocción de la carne; la bacteria se destruye a los 70° C. Esto se consigue cuando la carne tiene una cocción homogénea.
- 2) Tener especial cuidado con la cocción de la carne picada, ya que generalmente se cocina bien la parte superficial, permaneciendo la bacteria en el interior. El jugo de la carne picada bien cocida, debe ser completamente translúcido.
- 3) Se debe asegurar la completa cocción de las hamburguesas dado que son fuente principal de contaminación en los niños.
- 4) Utilizar distintos utensilios de cocina para cortar la carne cruda y para trozarla antes de ser ingerida.
- 5) Evitar el contacto de las carnes crudas con otros alimentos.
- 6) Controlar el uso de leche y derivados lácteos correctamente pasteurizados y conservar la cadena de frío.
- 7) No consumir jugos de fruta no pasteurizados.
- 8) Lavar cuidadosamente verduras y frutas.
- 9) Asegurar la correcta higiene de las manos (deben lavarse con agua y jabón) antes de preparar los alimentos.
- 10) Lavarse las manos con agua y jabón luego de ir al baño.
- 11) Utilizar natatorios habilitados para tal fin.
- 12) Respetar la prohibición de bañarse en aguas del Río de la Plata.
- 13) Consumir agua potable; ante la duda, hervirla.



## CONCLUSIÓN:

Dada la alta tasa de SUH, la carencia de un tratamiento específico, y la alta morbilidad, la prevención primaria de las infecciones por STEC es fundamental para disminuir su impacto sanitario. Es necesario incorporar medidas de control del patógeno a lo largo de la cadena agroalimentaria para asegurar la calidad de los alimentos, y Programas de Educación para la Salud sostenidos en el tiempo, destinados a la comunidad en general, alertando sobre los riesgos de este agente, sus vías de transmisión y las estrategias de prevención que deben aplicarse, a fin de modificar favorablemente los hábitos higiénico-dietéticos y de consumo de los alimentos de riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rivas M et al. Epidemiología del Síndrome Urémico Hemolítico en Argentina. Diagnostico del agente etiológico, reservorios y vías de transmisión. *Medicina* (Buenos Aires) 2006
- 2- Cecchini E, González Ayala SE. *Infectología y enfermedades infecciosas*. Argentina, Journal, 2008 (1ª ed)
- 3- Comité de Nefrología. Sociedad Argentina de Pediatría. Grupo colaborativo- Servicio de Fisiopatología-INEI ANLIS Carlos G. Malbrán, *Informe* 2005

AÑO 2011

POSTERS DE  
**ENFERMERÍA**



Autores: Delgado D, Duarte V. .Carrera de la Licenciatura en Enfermería. 2º. AÑO 2011. Instituto Universitario CEMIC, IUC. Buenos Aires. Argentina

## INTRODUCCION:

Los opioides constituyen el grupo farmacológico mas importante de analgésicos utilizados para el alivio del dolor de moderado a grave, debido a su efectividad, bajo costo y relación costo beneficio favorable. Sin embargo, el desconocimiento de su farmacología ha generado valoraciones negativas (mitos) tanto en los profesionales de enfermería como en los pacientes, los que han limitado el uso de estos medicamentos, impidiendo un correcto abordaje y tratamiento del dolor.

## OBJETIVOS:

- Concientizar al equipo de enfermería sobre la adecuada administración de analgésicos opiáceos.
- Conocer los mitos que existen en cuanto a la administración de la morfina para poder abordar el dolor de una manera adecuada.
- Entender los efectos adversos que causan los opiáceos y como prevenirlos.
- Explicar cuales son las acciones de enfermería en relación a la titulación de opiáceos.

## Desarrollo:

**Opiáceos:** Son conocidos desde hace mucho tiempo como sustancias naturales, que se encuentran en el zumo de las semillas de la adormidera o papaver somniferum. El zumo seco y fermentado se denomina opio y contiene una mezcla de alcaloides opiáceos. En 1806, el químico alemán Fiedrich Serturmer consiguió aislar el principal elemento del opio en su forma pura, que llamó morfina.

Las acciones de enfermería en el tratamiento farmacológico del dolor no solo consisten en la administración de analgésicos, sino que tambien en tener un adecuado conocimiento de la titulación de opiáceos.

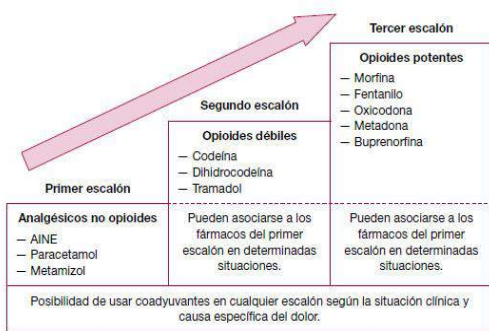
Si bien las indicaciones del tipo de analgesia no son competencias de Enfermería, sí lo son realizar una evaluación diaria del dolor, observar la presencia de reacciones adversas y llevar un registro de las dosis de opiáceos diarias junto a los rescates administrados.

De esta manera los profesionales de enfermería participan en forma activa en terapia del dolor.

El equipo de enfermería debe tener solidos conocimientos farmacológicos sobre este tipo de analgésicos para aliviar el dolor de manera adecuada.



## Escalera analgésica propuesta por la OMS



Una de las herramientas que tiene enfermería para valorar el correcto tratamiento farmacológico del dolor según la intensidad de este, es utilizando la escalera analgésica.

Dolor leve (según la escala EVA de 1-4) se administraran los analgésicos del primer escalón: los AINES.

Dolor moderado (según la escala EVA de 5-7) se administraran los analgésicos del segundo escalón: opiáceos débiles.

Dolor severo (según la escala EVA de 8-10) se administraran los analgésicos del tercer escalón: opiáceos fuertes.

## LA MORFINA: Mitos y reacciones adversas

La morfina es uno de los opiáceos fuertes con mas mitos sobre su uso en los profesionales de la salud y en los pacientes, lo que dificulta un correcto tratamiento del dolor.

### Mitos:

Depresión respiratoria	La dosis debe ser calibrada cuidadosamente según los requerimientos analgésicos del paciente.
Adicción	Se debe ir disminuyendo la dosis en forma gradual hasta suspenderla en forma definitiva.
Tolerancia	La morfina no tiene una dosis techo.

### Reacciones adversas:

Nauseas y vómitos	Generalmente se presentan al inicio del tratamiento: Administración de antieméticos.
Constipación	Disminución del peristaltismo: Prevención, administración de laxantes.
Sedación	Desaparece luego de tres días del inicio del tratamiento o del aumento de la dosis.

### Conclusiones:

Es de suma importancia que exista una capacitación sobre la farmacología de los Opiáceos, que permitan realizar un buen tratamiento del dolor.

La educación al paciente puede prevenir potenciales rechazos al tratamiento del dolor con estas drogas.

### Referencias:

Cadavia. A; Estupinian G; Vargas G; Fundamentos de Medicina. Dolor y Cuidados Paliativos. Cap. 9 y 10, Pág. 49 a 69. Corporación para investigaciones biológicas. Dra. Bertolino M.; Dr. Bruera M. ; Cuidados Paliativos. Guías para el Manejo Clínico. Organización Panamericana de la Salud. Stimmel B. Tratamiento Farmacológico del Dolor. 1985. Cap.3. Pág.: 43 a 63. Editorial científica PLM, S.A. de C.V. <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=siete>. SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. Tratamiento del dolor. Prejuicios Sobre el Uso de la Morfina. Manejo de los Opioides. Unidad de cuidados Paliativos. Hospital E. Tornu. Fundacion FEMEBA.



Autores: Arazuaga M., Ascurra D., Veliz M. Carrera de Licenciatura de Enfermería. Segundo Año 2011. Instituto Universitario CEMIC, IUC. Buenos Aires. Argentina

## Introducción:

El dolor es una parte vital de las defensas de nuestro cuerpo. Como profesionales de enfermería podemos ayudar al paciente que padece una enfermedad oncológica a mantenerse sin dolor. Es fundamental que enfermería se forme para que pueda participar mejorando el control del dolor de los pacientes, el conocimiento mediante el manejo de los analgésicos y de la escala analgésica de la OMS, junto con la valoración del paciente a través de las escalas de valoración del dolor, evaluando las respuestas del paciente al tratamiento administrado, el grado de ansiedad que provoca el síntoma en él y su familia.



## Objetivos:

- Justificar la importancia del conocimiento de enfermería en el manejo del dolor.
- Mostrar las competencias del Rol de Enfermería en el Manejo el dolor.
- Explicar la importancia Moral de Enfermería de formarse en todo lo relativo al dolor.

## DESARROLLO

### El Dolor en el Paciente Oncológico

“Experiencia displacentera sensorial y emocional, asociada a daño tisular o potencial y descrita en términos de dicho daño.”

#### Tipos de dolor

Nociceptivo		Neuropático
Somático	Visceral	
Crónico		Agudo
Continuo de fondo, sordo, que le impide dormir, moverse y realizar las tareas elementales de la vida y que es de intensidad variable.		Ocurrencia espontánea o inducida, de elevada intensidad, de frecuencia variable y duración incierta y que se producen a lo largo del día.



“En los brazos de la noche por vivir quise morirme, que el que vive como yo solo cuando duerme vive”

El Dolor y sus cuidados, desde el punto de vista ético se pueden abordar y percibir de tres modos distintos:

- **Como Cuidado paliativo:** Manejo y alivio de los síntomas de dolor y sufrimiento.
- **Como Terapias experimentales:** Buscar supervivencia y curación.
- **Como intervenciones activas que buscan terminar con la vida:** La eutanasia y el suicidio asistido.

Desde la ética se puede presentar situaciones conflictivas, cuando se pretende ofrecer cuidados paliativos y alivio de los síntomas:

- 1er dilema: **El paciente rechaza el cuidado paliativo.**
- 2do dilema: **Hay intervenciones paliativas que como tales, pueden acelerar la muerte.**
- 3er dilema: **Paciente inconciente y decisión delegada.**
- 4to dilema: **La provisión de servicios de cuidado paliativo.**

### Cuidados y comportamiento específicos de enfermería en el paciente con dolor oncológico

- Identificación de la necesidad de cambios o métodos adicionales.
- Valoración y evaluación continua para obtener el mejor control del dolor.

#### Actividades específicas de enfermería:

- **Valorar el dolor del paciente:** Escalas de valoración de dolor.
- **Credibilidad del paciente:** Formas de abordaje al paciente.
- **Participar con el equipo en la estrategia analgésica:** Trabajo multidisciplinario.
- **Establecer comunicación empática con el paciente y familia:** Clarificar información.
- **Reducir el estímulo doloroso siempre que sea posible:** Terapias alternativas.
- **Alterar la percepción del dolor:** Métodos distractivos.
- **Documentar y registrar los resultados:** Descripción y registros.

#### Papel y responsabilidad de enfermería en el tratamiento de dolor oncológico:

- Con el Equipo de Salud:** Sustento cognitivo y comunicación acertiva.
- Con el Paciente:** Comunicación empática



“Ningún lazo une tan estrechamente dos corazones humanos, como la compañía en el dolor”

**CONCLUSIONES:** A pesar de los avances que se han realizado en los tratamientos analgésicos, algunos de estos pacientes todavía fallecen en situación de dolor. Aunque nuestra labor resulte frustrante en algunos casos frente a la muerte, no hay nada que gratifique tanto como aliviar el dolor y sufrimiento. El equipo de enfermería debe formarse y participar para mejorar el control del dolor y sufrimiento de los pacientes.

#### Referencias

- 1) Cadavid, A. Estupiñón, J. Dolor y cuidados paliativos. -Corporación para investigaciones Biológicas.
- 2) Prof. Lic. Pérez Chávez, M. Junin, M. Curso de Actualización: “Intervenciones de enfermería ante el paciente con dolor” Recopilación bibliográfica 2011.
- 3) Revista Nursing 2003 – Edición Española – Mayo Pág. 26 Vol. 21 Nº 5. Avances en Asistencia Oncológica. – Agosto – Setiembre – Vol. 21 Nº7. Control del Dolor: Como cuidar de un paciente con dolor neuropático.

Autores: Nuñez, S.; Cayo, Y. ;Cerna, E. Carrera de Lic. en Enfermería .Segundo año 2011. Instituto Universitario CEMIC, IUC, Buenos Aires. Argentina

## Introducción:

En la actualidad con el descubrimiento de nuevos tratamientos para diferentes enfermedades y avances tecnológicos, vemos que la vida de las personas de han ido prolongando y nos encontramos con pacientes cada vez mas longevos.

Esto implica que se vaya ajustando el enfoque de los cuidados de enfermería para brindar un mejor cuidado ante la muerte El enfermero es el profesional de salud que esta mas cerca del paciente y que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

## Objetivos:

- \* Identificar los cuidados de enfermería ante los síntomas que presenta el paciente moribundo.
- \* Valorar la importancia de la contención emocional y espiritual que se le brinda al paciente en últimos días de vida.
- \* Conocer el rol de enfermería en la contención familiar ante la muerte de un ser querido
- \* Concientizar al equipo de salud acerca del proceso de la muerte para mejorar la calidad de atención del equipo de enfermería

## Desarrollo

El equipo de Enfermería debe ser consciente de la importancia de los conocimientos teóricos y prácticos acerca de la sintomatología que refiere el paciente moribundo. Uno de los más importantes y a tener en cuenta por el equipo de enfermería es la disnea, debido a que incrementa el círculo de ansiedad entre el paciente y su grupo familiar, produciendo un desgaste psíquico emocional en los profesionales de enfermería.

Cerca del 90% de los pacientes moribundos experimentan disnea en algún momento de su enfermedad, el cual es un síntoma difícil de controlar y de aliviar en comparación con el resto de los síntomas que aquejan a estos pacientes.

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita para ser ayudado y ayudarse así mismo. Cumple un papel fundamental para tener una llegada recíproca donde el familiar se pueda expresar y así poder ayudarlo a enfrentar la pérdida.



*"Morir es trasladarse a una casa más bella, se trata sencillamente de abandonar el cuerpo físico, como una mariposa abandona su capullo de seda"*

### Síntomas presentes en el paciente moribundo

Disnea	Cansancio	Depresión	Estreñimiento
Dolor	Nauseas	Tristeza	Insomnio
Angustia	Somnolencia	Falta de apetito	

## Conclusiones



El personal de enfermería vive en proceso de muerte de acuerdo a lo que le significa al paciente, a sus creencias sobre la muerte donde se enlazan las historias de vida, los aspectos culturales y religiosos.

Aunque la sociedad niegue la finitud de la vida, enfermería deberá tener un rol activo en el cuidado y en el acompañamiento de pacientes en últimos días de vida.

Para lograr este objetivo es importante una comunicación efectiva que abarque al paciente, la familia y al equipo interdisciplinario en una relación dinámica y constante.

Es necesaria una estrategia comunicacional para el abordaje al paciente y su familia

### Bibliografía

- 1) Whitsel AI, Capeless EC, Abel DE, Stuart GS. Adjustment for case mix in comparisons of cesarean delivery rates: university versus community hospitals in Vermont. Am J Obstet Gynecol. 2000 Nov;183(5):1170-5.
- 2) David S, Mamelle N, Riviere O. Estimation of an expected caesarean section rate taking into account the case mix of a maternity hospital. Analysis from the AUDIPOG Sentinelle Network (France). Obstetricians of AUDIPOG. Association of Users of Computerised Files in Perinatology, Obstetrics and Gynecology. BJOG. 2001 Sep;18(9):919-26.
- 3) Bailit JL, Dooley SL, Peaceman AN. Risk adjustment for interhospital comparison of primary cesarean rates. Obstet Gynecol. 1999 Jun;93(6):1025-30.



**Autores:** Navarro, R.- Sotomayor, G. Carrera de Lic. en Enfermería Segundo Año 2011. Instituto Universitario CEMIC. Buenos Aires. Argentina.

## Introducción:

"Los vivos saben que han de morir, pero los muertos nada saben [...]" El morir se ha modificado a través de los años, por los recursos que proporciona el avance científico y tecnológico, lo que ha modificado la forma y el tiempo en que se lleva a cabo este proceso. Actualmente vivimos en una cultura negadora de la muerte, en la cual como futuros profesionales de Enfermería, estamos insertos.

## Objetivos:

- Describir la percepción de la muerte a través de los años.
- Valorar las actitudes sociales en relación a la muerte a través de la historia.
- Comentar el sentido de una muerte con dignidad.
- Explicar las actitudes del personal de Enfermería ante el proceso de la muerte.

## Generalidades

### ¿Qué es la muerte?

Es el proceso de transición que da término al ciclo vital, que no solo es inherente a lo biológico sino también a la sociedad. La percepción de la muerte varía a través del tiempo según la cultura, religión y pensamiento predominante del pueblo y de la época.

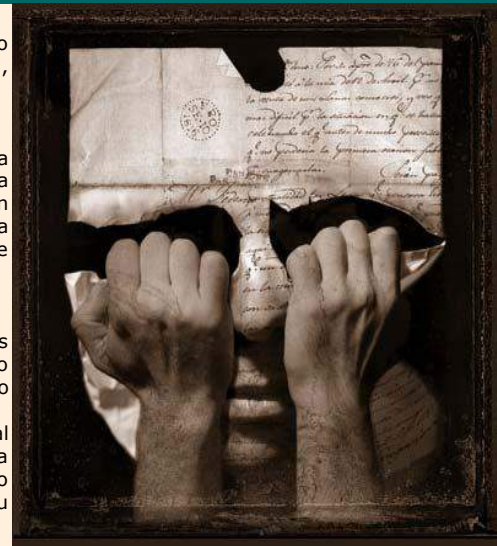
### A través de la Historia ...

El historiador Philippe Ariès (1999) relata que en la primera etapa de la Edad Media, la muerte era más aceptada que en nuestra época, estaba incorporada a la realidad cotidiana, era aceptada como una ley biológica, llevando a cabo la realización de rituales los cuales cumplían una función central: la adaptación y la compensación ante la pérdida del ser querido. La muerte era vivida como una instancia de incumbencia comunitaria. Luego el ser humano toma "conciencia de sí", de su condición de finitud, vulnerabilidad, y por ello de la muerte.

### Muerte domesticada y muerte hospitalizada

En la época medieval, el moribundo presentía su muerte, la esperaba. Se realizaban actos ceremoniales, donde yacía acostado en su lecho, rodeado por sus seres queridos. El moribundo tomaba determinaciones acerca de su proceso (perdonaba, bendecía, aconsejaba, etc.) "buscando la paz", es decir, una muerte digna.

En la actualidad, por el avance científico-tecnológico, ha cambiado este proceso. La muerte real ha sido "hospitalizada". El paciente se encuentra rodeado por el personal sanitario, y sometido a procesos invasivos. Las características y aspectos que revisten la nueva forma de morir en el siglo XX son: Prolongación científica, pasiva, profana, y aislada; las cuales privan a la muerte real de su dignificación y trascendencia al más allá.



## Actitudes de Enfermería hacia una muerte digna



"El nacimiento y la muerte no son dos estados distintos, sino dos aspectos del mismo estado." *Mahatma Gandhi*

La muerte digna requiere un entorno saludable y cómodo, con la posibilidad de un alivio físico y emocional (exige confort, un dolor mínimo, tranquilidad y paz) y la ausencia de métodos invasivos que prolonguen innecesariamente la vida, en la cual el paciente tome determinaciones acerca de su proceso y que los que lo rodean, entre ellos los profesionales de la salud, se sientan privilegiados y enriquecidos por la vivencia de esa situación.

### Actitudes del equipo de Enfermería

En la relación enfermero-paciente se producen procesos contratransferenciales los cuales pueden causarle sufrimiento ante la muerte. Éstos surgen por la identificación de persona a persona (por la misma edad, raza o posición social), lo cual hace que el propio profesional recuerde su vulnerabilidad ante la muerte.

Una actitud por parte del equipo de Enfermería a mantener siempre es no dar respuestas o interpretaciones propias, en vez de ello, debe ayudarlo a encontrar sus respuestas, comprometiéndose con el otro en su búsqueda de la verdad.

También, su deber es establecer una relación de ser humano a ser humano, cuidando al moribundo, recordando que la misma es una parte integral de nuestra humanidad, como lo es el cuerpo, con su trascendencia y su apertura a sus creencias religiosas.

## Conclusiones:

Como futuros profesionales de Enfermería debemos aceptar la muerte como un hecho natural y universal, con todas sus implicaciones sociales. Por eso incluirla en nuestra conciencia, pensarla y asumirla; amplía nuestro horizonte vital, pues le da sentido y significado a nuestra labor diaria otorgándole trascendencia.

## Referencias:

- 1) Ariès P. - Morir en Occidente, desde la Edad Media hasta nuestros días - 2008 - Primera Parte Cap. 1, 2 - Adriana Hidalgo Editora, 3ª Edición .
- 2) Heath I. - Ayudar a morir - 2008 - Katz Editores , 1ª Edición.
- 3) Lunn L. - Aspectos espirituales en cuidado paliativo.
- 4) Llano Escobar A. - El morir humano ha cambiado - 1990 - Bol. of Sanit Panam.
- 5) Ribas J. D. - La muerte - Rev. Rol Enf. 2003.
- 6) Ribas J. D. - El modo tradicional y el modo tecnológico de morir - Rev. Rol Enf. 2003.
- 7) Bilanski A. M. - Impacto de la tecnociencia en el afrontamiento de la enfermedad y la muerte - 2009.
- 8) Finley M. - Tiempo de Esperanza - 2009 - Cap. 8; Pág. 80 - ACES.